

# **Comment mettre en œuvre la vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière**

Manuel d'introduction pour les responsables  
des programmes nationaux de vaccination  
et les responsables politiques





**Ce document a été élaboré par l'Initiative pour la recherche sur les vaccins,  
rattachée au Département Vaccination, vaccins et produits biologiques**

Comment mettre en œuvre la vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière  
[How to implement seasonal influenza vaccination of health workers]

ISBN 978-92-4-251559-6

Date de publication : juillet 2019

Cette publication est disponible sur Internet à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/>

Des copies de cette publication et d'autres documents sur la vaccination,  
les vaccins et les produits biologiques peuvent être demandés à :

Organisation mondiale de la Santé  
Département Vaccination, vaccins et produits biologiques  
CH-1211 Genève 27 (Suiza)  
Fax: + 41 22 791 4227 • E-mail : [vaccines@who.int](mailto:vaccines@who.int)

© Organisation mondiale de la Santé 2019

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'oeuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'oeuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'oeuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette oeuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle oeuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette oeuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

**Citation suggérée.** Comment mettre en œuvre la vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière [How to implement seasonal influenza vaccination of health workers]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. Licence : **CC BY-NC-SA 3.0 IGO**.

**Catalogage à la source.** Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente oeuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente oeuvre.

**Clause générale de non responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La traduction française a été réalisée par Tradax S.A. En cas d'incohérence entre la version anglaise et la version française, la version anglaise est considérée comme la version authentique faisant foi.

## Remerciement

Ce manuel a été développé par Thomas Cherian et Carsten Mantel, MMGH Consulting et Philipp Lambach (WHO/IVR) et a été dirigé et révisé par un groupe consultatif d'experts indépendants : Salah Al Awaidy, Silvia Bino, Joseph S. Bresee (président), Supamit Chunsuttiwat, Daouda Coulibaly, Luzhao Feng, Rachel Hale, Shabir A. Mahdi, Helena C. Maltezou, Kelly Moore, Jonathan Nguyen-Van-Tam, Saad Omer, Gregory Poland, Sabine Wicker. Kelly Moore et Chris Morgan ont été consultants en tant que représentants du Comité consultatif sur les pratiques vaccinales (IPAC) de l'OMS. Consultants : Thomas Cherian, Carsten Mantel. Autres experts : Birte Bödeker, Susan Y. Chu, Sara Hamid, Kathryn Lafond, Kathleen Morales, Julia Neufeind, Susan Wang.

OMS : Philipp Lambach, Onyema Ajuebor, Ms Phionah Lynn Atuhebwe, Philip Gould, Shalini Desai, Julia Fitzner, Martin Howell Friede, Shoshanna Goldin, James Dawson Heffelfinger, Raymond Hutubessy, Ivan Dimov Ivanov, Pernille Jorgensen, Melanie Marti, Hasan Qamrul, Lisa Menning, Ann Moen, Liudmila Mosina, Andreas Alois Reis, Alba Maria Roperó Alvarez, Claudia Steulet, Nadia Teleb.

L'élaboration et l'essai pilote de ce manuel ont été réalisés avec l'aide financière des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), qui soutiennent financièrement l'Initiative pour la recherche sur les vaccins de l'Organisation mondiale de la Santé (U50 CK000431).

# Table des matières

Résumé.....	1
<b>À propos de ce manuel.....</b>	<b>2</b>
Objectif.....	2
Public cible.....	2
Structure du document.....	3
Principaux documents connexes.....	4
<b>1. Contexte et justification.....</b>	<b>5</b>
Situation actuelle de la vaccination du personnel de santé contre la grippe.....	5
Résumé d'une évaluation rapide des données disponibles concernant la justification de la vaccination du personnel de santé contre la grippe.....	6
Données sur le risque d'infection du personnel de santé par le virus de la grippe et sur l'impact de la vaccination.....	6
Données sur la transmission de l'infection par le personnel de santé aux patients et sur l'impact de la vaccination.....	7
Données sur les interventions permettant d'accroître la couverture vaccinale du personnel de santé.....	8
Plan d'action mondial pour les vaccins antigrippaux.....	9
<b>2. Établissement d'une politique de vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière.....</b>	<b>10</b>
Le processus de prise de décisions.....	10
Aspects à prendre en considération dans le processus de prise de décisions.....	12
Définir les objectifs de santé publique concernant la vaccination.....	12
Analyse économique en vue de l'établissement de politiques nationales.....	13
Caractérisation des groupes cibles à vacciner.....	14
Élaboration d'une politique vaccinale pour le personnel de santé.....	16
Mise en cohérence avec les politiques de santé au travail.....	19
Choix du produit vaccinal, calendrier et période de vaccination.....	19
Définition des objectifs de suivi et de mesure de l'impact de la maladie.....	21

<b>3. Planification et gestion de la vaccination du personnel de santé</b>	<b>22</b>
Planification pour une introduction réussie du vaccin	22
Calcul des coûts et financement	24
Engagement de travaux de recherche formative pour orienter le processus de planification	25
Communication et acceptation de la vaccination	26
Communications au niveau des centres de santé	28
Génération de demandes au niveau des centres de santé	29
Approvisionnement en vaccins et gestion de la chaîne d'approvisionnement	32
Approvisionnement en vaccins	32
Choix du produit vaccinal et de la présentation	32
Logistique et gestion de la chaîne du froid	34
Vaccination du personnel de santé	34
Formation de l'équipe de vaccination	35
<b>4. Suivi et évaluation</b>	<b>37</b>
Conception et mise à jour des systèmes d'information	37
Suivi de la couverture vaccinale	37
Suivi des MAPI	40
Suivi et évaluation de l'acceptation de la vaccination	41
Suivi de l'impact de la vaccination	42
Évaluation post-introduction	44
<b>Références</b>	<b>45</b>
Annexe 1. Exemple de formulaire de refus	49
Annexe 2. Liste de contrôle complémentaire pour la planification de la vaccination du personnel de santé : niveau national	50
Annexe 3. Liste de contrôle des centres de santé	52
Annexe 4. Exemple de questionnaire d'enquête auprès du personnel de santé	53
Annexe 5. Communications et génération de demandes : stratification d'approches concernant l'élaboration du contenu	55

## Résumé

Le personnel de santé est davantage exposé à un risque d'infection grippale que la population générale. Outre la morbidité du personnel de santé, l'infection grippale peut entraîner une augmentation de l'absentéisme et du présentéisme<sup>1</sup>, et une perturbation des services médicaux. Par ailleurs, les membres du personnel de santé infectés par le virus de la grippe peuvent contribuer à la transmission nosocomiale de l'infection à leurs patients, notamment à ceux courant un risque élevé de développer une grippe grave et des complications. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère donc le personnel de santé comme un groupe cible prioritaire pour la vaccination contre la grippe saisonnière. En outre, la vaccination du personnel de santé contre la grippe contribue à la préparation à une pandémie de grippe. Enfin, des études ont montré que les membres du personnel de santé vaccinés contre la grippe sont davantage enclins à recommander la vaccination à leurs patients.

Le présent manuel vise à aider les utilisateurs à élaborer une politique nationale de vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière. Il donne des orientations et présente une liste des outils disponibles pour faciliter l'élaboration de la politique, ainsi que la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière. Ce manuel se veut un complément du document intitulé « *Principes et considérations sur l'ajout d'un vaccin dans un programme national de vaccination : de la décision à l'exécution et au suivi* », publié par l'OMS en 2014.

Les principaux groupes ciblés par ce manuel sont les responsables politiques nationaux, les planificateurs nationaux des services de santé, les responsables de programmes nationaux de vaccination et de santé au travail, et les responsables de la santé au travail, de la vaccination du personnel de santé et de la lutte contre les infections dans les centres de santé. Une étroite collaboration entre les responsables de la vaccination et les programmes de santé au travail et de lutte contre les infections est essentielle pour optimiser l'utilisation des vaccins et adopter une approche cohérente et globale concernant la lutte contre la grippe dans les centres de santé.

Ce manuel résume les informations disponibles sur la vaccination du personnel de santé contre la grippe et sa raison d'être, donne des orientations sur des questions clés, et liste les outils existants à cet égard ; il couvre trois aspects majeurs de l'introduction et de la gestion des vaccins :

1. Établissement d'une politique nationale fondée sur des données scientifiques pour la vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière.
2. Planification et gestion de la vaccination du personnel de santé contre la grippe.
3. Suivi et évaluation, et notamment évaluation de la couverture vaccinale, suivi des manifestations post-vaccinales indésirables, évaluation de l'impact et évaluation post-introduction.

Un groupe de consultation d'experts indépendants ont élaboré un document lié à ce manuel. Celui-ci est disponible sous la forme d'un rapport de réunion résumant des problèmes importantes. Il s'agit notamment des considérations politiques, des évidences supportant la vaccination des agents de santé ; de la catégorisation et de la hiérarchisation des agents de santé ; du choix de la stratégie de vaccination ; de son intégration dans des politiques plus larges de vaccination des agents de santé et de santé au travail ; de planification et de gestion de la vaccination, en particulier les approches de communication et de création de la demande ; et des défis du suivi et de l'évaluation de la vaccination des agents de santé, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Le présentéisme fait référence aux membres du personnel de santé qui travaillent alors qu'ils sont malades ; ils sont moins précis et moins efficaces et représentent un risque pour les patients vulnérables dont ils ont la charge.

<sup>2</sup> Cherian T. et al. Factors and considerations for establishing and improving seasonal influenza vaccination of health workers: Report from a WHO meeting, January 16–17, Berlin, Germany. *Vaccine*. 2019;37(43):6255–6261.

# À propos de ce manuel

## Objectif

Ce manuel se veut une source d'information et un catalogue des outils disponibles pour aider les autorités nationales à prendre des décisions concernant la planification, la mise en œuvre et le suivi de la vaccination du personnel de santé contre la grippe afin d'assurer une couverture vaccinale optimale. Il n'a pas de caractère normatif, mais expose des principes généraux et des considérations importantes afin de faciliter l'élaboration de politiques, la planification et la gestion de la vaccination, et le suivi et l'évaluation de la vaccination du personnel de santé contre la grippe.

Ce manuel présente également des mesures visant à assurer l'intégration de la vaccination du personnel de santé contre la grippe dans les politiques nationales existantes en matière de santé au travail et dans les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail des centres de santé. Il examine également la possibilité de promouvoir une approche cohérente concernant le suivi et l'optimisation du recours à toutes les interventions incluses dans les politiques nationales de santé au travail dans le cadre de la vaccination du personnel de santé contre la grippe. Il évoque par ailleurs le rôle de la vaccination du personnel de santé dans la préparation à une pandémie de grippe et le lien qui les unit.

La vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière diffère des autres vaccinations contre des maladies à prévention vaccinale, car elle doit être pratiquée tous les ans. Certains éléments de ce manuel peuvent néanmoins présenter un intérêt pour la vaccination du personnel de santé en général, notamment les sections relatives à la planification et la gestion de la vaccination et au suivi et à l'évaluation.

## Public cible

Les principaux groupes ciblés par ce manuel incluent :

1. Les organismes de décision et les planificateurs des services de santé à l'échelle nationale ;
2. Les responsables des programmes de vaccination, de lutte contre les infections et de santé au travail aux niveaux national et infranational, et les responsables de la santé au travail et de la lutte contre les infections dans les centres de santé ;
3. Les organisations de travailleurs et d'employeurs du secteur de la santé.

Bien que les différentes sections de ce document puissent se révéler plus ou moins intéressantes selon les groupes, il est conseillé de lire le document dans son intégralité, car des informations sur un sujet en particulier peuvent figurer dans plusieurs sections.

Ce document peut aussi être utile à tout autre individu intéressé par la vaccination ou la santé au travail.

## Structure du document

Comme le montre la *figura 1*, le manuel est divisé en quatre sections. Certaines sections comportent néanmoins des éléments communs et contiennent des renvois à d'autres sections pertinentes afin d'assurer la clarté et l'exhaustivité du manuel.

**Figure 1. Structure du document**





## Principaux documents connexes

Les publications suivantes sont d'importants documents de référence qui complètent les orientations données dans ce manuel.

1. Les recommandations de l'OMS sur la vaccination contre la grippe saisonnière, notamment du personnel de santé, sont publiées dans des notes de synthèse de l'OMS. Ces notes de synthèses sont régulièrement mises à jour.



**Note de synthèse de l'OMS concernant les vaccins antigrippaux – novembre 2012**

<https://www.who.int/wer/2012/wer8747.pdf> (consulté le 14 mai 2019)



**Principes et considérations sur l'ajout d'un vaccin dans un programme national de vaccination : de la décision à l'exécution et au suivi.** Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2014.

[http://www.who.int/immunization/documents/general/ISBN\\_978\\_92\\_4\\_15068\\_92](http://www.who.int/immunization/documents/general/ISBN_978_92_4_15068_92)

(consulté le 14 mai 2019)

2. Le document suivant donne des orientations détaillées sur la façon dont déterminer, analyser et cibler efficacement les problèmes de vaccination dans les pays qui prévoient déjà une vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière :



**Conception de programmes adaptés de vaccination contre la grippe saisonnière. Un guide afin d'accroître la vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière (2015).** Copenhague: Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe; 2015.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/publications/2015/tailoring-immunization-programmes-for-seasonal-influenza-tip-flu.-a-guide-for-increasing-health-care-workers-uptake-of-seasonal-influenza-vaccination-2015>

(consulté le 14 mai 2019)

3. Ce manuel permet de guider l'élaboration de politiques nationales, mais ne présente pas d'étude exhaustive des informations disponibles pour éclairer la prise de décisions. Une étude plus détaillée des informations en faveur de la vaccination du personnel de santé est proposée dans le document suivant :



**Rapid Evidence Appraisal: Healthcare Worker Influenza Vaccination – A global review of the evidence.** Juillet 2019.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590136219300373?via%3Dihub>

(consulté le 12 Juillet 2019)

4. Ce manuel fait partie d'une série de manuels d'introduction sur la vaccination contre la grippe saisonnière conçus par l'OMS. Un manuel sur la mise en œuvre de la vaccination des femmes enceintes contre la grippe a déjà été publié.



**How to implement influenza vaccination of pregnant women: an introduction manual for national immunization programme managers and policy makers.**

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250084/WHO-IVB-16.06-eng.pdf>

(consulté le 14 mai 2019)

# 1. Contexte et justification

Les membres du personnel de santé sont exposés à un risque d'infection grippale et peuvent transmettre l'infection aux patients dont ils ont la charge, lesquels courent un risque élevé de maladie grave, de complications ou de décès (1). Le risque accru couru par le personnel de santé par rapport à la population générale peut varier en fonction de l'activité et du lieu (2). L'OMS considère les membres du personnel de santé comme un groupe prioritaire important concernant la vaccination contre la grippe, non seulement pour les protéger et maintenir les services de soins essentiels lors des épidémies de grippe, mais aussi pour réduire la propagation de la grippe aux groupes de patients vulnérables avec lesquels ils sont en contact (1). En outre, de nombreuses études ont démontré que les recommandations émises par le personnel de santé, en particulier les médecins, sont fortement susceptibles d'accroître le taux de vaccination au sein de la population (3–5). Les membres du personnel de santé qui ont eux-mêmes été vaccinés disposent généralement de plus amples informations sur la vaccination et sont mieux à même d'améliorer l'acceptation de la vaccination par la population (3–5). Enfin, il est probable qu'en cas de pandémie de grippe, le personnel de santé soit la cible de programmes de vaccination ; en conséquence, l'établissement de programmes fonctionnels pour la vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière permettrait une vaccination en temps voulu et efficace en cas de pandémie (6).

## Situation actuelle de la vaccination du personnel de santé contre la grippe

L'adoption à l'échelle mondiale d'une politique relative à la vaccination du personnel de santé contre la grippe a été lente. En 2017, seuls 119 États membres sur 194 indiquaient être dotés d'une politique nationale de vaccination contre la grippe. Parmi ces pays, 96 précisaient cibler le personnel de santé en tant que groupe prioritaire. La proportion des États membres indiquant être dotés d'une politique varie néanmoins selon les régions de l'OMS : la majorité des pays des régions Amériques, Europe et Méditerranée orientale indiquent être dotés d'une politique nationale de vaccination contre la grippe, tandis que la proportion de pays indiquant être dotés d'une telle politique est plus faible dans les régions Pacifique occidental, Afrique et Asie du Sud-Est.

Bien que la plupart des pays ne possèdent pas de données sur la couverture vaccinale du personnel de santé contre la grippe, celle-ci varie beaucoup et est généralement faible dans les pays disposant de telles informations. Par exemple, des données sur la couverture vaccinale du personnel de santé étaient uniquement disponibles pour 26 (56 %) pays de la région Europe concernant la saison 2014–2015. La couverture médiane était de 29,5 %, avec une dispersion comprise entre 2,6 % et 99,5 % ; seuls trois pays, à savoir l'Albanie, l'Arménie et le Bélarus, ont fait état d'une couverture > 75 % (7). Des données plus récentes provenant d'une revue systématique par le biais de rapports obligatoires dans tous les hôpitaux situés en Angleterre ont révélé une couverture

de 69 % pour la saison 2017–2018.<sup>3</sup> Une enquête menée sur Internet auprès de 2000 membres du personnel de santé aux États-Unis a démontré que la couverture était égale à 78 % au cours de la saison 2017–2018, et que les taux de couverture vaccinale étaient plus élevés (95 %) chez les membres du personnel de santé dont les employeurs exigeaient qu'ils soient vaccinés (8). Il a été constaté que les taux de couverture vaccinale sont plus élevés lorsque des politiques de vaccination obligatoire sont mises en œuvre. Dans une revue systématique incluant huit études, les taux de couverture vaccinale dépassaient 94 % dans tous les cas (9).

## Résumé d'une évaluation rapide des données disponibles concernant la justification de la vaccination du personnel de santé contre la grippe

Une évaluation rapide des documents disponibles en anglais, publiés depuis 2006 et considérés comme étant de qualité moyenne ou haute, a été réalisée par l'OMS (10). Les questions examinées et les principales conclusions de cette évaluation sont résumées ci-après. Les lecteurs sont invités à se reporter au rapport publié pour obtenir des détails et retrouver les citations pertinentes.

L'évaluation a porté sur trois aspects, à savoir :

1. Les données indiquant que le personnel de santé est davantage exposé à un risque d'infection grippale que la population générale, et les données selon lesquelles la vaccination du personnel de santé permet de lutter contre la grippe ou l'absentéisme et/ou l'impact économique plus large de la grippe chez le personnel de santé.
2. Les données montrant que les membres du personnel de santé transmettent la grippe à leurs patients dans les lieux de soins et permettant de déterminer si, dans ce cas, la vaccination protège les patients, et la proportion des membres du personnel de santé qui doivent être protégés pour obtenir cet effet.
3. Les données sur les interventions pratiques efficaces pour accroître la couverture vaccinale et l'état des connaissances sur la couverture vaccinale du personnel de santé dans les recherches sociales, comportementales et sur les politiques de santé publique.

### Données sur le risque d'infection du personnel de santé par le virus de la grippe et sur l'impact de la vaccination

Les études comparant le risque d'infection du personnel de santé par le virus de la grippe par rapport à la population générale posent de multiples problèmes ; elles mesurent parfois différents résultats ou sont réalisées dans différents lieux de soins, ce qui limite la comparabilité des études ou la mise en commun des données tirées de ces études. Il ressort de revues systématiques récentes que le personnel de santé est davantage exposé à un risque d'infection grippale que la population générale (rapport des cotes = 2,08 ; IC à 95 % = de 1,73 à 2,51) (2), mais les preuves sont plus solides pour les infections asymptomatiques confirmées en laboratoire (11). Néanmoins, les membres

<sup>3</sup> Seasonal influenza vaccine uptake in healthcare workers (HCWs) in England: winter season 2017 to 2018. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/710531/Seasonal\\_influenza\\_vaccine\\_uptake\\_HCWs\\_winter\\_season\\_2017\\_to\\_2018.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/710531/Seasonal_influenza_vaccine_uptake_HCWs_winter_season_2017_to_2018.pdf) (consulté le 14 mai 2019)

du personnel de santé atteints d'une infection asymptomatique peuvent tout de même transmettre le virus de la grippe aux patients particulièrement vulnérables dans les lieux de soins.

Les maladies respiratoires sont signalées comme étant une cause courante d'absentéisme au sein du personnel de santé. Les épidémies ou pandémies de grippe ont été associées à des taux d'absentéisme accrus parmi les membres du personnel de santé (12). Il a été démontré que lorsque les vaccins contre la grippe saisonnière sont bien adaptés, le vaccin est efficace à 90 % au sein du personnel de santé (13, 14), ce qui laisse entendre que la vaccination du personnel de santé permet de réduire la morbidité et l'absentéisme liés à la grippe. Une revue systématique a révélé un effet protecteur contre la grippe confirmée en laboratoire et une réduction de l'absentéisme dû un syndrome de type grippal au sein des groupes vaccinés (15). Selon une étude récente réalisée auprès de membres du personnel de santé au Royaume-Uni, une augmentation de 10 % de la couverture vaccinale est associée à une diminution de 10 % de l'absentéisme dû à une maladie (12). Plusieurs études observationnelles fournissent toutefois des résultats contradictoires, mais elles sont souvent limitées par un plan d'étude mal conçu, des résultats non spécifiques, un risque élevé de biais et l'absence de neutralisation des effets des facteurs de confusion (16–19).

Étant donné que le risque de maladie due à une infection est fondé sur le niveau d'exposition et que l'absentéisme peut varier selon les catégories de personnel, il est possible que le manque d'informations suffisamment détaillées sur l'absentéisme – par exemple ventilées par catégories de personnel – explique la variabilité des résultats entre les différentes études. D'un autre côté, l'absence d'impact sur l'absentéisme observé dans certaines études, malgré des données probantes concernant les taux d'infection plus élevés chez le personnel de santé, amène à se demander si les membres du personnel de santé continuent à travailler alors qu'ils sont infectés et soulève de vives préoccupations quant au risque consécutif de transmission nosocomiale (20). Plusieurs études ont fait état de présentéisme chez des membres du personnel de santé atteints d'un syndrome de type grippal (21–23), notamment un cas qui a été associé à une transmission nosocomiale dans un service d'oncologie (24).

### **Données sur la transmission de l'infection par le personnel de santé aux patients et sur l'impact de la vaccination**

Des études épidémiologiques fondées sur des méthodes de sous-typage moléculaire ont établi la preuve de la transmission du personnel de santé aux patients. La collecte automatisée de données à haute résolution sur le contact à l'aide de capteurs portables combinées à des données virologiques a permis de définir les voies possibles de transmission dans le cas de la grippe nosocomiale (25). Il est difficile de mettre en évidence l'importance de la transmission directe du personnel de santé aux patients dans les lieux de soins en raison de l'afflux constant de visiteurs, des interactions entre les patients et de la possibilité d'introductions simultanées multiples du virus de la grippe (26–28). Néanmoins, parmi les individus susceptibles de contribuer à la transmission de l'infection dans les lieux de soins, les membres du personnel de santé représentent une part importante des maladies évitables par la vaccination étant donné qu'ils sont une cible plus facile de la vaccination.

L'avantage direct de la vaccination du personnel de santé pour les patients peut être mesuré de différentes façons, comme en témoignent les documents publiés. Plusieurs études évaluent l'impact sur la grippe confirmée en laboratoire, tandis que d'autres évaluent l'impact sur les résultats non spécifiques, comme le syndrome de type grippal, les maladies respiratoires, la mortalité toutes causes confondues, la mortalité associée à une maladie respiratoire ou l'incidence de l'infection



nosocomiale par le virus de la grippe. Les preuves sont plus solides pour les résultats non spécifiques comme le syndrome de type grippal, la mortalité toutes causes confondues (29), et l'incidence de l'infection nosocomiale par le virus de la grippe (30, 31). Bien que certaines études aient tenté de mesurer le nombre de membres du personnel de santé qu'il conviendrait de vacciner pour obtenir une protection optimale, les preuves à l'appui d'un seuil de couverture sont peu convaincantes, ce qui conduit à des désaccords dans la littérature (32). Il est néanmoins probable que la protection des patients soit positivement associée à une couverture vaccinale accrue du personnel de santé, mais qu'elle dépende aussi d'autres facteurs, comme le type de contact avec le patient, la vulnérabilité du patient, l'utilisation d'autres mesures de lutte contre les infections, et l'efficacité de la vaccination au cours d'une saison grippale donnée (33–35).

### **Données sur les interventions permettant d'accroître la couverture vaccinale du personnel de santé**

Il existe une importante quantité de données sur les interventions efficaces pour accroître la couverture vaccinale du personnel de santé contre la grippe, la plupart étant intégrées à des boîtes à outils existantes destinées à augmenter l'utilisation des vaccins .

Bien que les facteurs contribuant au cheminement décisionnel des membres du personnel de santé soient variés, certaines stratégies semblent plus efficaces que d'autres. Il a été constaté qu'aucune intervention isolée ne permet d'accroître rapidement et fortement la couverture vaccinale et de la maintenir, à l'exception de la vaccination obligatoire. La question de la vaccination obligatoire du personnel de santé a néanmoins été amplement débattue avec différents points de vue en faveur ou contre son utilisation (20, 32, 36). Les programmes de vaccination obligatoire efficaces exigent des efforts en matière d'organisation et de sensibilisation pour obtenir l'adhésion du personnel avant leur mise en œuvre (37).

Une ou plusieurs « directives non contraignantes », comme le refus actif, l'utilisation obligatoire d'un masque chirurgical et l'interdiction faite au personnel non vacciné de travailler auprès des patients particulièrement vulnérables, peuvent être utilisées en remplacement de la vaccination obligatoire, mais l'application de ces directives non contraignantes a des conséquences sur l'organisation, la sensibilisation, le suivi, la mise en œuvre et les ressources humaines et financières.

D'autres éléments contribuent à accroître la couverture vaccinale :

- Mise à disposition de vaccins gratuits ;
- Accès pratique à la vaccination, et notamment vaccination dans les centres de santé ;
- Évolution des connaissances et des comportements par le biais d'actions de sensibilisation, de rappels et de mesures d'incitation adaptées aux différentes catégories de personnel ;
- Stratégies relatives à la gestion et à l'organisation, et notamment affectation de membres du personnel à la supervision des activités de vaccination.

Les raisons expliquant la faible couverture vaccinale sont multiples et varient selon les catégories de personnel et les cultures. Les stratégies visant à accroître la couverture vaccinale doivent donc être adaptées aux différents groupes cibles. Certaines études ont démontré que la recherche formative, et notamment les enquêtes et les recherches qualitatives, peut fournir des indications qui aident à adapter les interventions de façon à optimiser la couverture vaccinale.

## Conclusion

Malgré le débat en cours dans les textes publiés, la vaccination contre la grippe est importante pour assurer la sécurité des membres du personnel de santé, de leurs patients et de la population générale, laquelle repose sur un système de santé qui fonctionne, en particulier pendant les périodes épidémiques/pandémiques. Il sera difficile de démontrer de façon incontestable l'utilité de la vaccination du personnel de santé dans des études, mais les nouvelles données sur cette question seront suivies de près pour guider tout changement à apporter aux politiques existantes de l'OMS.<sup>4</sup>

## Plan d'action mondial pour les vaccins antigrippaux

En cas de pandémie de grippe, une grande partie de la population mondiale risquerait de contracter une infection et l'infection se propagerait probablement avec rapidité. La vaccination est considérée comme l'une des principales stratégies permettant d'atténuer l'impact potentiel d'une pandémie. Il est fort probable qu'un délai important s'écoule avant le développement de vaccins antipandémiques contre cette souche virale particulière ; or une capacité de production insuffisante restreindra encore davantage l'accès aux vaccins à l'échelle mondiale, du moins aux premiers stades de la pandémie. Les pays dotés de ressources limitées, en particulier ceux qui ne peuvent pas produire de vaccins au niveau local et ceux qui ne disposent pas de politiques de vaccination contre la grippe saisonnière, auront le plus de difficultés à assurer un accès en temps voulu aux vaccins en cas de pandémie et à atténuer les effets négatifs graves d'une pandémie.

Afin de surmonter cette difficulté, l'OMS a élaboré un Plan d'action mondial pour les vaccins antigrippaux qui présente des stratégies à court, moyen et long termes visant à accroître la production de vaccins antigrippaux et à renforcer la capacité avant et pendant une pandémie de grippe (38). Ce plan propose trois approches pour améliorer l'accès aux vaccins antipandémiques : (i) augmentation de l'utilisation de base de la vaccination contre la grippe saisonnière ; (ii) augmentation de la capacité de production mondiale ; et (iii) poursuite des efforts en matière de recherche et développement.

La première de ces trois approches repose sur l'établissement par les pays de politiques vaccinales claires et efficaces pour accroître l'utilisation de base des vaccins contre la grippe saisonnière, en fournissant à l'industrie de meilleures prévisions de la demande et en stimulant l'augmentation de la capacité de production.

Alors que la vaccination du personnel de santé n'entraînera qu'une augmentation modérée de la demande vaccinale générale, elle établira un mécanisme solide et fonctionnel pour la vaccination rapide du personnel de santé et pourrait contribuer à l'atteinte de taux de vaccination élevés en cas de pandémie, ce qui protégerait la prestation des services de santé pendant la pandémie. En outre, un fort taux de vaccination du personnel de santé instaurerait probablement un climat de confiance et permettrait d'accroître la couverture vaccinale au sein d'autres groupes à risque élevé visés par des politiques nationales de vaccination contre la grippe saisonnière. La vaccination du personnel de santé peut aussi contribuer à l'établissement ou au renforcement de processus qui permettraient un déploiement rapide des vaccins antipandémiques. La vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière n'assure donc pas uniquement une protection immédiate contre la grippe saisonnière, comme précédemment énoncé ; elle contribue aussi à préparer une pandémie de grippe.

<sup>4</sup> Un groupe de travail du Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) de l'OMS sur la vaccination passera au crible les nouvelles données et une mise à jour des recommandations actuelles de l'OMS devrait avoir lieu en 2020.

## 2. Établissement d'une politique de vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière

La décision relative à l'adoption d'une politique de vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière doit être fondée sur des données probantes et associée à une justification claire et aux investissements nécessaires à une mise en œuvre durable. Les principes et considérations d'ordre général concernant l'ajout d'un vaccin dans un programme national de vaccination sont exposés dans un document d'orientation publié en 2014 par l'OMS intitulé « *Principes et considérations sur l'ajout d'un vaccin dans un programme national de vaccination : de la décision à l'exécution et au suivi* » (39).

Le personnel de santé constitue une population cible qui n'est généralement pas incluse dans les programmes nationaux de vaccination des pays à revenu faible et intermédiaire. Il existe parfois des programmes de vaccination du personnel de santé contre l'hépatite B, mais les vaccins anti-grippaux sont particuliers, car pour le moment, la vaccination doit être répétée tous les ans. Cette section du manuel porte principalement sur d'autres aspects propres à la vaccination annuelle du personnel de santé contre la grippe saisonnière, en s'appuyant sur le cadre générique fourni dans le document précédemment cité.

### Le processus de prise de décisions

Comme pour tout autre vaccin nécessitant l'établissement de politiques, les ministères de la Santé peuvent demander aux Groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination (GTCV), ou à des organismes nationaux ou régionaux équivalents, de passer en revue les données disponibles, de fournir des conseils sur l'établissement d'une politique de vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière et de formuler des recommandations sur le contenu de la politique vaccinale.

La mobilisation des nombreuses parties prenantes concernées par cette politique est essentielle pour obtenir leur adhésion et un taux de vaccination élevé, et a des chances de se traduire par une approche plus cohérente concernant la lutte contre la grippe dans les centres de santé. Il convient de mener une large consultation auprès des parties prenantes, et notamment :

1. Les associations professionnelles et les sociétés représentant différents groupes de personnel de santé, comme les associations de services médicaux, infirmiers et paramédicaux, ainsi que les représentants de prestataires de soins de santé privés ;
2. Les conseils médicaux et infirmiers et d'autres organismes de réglementation du personnel de santé ;
3. Les groupes dédiés à la sécurité des patients, lorsqu'ils existent, et les organisations représentant des patients, étant donné que la vaccination du personnel de santé doit aussi être considérée sous l'angle de la sécurité du patient et de la qualité des soins ;

4. Les syndicats du personnel de santé, lorsqu'ils existent et que leur participation est susceptible d'être utile à la promotion du recours à la vaccination.
5. Les directeurs de centres de santé.

Le processus doit également inclure une coopération précoce avec les organismes qui établissent les politiques et réglementations sur la santé au travail pour garantir la prise en considération des politiques de vaccination du personnel de santé contre la grippe dans les politiques nationales de sécurité et santé au travail.

Lorsque des politiques de vaccination du personnel de santé existent pour d'autres vaccins, comme le vaccin contre l'hépatite B, un examen de ces politiques peut fournir des indications utiles à la formulation de politiques de vaccination contre la grippe saisonnière et sur les stratégies permettant d'optimiser le taux de vaccination.

Le cas échéant, les GTCV peuvent accéder aux informations disponibles requises à partir des systèmes nationaux de surveillance de la grippe, des centres nationaux de la grippe ou d'autres institutions participant au Système mondial de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS) (voir la *Boîte à outils 1*).

#### BOÎTE À OUTILS 1

##### Centres nationaux de la grippe



Afin de suivre les changements de la structure antigénique du virus de la grippe, de s'y adapter et de répondre à la nécessité qui en découle de modifier la composition du vaccin, de nombreux pays ont mis en place des centres nationaux de la grippe (CNG) chargés de collecter et de caractériser les spécimens de virus présents dans leur pays et de réaliser d'autres analyses afin d'orienter les décisions de l'OMS et de ses partenaires concernant la composition du vaccin contre la grippe de l'année suivante. Dans de nombreux pays, la surveillance virologique est complétée par une surveillance plus systématique de la grippe pour les infections aiguës sévères des voies respiratoires et les syndromes de type grippal.

Le centre de la grippe d'un pays – ou d'un pays voisin – peut contribuer à la formulation de recommandations fondées sur des données probantes en fournissant des informations sur la charge de morbidité associée à la grippe et sur la saisonnalité de la grippe au GTCV ou à tout autre organisme décisionnel national compétent. La participation de ces centres et d'autres centres aux discussions du GTCV est essentielle pour réunir toutes les informations pertinentes nécessaires au processus de prise de décisions.

Une liste des CNG, des centres collaborateurs de l'OMS et des laboratoires essentiels de réglementation peut être consultée aux adresses suivantes :

[http://www.who.int/influenza/gisrs\\_laboratory/national\\_influenza\\_centres/list](http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/national_influenza_centres/list) (consulté le 14 mai 2019)

[http://www.who.int/influenza/gisrs\\_laboratory/collaborating\\_centres/list](http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/collaborating_centres/list) (consulté le 14 mai 2019)

Lorsque les données locales ne sont pas facilement accessibles, en particulier concernant les taux de maladie du personnel de santé et la transmission de la maladie du personnel de santé aux patients, la production de ces informations peut exiger beaucoup de temps et de ressources. Les responsables politiques doivent déterminer s'il est nécessaire de mener des études locales ou s'il est possible d'utiliser les données provenant d'autres pays dont le profil épidémiologique et les caractéristiques du système de santé sont similaires pour estimer la charge probable de morbidité

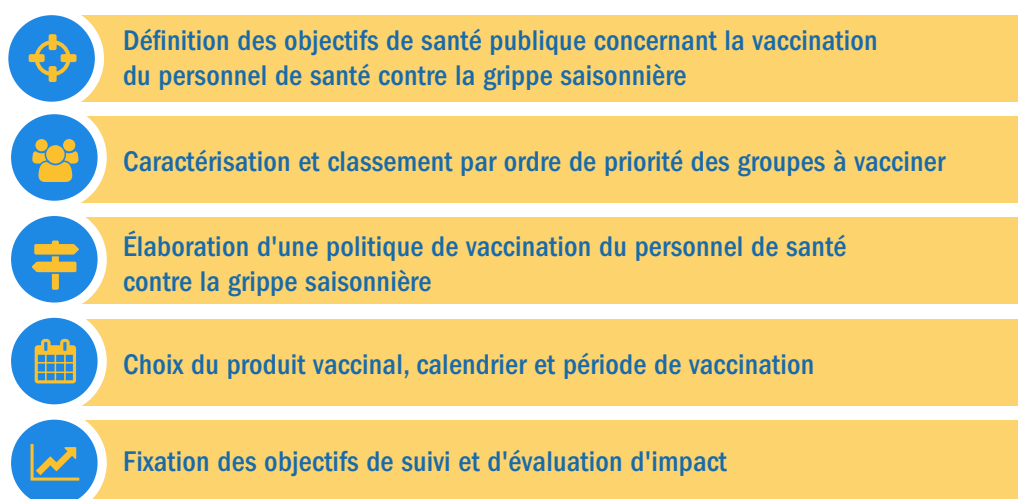


et faciliter le processus de prise de décisions. Les GTCV doivent mettre en balance le désir de disposer de données nationales contre les coûts et délais qu'impliquerait la production de données et les impacts de ces délais sur la santé.

## Aspects à prendre en considération dans le processus de prise de décisions

Outre les considérations générales énoncées dans le document de l'OMS intitulé « *Principes et considérations sur l'ajout d'un vaccin dans un programme national de vaccination : de la décision à l'exécution et au suivi* », précédemment mentionné, d'autres questions clés doivent être prises en compte au moment d'élaborer une politique de vaccination du personnel de santé. Ces questions sont listées dans la *figure 2*.

**Figure 2.** Aspects clés à prendre en considération au moment d'établir une politique relative à la vaccination du personnel de santé



### Définir les objectifs de santé publique concernant la vaccination

Une première étape essentielle de l'élaboration d'une politique de vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière consisterait à définir clairement les buts et les objectifs du programme de vaccination. Ces objectifs peuvent varier d'un pays à l'autre, mais déterminent le classement par ordre de priorité des groupes de personnel de santé à vacciner et la couverture vaccinale à atteindre, et donnent des orientations sur les résultats et la portée pour mesurer l'impact de la vaccination.

La vaccination du personnel de santé sert divers objectifs. Il peut s'agir :

1. De protéger le personnel de santé de l'infection et de diminuer ainsi la morbidité qui lui est associée.
2. De prévenir la transmission de l'infection du personnel de santé aux patients vulnérables, notamment ceux exposés à un risque élevé de maladie grave, de complications et de décès.

3. D'assurer le maintien des services de santé en diminuant l'absentéisme du personnel de santé, en particulier lors des flambées de grippe saisonnière et pandémique, marquées par une demande accrue de soins de santé.
4. De promouvoir le recours à la vaccination contre la grippe saisonnière au sein d'autres groupes cibles et de renforcer la confiance de la population à l'égard de la vaccination contre la grippe.
5. De contribuer à la préparation à une pandémie de grippe à travers :
  - a) L'établissement d'un mécanisme pour la vaccination rapide du personnel de santé en cas de pandémie de grippe ou d'épidémie d'autres maladies à prévention vaccinale ;
  - b) L'augmentation de la demande de vaccins contre la grippe et, par conséquent, le renforcement de la capacité de production pour assurer un accès en temps voulu aux vaccins en cas de pandémie ;
  - c) La mise en place ou le renforcement des capacités nationales s'agissant de la réglementation des vaccins.

Un ou plusieurs des éléments ci-dessus peuvent servir à définir les objectifs nationaux en matière de vaccination du personnel de santé. Plusieurs aspects importants doivent être pris en considération au moment de définir les objectifs de la vaccination, notamment :

1. Examen des données disponibles sur la charge de morbidité du personnel de santé et sur les infections liées à des soins de santé chez des patients et des résidents de centres de santé de longue durée. Les données nationales, lorsqu'elles sont disponibles, assorties de données régionales ou mondiales représentatives ou d'estimations réalisées à l'aide de modèles mathématiques, peuvent être utilisées à cette fin.
2. Coût et impact de la vaccination et disponibilité de l'approvisionnement en vaccins.
3. Examen du plan national de préparation à une pandémie et réflexion sur la façon dont la vaccination du personnel de santé peut contribuer à la préparation à une pandémie

### **Analyse économique en vue de l'établissement de politiques nationales**

S'il est généralement recommandé de réaliser une analyse économique avant de prendre des décisions sur les politiques vaccinales, l'absence de données permettant d'estimer et de comparer les avantages économiques des différents objectifs de vaccination peut être un facteur limitant, de même que la taille relativement faible du groupe cible. La *Boîte à outils 2* présente une liste des outils disponibles pour réaliser une analyse économique de la vaccination contre la grippe.

Les coûts et les avantages économiques de la vaccination du personnel de santé contre la grippe dépendront vraisemblablement de plusieurs facteurs, et notamment du nombre et des catégories de membres du personnel ciblés, de l'incidence et de la gravité de l'infection chez les membres du personnel de santé ciblés, de leur contribution à la transmission associée à des soins de santé et des conséquences de ces infections. Ces facteurs peuvent fluctuer entre les centres de santé et varient d'une saison grippale à l'autre.

Une revue systématique récente des effets épidémiologiques et économiques de la vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière a révélé, à partir d'estimations brutes de l'absentéisme évité grâce à la vaccination, que la vaccination du personnel de santé permettait de réaliser des économies (15). Néanmoins, toutes les études incluses dans cette revue provenaient de pays à revenu élevé et adoptaient le point de vue de l'employeur en mettant l'accent sur l'absentéisme évité.

## BOÎTE À OUTILS 2

### Outils pour l'analyse économique de la vaccination contre la grippe saisonnière



Plusieurs outils sont disponibles pour réaliser une analyse économique de la vaccination contre la grippe :

**WHO Guide for Standardization of economic evaluations of immunization programmes (WHO/IVB/08.14)**

 [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69981/WHO\\_IVB\\_08.14\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69981/WHO_IVB_08.14_eng.pdf)

**Manuel de l'OMS pour estimer la charge économique de la grippe saisonnière (WHO/IVB/16.04)**

 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275729/WHO-IVB-16.04-fre.pdf>

**Guidance on the economic evaluation of influenza vaccination (WHO/IVB/16.05)**

 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250086/WHO-IVB-16.05-eng.pdf>

Les décisions initiales peuvent prendre en compte les coûts de la vaccination et l'impact de ces coûts sur les budgets de la vaccination et de la santé ; si nécessaire, il est également possible de mesurer le rapport coût-efficacité post-introduction.

Des orientations supplémentaires sur le calcul des coûts et la budgétisation de la vaccination du personnel de santé contre la grippe, accompagnées de liens vers les outils de calcul des coûts et les documents de référence sur le financement de la vaccination existants, sont présentées dans la section suivante de ce manuel.

## Caractérisation des groupes cibles à vacciner

Idéalement, tous les membres du personnel de santé devraient être visés par la vaccination, y compris ceux qui n'ont pas forcément de contact direct avec les patients. Même en l'absence de contact direct, les membres du personnel de santé peuvent transmettre une infection non nosocomiale à leurs collègues et, ainsi, participer à la chaîne de transmission de l'infection associée à des soins de santé. Néanmoins, lorsque les ressources sont limitées ou que les approvisionnements en vaccins sont restreints ou instables, il peut s'avérer nécessaire de catégoriser les membres du personnel à vacciner et de les classer par ordre de priorité. Le classement des membres du personnel de santé par ordre de priorité est déterminé par l'évaluation du risque d'infection des membres du personnel, le risque de transmission de l'infection à leurs patients et les conséquences de la transmission associée à des soins de santé.

Même lorsque les ressources financières ou les approvisionnements en vaccins ne sont pas limités, la catégorisation du personnel de santé peut être utile pour appliquer différentes politiques aux différentes catégories de personnel de santé en fonction de l'évaluation des risques. Par exemple, une politique de vaccination obligatoire peut être appliquée à des catégories restreintes de membres

du personnel qui travaillent auprès de patients exposés à un risque élevé de développer une grippe grave et qui sont plus enclins à accepter une vaccination obligatoire, tandis que la vaccination peut être volontaire pour les autres catégories (40, 41).

Le [tableau 1](#) donne un exemple de classification des risques associés aux membres du personnel de santé en fonction des risques auxquels ils sont exposés et auxquels sont exposés les patients dont ils ont la charge.

**Tableau 1. Classification des risques associés au personnel de santé**

Catégorie de risques	Caractéristiques du personnel de santé
Très élevés	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les membres du personnel exposés à des risques élevés (voir ci-dessous) qui travaillent dans des services cliniques admettant des patients courant un risque élevé de maladie grave, de complications ou de décès suite à une infection grippale. Cela inclut les services de soins intensifs ; les services de transplantation ou d'oncologie ; les services de soins prénatals, périnatals ou postnatals ; et les services accueillant des personnes âgées, en particulier celles souffrant de maladies chroniques.</li> </ul>
Élevés	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les membres du personnel qui ont un contact physique direct avec les patients ou avec des substances infectieuses, notamment des surfaces ou des équipements contaminés par des substances infectieuses.</li> <li>Les membres du personnel n'ayant pas de contact physique avec les patients, mais susceptibles de contracter ou de transmettre des maladies qui se propagent à faible distance (1-2 m) par voie respiratoire, par exemple les professionnels chargés de l'accompagnement psychologique qui ont un contact en face à face prolongé avec les patients (42, 43).</li> </ul>
Faibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les membres du personnel qui n'ont pas de contact avec les patients et qui ne travaillent pas dans un service clinique tel que précédemment défini.</li> </ul>

La catégorie à risque très élevé est associée aux preuves les plus solides concernant le risque et l'impact de la vaccination et à une justification plus solide concernant la vaccination (10).

Les individus visés par une vaccination doivent aussi inclure le personnel employé à temps partiel, les étudiants, les contractuels et les volontaires travaillant au sein d'un centre de santé qui peuvent entrer en contact avec des patients, à l'instar des membres du personnel classés dans les catégories ci-dessus.

La classification des risques associés au personnel de santé peut s'avérer trop complexe et trop exigeante en ressources dans de nombreux lieux de soins, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Dans ces situations, il est possible d'adopter des approches plus simples dans le cadre desquelles les membres du personnel de santé sont classés en deux groupes seulement, à savoir un groupe à haut risque (visé par une vaccination) et un groupe à faible risque (non visé par une vaccination).

Afin de garantir une utilisation ciblée de la vaccination du personnel de santé contre la grippe et pour faire face aux éventuels problèmes associés à la prise de vaccins, les politiques nationales de vaccination du personnel de santé doivent établir :

1. Une classification des différentes catégories de personnel en fonction de l'évaluation des risques.



2. Une politique vaccinale pour chaque catégorie déterminant, par exemple, si la vaccination est recommandée et si la recommandation concerne une vaccination obligatoire ou volontaire.
3. Des stratégies relatives à la gestion des membres du personnel non coopératifs et réticents à la vaccination.

Le document suivant donne un exemple de cadre pour l'évaluation, la classification et le classement par ordre de priorité des membres du personnel.



**Directive du ministère de la Santé de la Nouvelle-Galles du Sud sur l'évaluation, le dépistage et la vaccination contre des maladies infectieuses données dans un cadre professionnel**

[https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2018\\_009.pdf](https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2018_009.pdf) (consulté le 14 mai 2019)

### Élaboration d'une politique vaccinale pour le personnel de santé

Les recommandations relatives à la vaccination du personnel de santé peuvent préconiser soit une vaccination obligatoire, soit une vaccination volontaire, soit une approche mixte en fonction des risques liés à un milieu clinique donné.

De multiples études réalisées dans de nombreux pays ont démontré que, même lorsqu'elle s'accompagne d'efforts considérables pour sensibiliser le personnel de santé aux avantages et aux risques de la vaccination et de la mise en œuvre de mesures pour faciliter l'accès à la vaccination, la vaccination volontaire du personnel de santé se traduit par un taux faible qui excède rarement 70 %. En revanche, la vaccination obligatoire s'est traduite par un taux proche de 100 % dans des institutions situées aux États-Unis où elle a été appliquée (44–46). La vaccination obligatoire a néanmoins été difficile à appliquer dans certains pays en raison de problèmes d'acceptabilité et de débats autour des avantages attribuables à la vaccination du personnel de santé (32). En outre, il n'est pas toujours possible de mettre en œuvre des politiques de vaccination obligatoire dans les lieux de soins dotés de ressources limitées.

#### *Vaccination volontaire*

La politique de vaccination du personnel de santé peut reposer sur une vaccination volontaire, c'est-à-dire que la vaccination est recommandée et proposée aux membres du personnel de santé, mais l'acceptation est volontaire ou optionnelle ; il ne s'agit pas d'une obligation. Ces programmes se traduisent souvent par un faible taux de vaccination. Il est donc nécessaire de déployer des efforts supplémentaires pour optimiser le taux de vaccination. Ces efforts peuvent inclure :

1. Une stratégie de communication efficace, spécifiquement adaptée aux besoins des différentes catégories de personnel, pour expliquer les avantages et les risques de la vaccination, et notamment les avantages pour les patients, en particulier ceux exposés à un risque élevé de contracter une maladie grave. Il convient de souligner que certains de ces patients, notamment les patients âgés et immunodéprimés, peuvent ne pas réagir à la vaccination et que la vaccination du personnel de santé qui est en contact avec eux est essentielle pour les protéger de l'infection ; il s'agit donc d'un argument moral et d'éthique professionnelle.
2. Un accès pratique à la vaccination, gratuite et proposée aux membres de chaque équipe. Les membres du personnel qui travaillent le soir ou la nuit pourraient avoir accès à la vaccination au début ou la fin de leur période de travail ou à des dates et des moments déterminés en fonction de leur période de travail.

3. D'autres activités de génération de demandes, telles que celles présentées dans la section suivante de ce manuel.

Un certain nombre de directives non contraignantes peuvent aussi contribuer à accroître le taux de vaccination, notamment :

1. Obligation de refus actif de la vaccination à travers la signature de formulaires indiquant la non-participation des membres du personnel concernés et précisant ou non les raisons pour lesquelles ils n'acceptent pas la vaccination (consulter l'Annexe 1 pour voir un exemple de formulaire de refus actif).
2. Réaffectation des membres du personnel qui refusent d'être vaccinés dans des services où ils sont moins susceptibles d'être en contact avec des patients à haut risque, si cela est possible, ou obligation de porter des masques lorsqu'ils s'occupent de patients courant un risque élevé de développer des complications liées à la grippe.
3. Utilisation de masques chirurgicaux au sein du centre de santé.

### **Vaccination obligatoire**

La vaccination obligatoire convertit la vaccination du personnel de santé en une exigence légale ou réglementaire tout en permettant certaines exceptions, notamment en cas de contre-indications médicales. L'OMS ne propose pas de définition de la vaccination obligatoire et il n'existe pas d'autre définition uniformément appliquée. Les programmes de vaccination infantile et juvénile décrits comme étant obligatoires peuvent être très différents les uns des autres, en particulier au regard des exceptions autorisées et des sanctions appliquées en cas de non-respect (47).

Plusieurs experts ont avancé que les politiques de vaccination obligatoire devraient porter sur les maladies à prévention vaccinale pouvant être transmises dans un lieu de soins et susceptibles d'exposer les patients à un risque élevé de morbidité ou de mortalité (20, 44, 48-50), dans le cadre de l'éthique professionnelle d'un prestataire de soins de santé.

Il a également été soutenu que dans la pratique de la médecine, peu d'exigences éthiques surpassent l'obligation de ne pas nuire. Par conséquent, le fait d'assurer les conditions nécessaires à une prise en charge sans risque des patients en minimisant la transmission de maladies transmissibles constitue une norme éthique minimale dans les centres de santé (20). Toutefois, lorsque des politiques de vaccination obligatoire doivent être établies, il convient de se pencher sur les questions de responsabilité juridique et de prévoir une indemnisation en cas de manifestation indésirable.

La vaccination obligatoire peut faire partie d'une politique nationale ou bien être mise en œuvre dans des centres de santé isolés dans le cadre de politiques institutionnelles. L'adoption d'une législation soutenant la vaccination obligatoire facilite la mise en œuvre d'une telle politique.

Le Code of Colorado Regulations (recueil des règlements du Colorado) fournit un exemple de politique de vaccination obligatoire.



**Code of Colorado Regulations - Standards for Hospitals and Health Facilities 02 – General Licensure Standards** (partie 10, page 46).

<https://www.sos.state.co.us/CCR/GenerateRulePdf.do?ruleVersionId=6020&fileName=6%20CCR%201011-1%20Chap%2002> (consulté le 14 mai 2019)

Plusieurs pays dotés de politiques de vaccination volontaire du personnel de santé contre la grippe prévoient une vaccination obligatoire du personnel de santé contre d'autres infections comme la rougeole et l'hépatite B. Ces politiques de vaccination obligatoire pourraient être utilisées pour justifier et mettre en place des politiques de vaccination obligatoire contre la grippe, en fonction de la protection accordée aux membres du personnel et aux patients vulnérables à risque élevé avec lesquels ils sont en contact.

Des recommandations émises dans une publication sur la mise en œuvre éthique des politiques de vaccination obligatoire sont reproduites dans la *Boîte à outils 3*. Ces recommandations peuvent être prises en considération au moment d'élaborer la politique nationale en fonction de la faisabilité de la mise en œuvre.

### BOÎTE À OUTILS 3



#### Recommandations pour une mise en œuvre éthique des politiques de vaccination obligatoire

- Le problème prégnant de la sécurité du personnel et des patients doit être expliqué de façon claire au personnel.
- Les moyens les moins restrictifs doivent être utilisés pour atteindre les objectifs de sécurité.
- Des critères d'exclusion pour raisons médicales doivent être clairement définis.
- Les critères d'exclusion fondés sur les convictions personnelles des membres du personnel ne doivent être autorisés que pour le personnel déjà en poste. Ces décisions doivent être prises de manière transparente et objective.
- Lorsque des membres du personnel remplissent des critères médicaux ou tout autre critère d'exclusion, ou refusent d'être vaccinés, les institutions doivent proposer d'autres moyens d'empêcher la transmission, comme un congé temporaire lors des pics de grippe, le port obligatoire d'un masque, une réaffectation dans des services non cliniques (si cela est possible) ou des tests de dépistage fréquents lors des pics des saisons grippales.
- Les futurs membres du personnel doivent être informés du caractère obligatoire de la politique et être conscients que le non-respect de cette obligation peut constituer un motif de licenciement.
- Le processus doit être transparent et la politique doit être élaborée en tenant compte des divers points de vue des membres du personnel.
- Les institutions doivent soutenir le personnel de santé en appliquant des procédures de vaccination gratuites et faciles d'accès, et incluant une protection complète contre les manifestations indésirables. Il convient de faire attention à ne pas accabler les membres les moins avantagés de l'équipe soignante.

Source : Tilburt JC et al. *Vaccine* 26S (2008) D27-D30 (1)

#### Approche mixte

Il est aussi possible d'adopter une approche mixte dans le cadre de laquelle une politique de vaccination obligatoire est appliquée uniquement à certaines catégories de membres du personnel susceptibles d'avoir un contact physique direct avec des patients à risques élevés, tandis qu'une politique de vaccination volontaire est appliquée aux autres catégories.

Dans ce cas, il convient de définir de façon claire et sans ambiguïté les groupes de personnel de santé ou les services auxquels s'appliquent les politiques de vaccination obligatoire et volontaire.

Il est également important de prendre en considération les répercussions des politiques de vaccination obligatoire ou des directives non contraignantes sur les ressources humaines et financières.

### **Mise en cohérence avec les politiques de santé au travail**

Les politiques de vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière doivent faire partie intégrante des politiques et réglementations nationales en matière de santé et sécurité au travail et des systèmes de gestion de la santé et de la sécurité au travail des centres de santé.

L'inclusion de la vaccination contre la grippe saisonnière dans les politiques de santé au travail permettra à tous les membres du personnel ciblés d'avoir accès à une vaccination gratuite, conformément à l'article 21 de la Convention sur la sécurité et la santé des travailleurs (1981)<sup>5</sup> et aux recommandations contenues dans le Cadre mondial Organisation mondiale de la Santé/Organisation internationale du Travail (OMS/OIT) applicable aux programmes nationaux de santé au travail à l'intention des personnels de santé.<sup>6</sup> Par ailleurs, une telle politique ferait peser la responsabilité de la vaccination du personnel de santé sur les employeurs, et non pas uniquement sur le personnel de santé.

Une politique cohérente permettra d'améliorer la coordination et la collaboration entre les programmes de santé au travail et de vaccination et favorisera une approche conjointe pour lutter contre la grippe dans les centres de santé où la vaccination fait partie d'un programme de lutte contre les infections qui inclut d'autres mesures de lutte contre les infections pour protéger à la fois le personnel de santé et les patients. Le programme de santé au travail au niveau national et le système de gestion au niveau du centre de santé créent par ailleurs un environnement propice à la mise en place d'une culture de prévention des infections sur le lieu de travail qui stimulera la mise en œuvre des programmes de vaccination.

### **Choix du produit vaccinal, calendrier et période de vaccination**

#### **Choix du produit**

L'OMS donne des recommandations sur la composition des vaccins antigrippaux à partir des informations fournies par le Système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte.<sup>7</sup> Les fabricants s'appuient sur ces recommandations pour formuler des vaccins pour l'hémisphère nord et pour l'hémisphère sud qui sont généralement accessibles chaque année aux alentours de septembre pour les premiers et d'avril pour les seconds. Une liste des vaccins présélectionnés par l'OMS accompagnée d'informations sur leurs caractéristiques est publiée sur le site Internet de l'OMS.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> C155-Convention (n° 155) sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981. [https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::p12100\\_instrument\\_id:312300](https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::p12100_instrument_id:312300) (consulté le 14 mai 2019)

<sup>6</sup> La dimension sectorielle des activités de l'OIT : Examen des initiatives sectorielles sur le VIH et le sida, Annexe II – Cadre mondial OMS/OIT applicable aux programmes nationaux de santé au travail à l'intention des personnels de santé. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---relconf/documents/meeting-document/wcms\\_145845.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meeting-document/wcms_145845.pdf) (consulté le 14 mai 2019)

<sup>7</sup> Influenza : vaccins. <http://www.who.int/influenza/vaccines> (consulté le 14 mai 2019)

<sup>8</sup> WHO Prequalified Vaccines. [https://extranet.who.int/gavi/PQ\\_Web/](https://extranet.who.int/gavi/PQ_Web/) (consulté le 14 mai 2019)

Plusieurs types de vaccins sont disponibles, notamment des vaccins inactivés contre la grippe (composition trivalente et quadrivalente), des vaccins vivants atténués contre la grippe, un vaccin avec adjuvant et un vaccin recombinant. En soi, le fait d'être un membre du personnel de santé ne conduit pas à accorder une préférence à un type de vaccin donné (selon les autorisations de mise sur le marché propres à chaque pays).<sup>9</sup> Les membres du personnel qui s'occupent de patients gravement immunodéprimés doivent, de préférence, recevoir un vaccin inactivé contre la grippe.

Le prix et la disponibilité de chaque produit sont d'autres aspects à prendre en compte au moment de choisir le produit.

### **Période de vaccination**

Dans les pays où l'infection grippale est saisonnière et où des profils saisonniers sont établis, la vaccination doit idéalement être programmée avant le début de la saison grippale, en tenant compte d'un délai de 14 jours environ pour la production d'anticorps protecteurs. Lorsque les délais d'approvisionnement en vaccins ne permettent pas de respecter ce calendrier idéal, la vaccination doit débuter dès que les vaccins sont disponibles. En outre, un membre du personnel ne doit jamais se voir refuser une vaccination au cours de la saison grippale même s'il la sollicite tardivement.

Dans les régions tropicales et subtropicales où plusieurs pics peuvent survenir, la vaccination doit être programmée avant le principal pic de transmission, à l'aide de la formulation vaccinale la plus récente disponible. Lorsqu'aucune donnée sur la saisonnalité de la grippe au niveau national n'est disponible, les pays peuvent utiliser les données provenant de pays similaires sur le plan épidémiologique. La **Boîte à outils 4** présente des informations publiées sur la saisonnalité de la grippe dans les régions tropicales et subtropicales.

#### **BOÎTE À OUTILS 4**



##### **Orientations concernant le choix du produit et la période de vaccination contre la grippe saisonnière dans les régions tropicales et subtropicales**

Seasonal influenza policy use and effectiveness in the tropics and subtropics. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2016.

 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4910173/pdf/IRV-10-254.pdf> (consulté le 14 mai 2019)

Influenza seasonality in the tropics and subtropics – when to vaccinate

 <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0153003> (consulté le 14 mai 2019)

Liste des vaccins présélectionnés par l'OMS

 [https://extranet.who.int/gavi/PQ\\_Web](https://extranet.who.int/gavi/PQ_Web) (consulté le 14 mai 2019)

<sup>9</sup> Dans certains pays, le vaccin quadrivalent est le produit privilégié. Le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) de l'OMS sur la vaccination passe actuellement en revue les données disponibles et devrait formuler une recommandation en 2020.

### Définition des objectifs de suivi et de mesure de l'impact de la maladie

Les ministères de la Santé pourraient bénéficier des conseils du GTCV ou d'autres groupes consultatifs compétents concernant les objectifs de suivi et de mesure de l'impact pour les prendre en considération lors de la planification et de la mise en œuvre du suivi et de l'évaluation (voir le [chapitre 4](#)).

Les GTCV, avec le concours d'universités et d'autres groupes consultatifs compétents, doivent formuler des recommandations sur :

1. Le suivi et la communication de données sur la couverture vaccinale, si possible par service et type de soin dispensé.
2. La mesure de l'impact de la vaccination, notamment :
  - a) Les groupes ciblés (membres du personnel et/ou patients) par la mesure de l'impact.
  - b) Les résultats à suivre, par exemple : syndromes de type grippal, maladie confirmée en laboratoire, maladie grave, décès, absentéisme, résultats liés aux patients, etc.
  - c) Les stratégies de surveillance destinées à mesurer l'impact ; en cas de postes-sentinelles, le nombre et la répartition de ces postes.
  - d) Le délai prévu pour la mesure de l'impact, par exemple : suivi continu pendant une durée indéterminée ou limité à un certain nombre de saisons.

Ces mesures permettraient au GTCV d'analyser l'impact de la vaccination et de formuler des recommandations pour optimiser l'impact et le rapport coût-efficacité de la vaccination. La mesure de l'impact peut aussi générer des données empiriques permettant d'estimer le rapport coût-efficacité de la vaccination.

Il convient de noter que ces mesures doivent inclure une collecte de données sur plusieurs saisons, car l'intensité de la transmission, la gravité de l'infection et l'efficacité du vaccin varient d'une saison à l'autre. Pour de plus amples détails, veuillez vous référer à la section sur le suivi et l'évaluation ([chapitre 4](#)).



## 3. Planification et gestion de la vaccination du personnel de santé

### Planification pour une introduction réussie du vaccin

Dès lors qu'une politique nationale de vaccination a été établie, il est nécessaire de la convertir en plans opérationnels entièrement chiffrés et budgétisés et incluant des détails précis sur les différents éléments du programme en lien avec l'introduction d'un nouveau vaccin dans le programme national.

Les concepts généraux relatifs à l'ajout d'un nouveau vaccin dans les plans nationaux de vaccination et à la gestion de l'introduction sont présentés dans le guide de l'OMS intitulé « *Principes et considérations sur l'ajout d'un vaccin dans un programme national de vaccination : de la décision à l'exécution et au suivi* » (consulter l'[Annexe 3](#) pour voir un modèle de plan d'introduction d'un nouveau vaccin). Cette section donne des orientations sur des éléments complémentaires propres à la vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière.


L'intégration d'un plan d'introduction d'un nouveau vaccin dans le plan annuel de vaccination et les listes de contrôle connexes permettent aux planificateurs des programmes de garantir que tous les préparatifs nécessaires sont en place pour une introduction efficace et en temps voulu d'un vaccin dans le programme national. Pour faciliter l'accès, les liens vers les annexes pertinentes du guide de l'OMS sont fournis dans la [Boîte à outils 5](#).

#### BOÎTE À OUTILS 5




Liens vers des modèles et des listes de contrôle pour l'introduction d'un nouveau vaccin dans le document « *Principes et considérations sur l'ajout d'un vaccin dans un programme national de vaccination : de la décision à l'exécution et au suivi* »


Modèle général pour orienter la mise au point d'un plan national d'introduction

 [http://www.who.int/entity/immunization/programmes\\_systems/policies\\_strategies/vaccine\\_intro\\_resources/nvi\\_guidelines/Annex3\\_NVI\\_Template\\_EN.doc](http://www.who.int/entity/immunization/programmes_systems/policies_strategies/vaccine_intro_resources/nvi_guidelines/Annex3_NVI_Template_EN.doc) (consulté le 14 mai 2019)

Les instructions de l'OMS concernant la liste de contrôle pour l'introduction d'un nouveau vaccin et la liste et le calendrier des activités relatives à l'introduction d'un nouveau vaccin donnent des conseils sur la planification, la budgétisation, les activités, la répartition des rôles et des responsabilités, et le calendrier

 [http://www.who.int/entity/immunization/programmes\\_systems/policies\\_strategies/vaccine\\_intro\\_resources/nvi\\_guidelines/Annex4\\_Instructions.pdf](http://www.who.int/entity/immunization/programmes_systems/policies_strategies/vaccine_intro_resources/nvi_guidelines/Annex4_Instructions.pdf) (consulté le 14 mai 2019)

Outil de liste de contrôle correspondant

 [http://www.who.int/entity/immunization/programmes\\_systems/policies\\_strategies/vaccine\\_intro\\_resources/nvi\\_guidelines/Annex4\\_checklist\\_en.xls](http://www.who.int/entity/immunization/programmes_systems/policies_strategies/vaccine_intro_resources/nvi_guidelines/Annex4_checklist_en.xls) (consulté le 14 mai 2019)

En plus de la liste de contrôle générale pour l'introduction d'un nouveau vaccin, la liste de contrôle complémentaire de l'*Annexe 2* contient des éléments propres à la vaccination du personnel de santé. Les éléments de cette liste de contrôle doivent être ajoutés (selon le cas) à la liste de contrôle plus générale des activités. Un exemple de liste de contrôle des centres de santé est également proposé (*Annexe 3*) pour guider les préparatifs de la vaccination au niveau des centres de santé.

Les calendriers de la planification et de l'introduction doivent être inclus dans les listes de contrôle et/ou en tant que diagramme de Gantt séparé afin de garantir que toutes les activités sont menées dans un ordre adéquat pour que les activités de vaccination soient mises en œuvre dans les délais.

Des renvois doivent être faits vers les sections pertinentes des stratégies et plans en matière de santé au travail à la fois au niveau national et au niveau du centre de santé (voir le chapitre précédant sur l'intégration des politiques de vaccination du personnel de santé contre la grippe dans les politiques et réglementations sur la santé au travail) pour obtenir une approche plus cohérente en matière de planification et de mise en œuvre.

Le Cadre mondial OMS/OIT applicable aux programmes nationaux de santé au travail à l'intention des personnels de santé recommande à tous les pays d'identifier la ou les personne(s) responsable(s) de la santé au travail au niveau national et au niveau du lieu de travail. Ces points focaux doivent faire partie de l'équipe de planification aux niveaux national et du centre de santé. L'inclusion des points focaux chargés de la santé au travail permettrait d'adopter une approche cohérente concernant la prévention de la grippe sur le lieu de travail lorsque la vaccination fait partie d'un ensemble plus important d'interventions destinées à lutter contre la grippe, incluant notamment d'autres mesures de lutte contre les infections pour protéger à la fois le personnel de santé et les patients. Les comités de consultation patronale-syndicale sur la sécurité et la santé des travailleurs dans les centres de santé, lorsqu'ils existent, peuvent aider à associer la direction et les représentants des travailleurs à la mise en œuvre du programme de vaccination.

Outre les plans opérationnels nationaux de vaccination du personnel de santé, le plan national pluriannuel complet (PPAc) de vaccination doit également être mis à jour pour inclure la vaccination du personnel de santé (*Boîte à outils 6*).

#### **BOÎTE À OUTILS 6**

##### **Guide OMS-UNICEF sur l'élaboration d'un plan pluriannuel**



Guide OMS-UNICEF sur l'élaboration d'un plan pluriannuel complet (PPAc)

[http://www.who.int/immunization/programmes\\_systems/financing/tools/cmyp](http://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/tools/cmyp)

## Calcul des coûts et financement

En cas d'ajout d'un nouveau vaccin dans le programme national de vaccination, il convient d'estimer les coûts du vaccin et de l'administration du vaccin et d'inclure ces coûts dans les budgets annuels et pluriannuels de la vaccination. Outre le coût des vaccins et des fournitures (seringues, aiguilles, réceptacles de sécurité, etc.), les coûts de l'administration des vaccins (notamment des ressources humaines), des efforts annuels de communication/sensibilisation et de génération de demandes aux niveaux national et des centres de santé, et du suivi et de la communication de données doivent être inclus dans les coûts. Plusieurs outils et ressources peuvent être utilisés ou adaptés pour calculer les coûts, établir un budget et obtenir un financement pour la vaccination du personnel de santé. (voir la *Boîte à outils 7*)

### BOÎTE À OUTILS 7



#### Documents de référence sur le calcul des coûts et le financement

##### Outil de calcul des coûts et de financement du PPAc

[http://www.who.int/immunization/programmes\\_systems/financing/tools/cmyp](http://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/tools/cmyp) (consulté le 14 mai 2019)

##### Catalogue des coûts d'administration des vaccins de l'Immunization Costing Action Network (ICAN).

Ce site Internet interactif fournit des informations sur les coûts d'administration des vaccins dans différents pays à revenu faible et intermédiaire selon diverses stratégies d'administration.

<http://immunizationeconomics.org/ican-idcc> (consulté le 14 mai 2019)

**Outil de l'OMS pour planifier et calculer le coût de la vaccination maternelle contre la grippe.** Cet outil est en cours de développement pour inclure tous les groupes exposés à un risque de contracter la grippe, notamment le personnel de santé (nouveau nom : Outil SIICT).

[https://www.who.int/immunization/research/development/influenza\\_economics/](https://www.who.int/immunization/research/development/influenza_economics/)  
(consulté le 14 mai 2019)

##### Management Sciences for Health. Planning, costing and budgeting framework

<http://www.msh.org/resources/planning-costing-and-budgeting-framework> (consulté le 14 mai 2019)

##### Immunization financing: a resource guide for advocates, policy makers and program managers

<https://immunizationeconomics.org/imfin> (consulté le 14 mai 2019)

Étant donné que la communication et d'autres activités/interventions destinées à améliorer la couverture vaccinale sont nécessaires chaque année, elles ne doivent pas être considérées comme des activités ponctuelles ; leurs coûts doivent donc être inclus dans les coûts annuels d'administration des vaccins.

Outre le calcul des coûts et la budgétisation de la vaccination annuelle du personnel de santé contre la grippe, il peut être nécessaire de sensibiliser les responsables de l'allocation de fonds pour les programmes de santé afin de garantir un financement durable de la vaccination. La *chapitre Boîte à outils 8* fournit des liens vers des documents de référence sur la promotion d'un financement durable.

**BOÎTE À OUTILS 8****Documents de référence sur la sensibilisation ou le financement durable**

**Immunization advocacy library.** Cette page Internet fournit un certain nombre d'outils et de guides pour sensibiliser aux bienfaits de la vaccination et à la nécessité d'investir dans la vaccination.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/communication-and-advocacy/immunization-advocacy-library> (consulté le 14 mai 2019)

Deux documents sont particulièrement intéressants :

**Workbook – advocacy for sustainable funding of immunization programmes**

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2015/workbook-advocacy-for-sustainable-funding-of-immunization-programmes>  
(consulté le 14 mai 2019)

**How to prepare a financial profile of your immunization programme**

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2015/how-to-prepare-a-financial-profile-of-your-immunization-programme> (consulté le 14 mai 2019)

## Engagement de travaux de recherche formative pour orienter le processus de planification

Afin de se préparer au lancement de la vaccination contre la grippe, plusieurs pays ont utilisé une recherche formative pour mieux comprendre les facteurs qui influencent le taux de vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière, notamment les préoccupations, les croyances, les besoins en informations, les enjeux culturels et les obstacles à la vaccination, dans l'objectif de développer un plan adapté pour y faire face.

La recherche formative peut inclure des recherches quantitatives et qualitatives et, dans certains cas, une étude documentaire. La recherche quantitative peut être utilisée pour identifier les principaux indicateurs associés à un faible taux de vaccination chez le personnel de santé et les principaux facteurs liés au respect des recommandations relatives à la vaccination. Des données peuvent être collectées à l'aide d'enquêtes et de questionnaires adressés aux membres du personnel. Dans l'idéal, l'échantillon doit assurer une représentation suffisante des différentes catégories de personnel, car les points de vue et les causes d'un faible taux peuvent varier entre les groupes de personnel de santé (par exemple entre les médecins et les infirmiers) (40), et représenter des centres de soins de santé primaires, secondaires et tertiaires ainsi que différents services au sein de ces établissements.

La recherche qualitative est une recherche par la compréhension ; elle repose sur la compréhension du point de vue du public visé. Elle élucide de nouvelles questions et permet une compréhension plus approfondie des questions complexes qui sous-tendent le recours à la vaccination. Les méthodes de recherche qualitative reposent généralement sur des discussions de groupe et des entretiens individuels approfondis. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a publié un guide pratique étape par étape sur la recherche qualitative dans le cadre de l'introduction de nouveaux vaccins (voir la *chapitre Boîte à outils 9*). La recherche formative doit être soigneusement planifiée et parfaitement exécutée, sans quoi elle risque de mener à des conclusions erronées


et de perdre son utilité. Cela demande du temps et des ressources. Il est certes utile de mener une telle recherche pour guider le processus de planification, mais lorsque le temps et les ressources ne le permettent pas, l'absence de ce type de recherche ne doit pas retarder l'introduction d'un vaccin contre la grippe saisonnière, sauf s'il est prévu que les attitudes des membres du personnel posent un problème susceptible d'avoir un impact important et négatif sur l'utilisation du vaccin.

### BOÎTE À OUTILS 9

#### Guide pratique sur la recherche qualitative formative



A field guide to qualitative research for new vaccine introduction

 [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/359878/EIW2018\\_FieldGuide\\_VaccineIntro.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/359878/EIW2018_FieldGuide_VaccineIntro.pdf)  
(consulté le 14 mai 2019)

En l'absence de données issues de travaux de recherche formative, les données provenant de ce type d'études menées dans d'autres pays peuvent être utilisées pour guider le processus de planification. Si diverses raisons peuvent expliquer un faible taux de vaccination, les données disponibles portent à croire qu'il existe un large consensus quant aux principaux facteurs influençant le taux de vaccination du personnel de santé, en particulier entre les pays d'une même sous-région ; ces données peuvent être utilisées au cours du processus initial de planification. L'évaluation rapide des données (10) résume les principales conclusions tirées des documents publiés ; ces données peuvent être utilisées, dans le cas et dans la mesure où il y a lieu, en l'absence de recherches menées au niveau local.

Les données issues des documents publiés peuvent être complétées par des informations obtenues dans le cadre d'une recherche quantitative formative à l'aide d'enquêtes rapides menées auprès d'un échantillon de membres du personnel, représentant, dans l'idéal, différentes catégories de personnel. Ces enquêtes nécessitent généralement moins de ressources que la recherche qualitative formative et peuvent être réalisées sans retarder l'introduction du vaccin. *L'Annexe 4* présente un questionnaire type pouvant être utilisé dans le cadre de ces enquêtes.

D'autres recherches peuvent être effectuées si le taux de vaccination demeure faible. L'outil de conception de programmes adaptés de vaccination contre la grippe saisonnière est une ressource importante qui peut être utilisée dans ces situations.

## Communication et acceptation de la vaccination

Outre les recommandations officielles, les influences individuelles et culturelles et les perceptions sur les vaccins sont les principaux moteurs des actions vaccinales des responsables comme des bénéficiaires (51, 52). Cela se vérifie également chez le personnel de santé. Les données disponibles mettent globalement en évidence une perception erronée de la vaccination ainsi que l'existence d'un fossé entre savoir et comportement (53, 54). Ainsi, le simple fait de consolider les connaissances du personnel de santé sur les risques et les avantages des vaccins n'a pas permis d'assurer une couverture vaccinale optimale. Garantir cette couverture passe par un effort multidimensionnel de stimulation de la demande qui soit fondé sur une parfaite compréhension

de la perception, des facteurs incitatifs et des obstacles à l'acceptation de la vaccination parmi les membres du personnel de santé, en tant que vaccinateurs et bénéficiaires.

Les messages de communication doivent être adaptés aux besoins des différents groupes de membres du personnel de santé, dans la mesure où la perception des besoins, des risques et des avantages de la vaccination peut, comme le suggèrent les données disponibles, varier entre ces groupes (55). Actuellement, on s'attache principalement à élaborer des approches de communication factuelles. Pourtant, il peut s'avérer nécessaire d'adapter ce type de communication en fonction du public visé, notamment selon son niveau de connaissances et de compréhension. La prise en compte des modèles cognitifs de prise de décision privilégiés par chaque groupe ciblé peut s'avérer plus efficace (54). Pour élaborer ces messages, il sera nécessaire de cerner les processus psychologiques et décisionnels cognitifs associés à la vaccination et, le cas échéant, de faire appel à des experts en communication.

Traditionnellement, l'approche de communication en matière de vaccination s'appuyait sur les médias. Cependant, des études ont montré que le seul recours à une communication de masse et unidirectionnelle auprès du personnel de santé ne permettait pas d'optimiser le taux de vaccination. Des communications individuelles et collectives (au niveau des centres de santé) seront primordiales afin de susciter la confiance et la motivation du personnel de santé pour accepter la vaccination.

Prôner l'importance de la vaccination du personnel de santé (en termes de protection personnelle, de responsabilité à l'égard des patients, de préparation aux pandémies de grippe notamment) dans les programmes de formation initiale des écoles de médecine, d'infirmières et d'autres professionnels de santé peut favoriser l'établissement de la vaccination en tant que concept fédérateur et ainsi la naissance de générations de professionnels de santé vaccinateurs qui soient mieux informées.

L'efficacité des communications et des activités de génération de demandes repose sur un effort continu et la capacité de s'adapter rapidement à l'évolution des perceptions en matière de vaccination, en mettant fin aux rumeurs et autres idées fausses. Les équipes de première ligne chargées de vacciner le personnel de santé contre la grippe devra être formé de manière à gérer les membres du personnel réticents et les négationnistes de vaccin<sup>10</sup> susceptibles de compromettre l'acceptation de la vaccination (56).

La mise en place d'un groupe de travail national sur les communications en matière de vaccins, composé d'experts en communication, contribuera à établir de solides collaborations et relations professionnelles entre les partenaires et alliés, à renforcer la communication de routine sur la vaccination et à garantir une réponse immédiate et parfaitement coordonnée de l'ensemble des autorités concernées face à un événement de sécurité. La participation de membres de l'Occupational Safety and Health et d'associations professionnelles aux échanges avec le personnel de santé favorisera l'instauration d'un climat de confiance et une meilleure acceptation de la vaccination. En outre, l'intégration de représentants du personnel de santé, d'associations professionnelles, de syndicats et des différentes catégories de membres du personnel de santé visés assurerait la prise en compte des opinions de chacune de ces catégories dans l'élaboration de supports de communication personnalisés.

---

<sup>10</sup> Les négationnistes de vaccin désignent la branche extrémiste du sous-groupe de personnes réticentes à la vaccination qui fait campagne contre les vaccins en s'appuyant sur des techniques de déni scientifique (cf. référence 32).



Un certain nombre d'outils et de documents d'orientation (notamment modèle de mandat destiné aux groupes de travail sur les communications en matière de vaccination) sont mis à disposition, afin de définir une stratégie de communication efficace et de préparer des messages qui ciblent spécifiquement les différents groupes de membres du personnel de santé (*Boîte à outils 10*).

### BOÎTE À OUTILS 10

#### Outils et guides pour élaborer une stratégie et des messages de communication



##### Vaccination and trust library

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/vaccination-and-trust> (consulté le 14 mai 2019)

##### New vaccine introduction: checklist for planning communications and advocacy (2017)

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2017/new-vaccine-introduction-checklist-for-planning-communication-and-advocacy-2017> (consulté le 14 mai 2019)

##### Template terms of reference for a vaccine communication working group

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/337496/02\\_WHO\\_VaccineSafety\\_Support-Doc\\_TOR\\_Proof7.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/337496/02_WHO_VaccineSafety_Support-Doc_TOR_Proof7.pdf) (consulté le 14 mai 2019)

Outre la vaccination, les supports d'information, d'éducation et de communication devraient aborder d'autres mesures de lutte contre les infections, afin de limiter la propagation de la grippe sur le lieu de travail, ainsi que les mesures à prendre dans le cas où un membre du personnel de santé contracterait un syndrome de type grippal.

### Communications au niveau des centres de santé

La diffusion de communications efficaces au niveau du centre de santé devra s'appuyer sur une équipe bien formée et dédiée à la mise en place de la stratégie, constituée avant la date de lancement prévue. Elle devra être composée de représentants issus des principales catégories de membres du personnel de santé présentes au centre, ainsi que d'un expert en communication et sensibilisation, le cas échéant. Idéalement, les communications relatives à la vaccination contre la grippe saisonnière devraient s'inscrire dans une approche plus large de lutte contre la grippe dans les établissements de soins.

Les activités de communication au niveau des centres de santé devraient commencer suffisamment tôt avant la date de début envisagée de la campagne de vaccination, particulièrement dans les pays introduisant le vaccin pour la première fois. Ces activités pourraient initialement inclure la mise en place d'affiches d'information dans l'ensemble des services du centre de santé concernés. Le directeur du centre de santé et les responsables de l'ensemble des services et secteurs cliniques concernés devraient recevoir une communication formelle accompagnée de supports d'information sur la vaccination en nombre suffisant, à afficher dans chaque service clinique. Dans la mesure du possible, des informations au sujet de la vaccination contre la grippe pourraient également être transmises à l'ensemble du personnel de santé par e-mail et/ou par le biais de réseaux sociaux locaux.

Des séances d'information collective devraient compléter les supports affichés et distribués. Ces séances pourraient parfaitement s'inscrire dans le cadre des réunions de personnel. Leur nombre dépendra de la taille du centre de santé et des effectifs du personnel de santé ciblés. Les grands centres de santé (notamment les centres secondaires et tertiaires) devront peut-être organiser plusieurs séances, afin d'inclure l'ensemble du personnel de santé ciblé. Compte tenu des différents messages potentiels à faire passer aux différentes catégories de membres du personnel de santé, des séances distinctes devraient être prévues pour chaque catégorie en utilisant des supports adaptés. Afin de permettre de meilleurs échanges et de laisser suffisamment de temps pour les questions, il conviendrait de constituer des groupes d'une taille propice aux interactions. Des dispositions devraient être prises afin de permettre la participation des membres du personnel de santé travaillant de nuit. Le calendrier des séances d'information devrait être diffusé dans tout le centre de santé, en prévoyant des rappels afin de garantir une participation élevée.

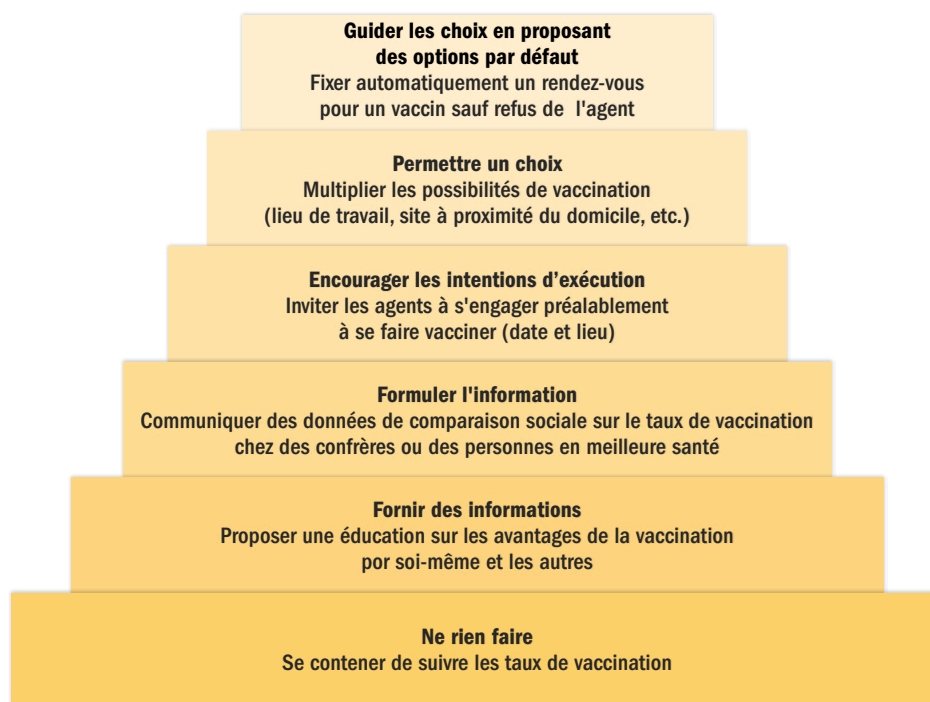
Ces réunions physiques devraient répondre aux objectifs suivants :

1. Expliquer l'importance de la vaccination pour les membres du personnel eux-mêmes, leurs patients, leur famille et pour la société au sens large, en insistant particulièrement sur les effets graves de la grippe ;
2. Informer le personnel de santé sur les politiques nationales ;
3. Fournir des informations sur l'innocuité des vaccins contre la grippe saisonnière ;
4. Communiquer les lieux et dates de vaccination ;
5. Expliquer les conséquences potentielles de la non-vaccination ;
6. Prévoir suffisamment de temps pour les questions.

Il pourrait être envisagé de mettre en place une assistance téléphonique ou Internet pour répondre aux questions de chaque membre du personnel de santé. Outre les affiches et autres supports de communication, les membres du personnel de santé vaccinés pourraient arborer de façon visible des autocollants amovibles (sur leurs badges d'identification, par exemple), afin de rappeler à leurs collègues non encore vaccinés de le faire. Des rappels périodiques de vaccination pourraient également être adressés par message SMS, par e-mail et par le biais de plateformes de médias sociaux.

### **Génération de demandes au niveau des centres de santé**

En plus des stratégies de communication, des actions de génération de demandes fondées sur les sciences du comportement peuvent être adoptées avant la mise à disposition des vaccins, de sorte que le personnel de santé soit prêt à se faire vacciner. Ces interventions ont pour principe la théorie du « nudge ». Il s'agit d'instaurer un environnement susceptible de modifier le comportement des individus d'une manière prévisible sans leur interdire aucune option (57) ; une approche qui a fait ses preuves dans nombre d'établissements de soins (58), en permettant de réduire le fossé entre intention et action (oubli de se faire vacciner, accès peu commode aux services de vaccination, etc.). Par ailleurs, ces interventions affichent un coût de mise en œuvre relativement faible (59). La figure ci-dessous (*Figure 3*), adaptée du Nuffield Council on Bioethics, illustre la hiérarchisation d'interventions fondées sur la théorie du nudge pour améliorer la couverture vaccinale (60).

**Figure 3. Pyramide des nudges pour accroître les taux de vaccination**

Source : Patel MS (référence 32)

Les nudges en bas de la pyramide sont, certes, moins agressifs, mais peuvent avoir un impact mesurable. Le retour d'informations sur les taux de vaccination au niveau des centres de santé (une pratique adoptée aux États-Unis afin d'accroître la couverture vaccinale infantile) permet de suivre les progrès réalisés dans les centres tout en incitant les membres du personnel de santé à améliorer leurs propres pratiques vaccinales (61).

Les rappels de vaccination, à savoir informer les individus des vaccins à faire et les inviter à se rendre au site de vaccination pour se faire vacciner, peuvent constituer un nudge. Ces communications sous format papier ou par message SMS se sont révélées efficaces (62). Au centre de santé, des rappels transmis au personnel de santé par le biais d'un outil de collecte de données vaccinales (sous format papier ou électronique) peuvent permettre une meilleure vaccination de ce dernier (59).

Les ordres permanents (« standing orders ») sont une stratégie efficace fondée sur la théorie du nudge visant à faciliter l'accès à la vaccination en permettant un choix. Mise en place dans un centre de santé, cette stratégie permet aux membres du personnel de santé non-médecins d'administrer des vaccins sans prescription ni ordre explicitement donné par un médecin. Lorsqu'elle est appliquée, cette initiative se révèle être d'une grande efficacité en termes d'amélioration de la couverture vaccinale (63). Conjuguées aux approches de communication, toutes ces stratégies peuvent stimuler la demande au sein de la communauté.

### Aller au-delà des nudges

Les nudges constituent une méthode privilégiée pour influencer la demande, car elle préserve la liberté de choix sans coercition. Cependant, selon certains experts, lorsque les nudges échouent à favoriser une couverture vaccinale optimale chez le personnel de santé (entraînant alors un préjudice pour ses patients), les décideurs devraient envisager des politiques plus fortes (64). Cela ne signifie pas qu'il faille immédiatement se tourner vers des mesures ne laissant pas la place au choix en cas d'échec des nudges. Il existe un certain nombre d'actions à travers un continuum qui conduisent à restreindre les choix. Le recours à des « directives non contraignantes » offre des exemples d'actions menées à travers ce continuum.

L'Annexe 5 propose un tableau qui répertorie les différents types de communications et d'approches de génération de demandes, en précisant les actions requises pour les mettre en place et l'impact attendu.

### Étude de cas : « flupalooza », une campagne visant à accroître le taux de vaccination contre la grippe saisonnière chez le personnel de santé

Le centre universitaire médical Vanderbilt situé à Nashville (Tennessee, États-Unis) compte plus de 24 000 professionnels de santé. Depuis 2011, sa campagne de vaccination contre la grippe saisonnière repose sur une opération de vaccination antigrippale de masse baptisée « flupalooza ». Dans le cadre de cette opération, plus de 14 000 personnes en moyenne sont vaccinées en une seule journée. Le modèle c-pod (closed point-of-dispensing, point de délivrance fermé) a été évalué et affiné progressivement, de manière à améliorer significativement l'efficacité de l'administration des vaccins et les taux de couverture vaccinale. L'opération prend place dans une atmosphère à la fois festive et propice à la mise en pratique des compétences en matière de vaccination pandémique critique et de leadership dans les domaines administratifs et de santé au travail.

Cette opération favorise une couverture vaccinale élevée parmi les catégories de membres du personnel de santé participants ; cependant, compte tenu de l'organisation des équipes infirmières et de gardes dans l'établissement, moins de 30 % du personnel infirmier se fait vacciner lors de cet événement. C'est pourquoi le centre médical associe l'opération « flupalooza » aux visites du personnel de garde, aux chariots de visite et à d'autres stratégies, afin d'atteindre l'objectif annuel de plus de 90 % de couverture vaccinale du personnel de santé. Malgré le fait que la politique de l'établissement rende progressivement les refus impossibles en prévoyant des mesures disciplinaires en cas de non-vaccination, il convient de noter qu'une couverture vaccinale de 92 % a été atteinte au cours des saisons précédant la mise en place de ces mesures. Le principe de l'opération, les diagrammes de flux de travail et les enseignements spécifiques tirés sont décrits dans une publication disponible en ligne.

Source : Swift MD, Aliyu MH, Byrne DW, et al. *Emergency preparedness in the workplace: the flupalooza model for mass vaccination. American Journal of Public Health. 2017 sep;107(s2):s168-76.*  
<http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2017.303953>

## Approvisionnement en vaccins et gestion de la chaîne d'approvisionnement

### Approvisionnement en vaccins

L'accès aux vaccins au meilleur prix passe par une parfaite compréhension des mécanismes et des systèmes d'approvisionnement, de la dynamique du marché des vaccins et des composantes de la tarification des vaccins. Tout d'abord, il convient de prévoir la demande en vaccins ; suivent ensuite les processus d'appel d'offres, de passation de marché et d'approvisionnement. Les outils et ressources associées à l'approvisionnement en vaccins sont détaillés dans la *Boîte à outils 11*. L'approvisionnement en vaccins contre la grippe saisonnière peut revêtir des caractéristiques uniques. Il pourra nécessiter l'aval des autorités de réglementations ainsi que des engagements d'achat préalables avec des fabricants spécifiques immédiatement après la publication des recommandations de l'OMS concernant la formulation des vaccins saisonniers (en février dans l'hémisphère nord et en septembre dans l'hémisphère sud) ; mais bien avant la saison grippale.

#### BOÎTE À OUTILS 11



#### Outils associés à l'approvisionnement en vaccins

##### Procurement mechanisms and systems

[http://www.who.int/immunization/programmes\\_systems/procurement/mechanisms\\_systems](http://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/mechanisms_systems)  
(consulté le 14 mai 2019)

##### Vaccine product, price and procurement (V3P) web platform

[http://www.who.int/immunization/programmes\\_systems/procurement/v3p/platform](http://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/v3p/platform)  
(consulté le 14 mai 2019)

##### Vaccine market

[http://www.who.int/immunization/programmes\\_systems/procurement/market](http://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/market) (consulté le 14 mai 2019)

##### List of WHO prequalified seasonal influenza vaccines

[https://extranet.who.int/gavi/PQ\\_Web/](https://extranet.who.int/gavi/PQ_Web/) (consulté le 14 mai 2019)

### Choix du produit vaccinal et de la présentation

Comme pour tout autre vaccin, le choix du produit et de la présentation reposera sur plusieurs facteurs, notamment la disponibilité de l'approvisionnement, le prix, la commodité, les exigences de stockage et de transport, le gaspillage de vaccin et les occasions manquées de vaccination (par ex. report de la vaccination lié à la réticence d'ouvrir un flacon de 10 doses uniquement pour vacciner une ou deux personnes). La taille du flacon devrait être choisie en fonction du nombre de doses à administrer à chaque site de vaccination et du nombre de séances de vaccination à organiser sur chaque site. Les vaccins injectables contre la grippe saisonnière actuellement présélectionnés sont disponibles en seringues préremplies à dose unique et en flacons de 10 doses et à dose unique. L'ensemble des flacons de 10 doses contiennent du thiomersal comme conservateur. Cependant, les produits présélectionnés actuellement disponibles dans cette présentation ne disposent pas tous

d'une autorisation de mise sur le marché fixant une durée de conservation maximale de 28 jours une fois le flacon ouvert. De même, certains produits ne présentent pas de pastille de contrôle des vaccins (PCV). Par conséquent, il conviendrait de choisir le produit et la présentation en tenant compte de ces aspects, notamment en vérifiant que les spécifications de chaque produit et présentation répondent aux exigences du programme avant de passer commande. Des informations sur les vaccins présélectionnés par l'OMS sont disponibles sur le site Internet de l'OMS (voir la *Boîte à outils 11*).

Prévoir la demande vaccinale représente une première étape essentielle du processus d'approvisionnement en vaccins. À cet égard, il est nécessaire d'estimer l'effectif du personnel de santé qui sera visé par une vaccination, la couverture vaccinale attendue et le gaspillage de vaccin. Idéalement, le personnel de santé des établissements publics et privés devrait être ciblé. Ce processus d'estimation de l'effectif de la population cible, à savoir le personnel de santé, sera probablement plus complexe que pour les autres vaccins ciblant les populations générales. Par ailleurs, les données permettant d'obtenir ces estimations seront sans doute plus difficiles à recueillir, particulièrement dans les pays à revenu faible et intermédiaire. La *Boîte à outils 12* propose des ressources pour estimer les effectifs du personnel de santé et des personnes à vacciner.

## BOÎTE À OUTILS 12

### Ressources pour estimer l'effectif de la population cible



**Global Health Observatory: Health Workforce**

[http://www.who.int/gho/health\\_workforce](http://www.who.int/gho/health_workforce)

**Global Health Workforce Statistics database.** Genève: Organisation mondiale de la Santé.

<http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats>

**Counting health workers: definitions, data, methods and global results.** Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2007.

[http://www.who.int/hrh/documents/counting\\_health\\_workers.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/counting_health_workers.pdf)

**Classifying health workers: mapping occupations to the international standard classification**

[https://www.who.int/hrh/statistics/Health\\_workers\\_classification.pdf](https://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf)

Les bases de données mondiales sur le personnel de santé ne couvrent pas nécessairement l'ensemble des catégories de membres du personnel de santé susceptibles d'être visés par une vaccination. Elles peuvent, par exemple, n'inclure des estimations que des effectifs de médecins, de personnel infirmier et de sages-femmes. Dans ce cas, une estimation approximative pourrait être réalisée à partir de ratios de membres du personnel de santé pour lesquels aucune donnée ne serait disponible par rapport aux collaborateurs dont les données seraient disponibles (ratio médecins/agents de laboratoire, par exemple). Ces ratios pourraient être obtenus rapidement, dans le cadre d'une enquête menée auprès d'un petit échantillon représentatif de centres de santé (tertiaires, secondaires et primaires).

Chaque centre de santé pourra être amené à établir des listes de bénéficiaires incluant le nom des personnes visées par une vaccination, à des fins de suivi vaccinal et de tenue des registres des personnes vaccinées. Par conséquent, les prévisions de demandes initiales pourraient être affinées les années suivantes, à partir des données figurant sur ces listes et registres.



## Logistique et gestion de la chaîne du froid

La manipulation du vaccin antigrippal est similaire à celle prescrite pour la plupart des autres vaccins inclus dans les programmes nationaux de vaccination. Il doit être conservé à une température comprise entre 2 et 8 °C. Dans la mesure où la vaccination du personnel de santé doit intervenir chaque année sur une période relativement courte avant le début de la saison grippale, il convient d'établir un plan pour la conservation et le transport des vaccins aux différents maillons concernés de la chaîne d'approvisionnement pendant la période vaccinale choisie. Des outils et des ressources concernant les prévisions, la gestion et la logistique des vaccins sont disponibles sur le site Internet de l'OMS (*Boîte à outils 13*). Les exigences de volume pour la chaîne de froid concernant chaque produit et présentation présélectionnés par l'OMS sont détaillées sur le site Internet de l'OMS (veuillez sélectionner le type de vaccin puis cliquer sur le lien correspondant à chaque produit et présentation pour visualiser les informations associées).<sup>11</sup> Au niveau du centre de santé, le point focal responsable de la vaccination du personnel de santé devrait s'assurer que les doses de vaccin requises au centre sont prises en compte dans les prévisions de demandes et qu'il existe un espace de stockage suffisant pour accueillir les doses avant leur date d'arrivée prévue.

### BOÎTE À OUTILS 13

#### Gestion des vaccins et ressources de soutien



Des ressources pour aider les responsables des programmes à planifier la chaîne d'approvisionnement et le soutien logistique sont disponibles sur le site Internet de l'OMS à l'adresse suivante :

[http://www.who.int/immunization/programmes\\_systems/supply\\_chain/resources/tools/en/index4.html](http://www.who.int/immunization/programmes_systems/supply_chain/resources/tools/en/index4.html)  
(consulté le 14 mai 2019)

**Aperçu des technologies pour le traitement de déchets infectieux et de déchets piquants/coupants/tranchants provenant des établissements de santé**

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330920/9789240001602-fre.pdf>  
(consulté le 14 mai 2019)

## Vaccination du personnel de santé

La vaccination du personnel de santé devrait idéalement intervenir dans les centres de santé où les membres du personnel ciblés travaillent en général, afin d'en garantir un accès pratique.

Chaque centre de santé devrait définir un plan de vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière bien avant le début de la saison. Ce plan devrait contenir des mesures pour faciliter l'accès du personnel de santé de chaque équipe à la vaccination. Différentes options devront probablement être définies au niveau du centre de santé, de manière à vacciner les membres du personnel de santé affectés aux équipes de nuit sans devoir recourir à des services de vaccination 24h/24 (possibilité d'une vaccination juste avant ou juste après une rotation d'équipe, par exemple).

Une équipe de vaccination devrait être constituée au niveau du centre de santé, afin de coordonner les activités de vaccination et d'améliorer la couverture vaccinale ; sous la supervision

<sup>11</sup> Vaccins présélectionnés par l'OMS. [https://extranet.who.int/gavi/PQ\\_Web/Browse.aspx?nav=3](https://extranet.who.int/gavi/PQ_Web/Browse.aspx?nav=3)

générale du responsable du centre. Un membre devrait être désigné chef d'équipe. Il pourrait s'agir des points focaux en santé et sécurité au travail, ou bien des responsables des activités de vaccination au centre de santé. Dans les grands établissements, les services médicaux destinés aux membres du personnel pourront se voir attribuer cette tâche. Selon des études menées dans des organisations et des centres de santé, des promoteurs de la vaccination désignés parmi le personnel de santé peuvent contribuer à améliorer la couverture vaccinale de leurs collègues. Par ailleurs, certains pays ont mis en place avec succès une équipe mobile qui se rend dans chaque service clinique du centre de santé en y assurant des vaccinations.

### Étude de cas : recours à un promoteur de la vaccination pour améliorer la couverture vaccinale antigrippale chez le personnel de santé à Oman

Oman a instauré un système de santé intégré, gratuit et universel qui prévoit la vaccination du personnel de santé contre la grippe. Oman est l'un des rares pays à revenu élevé de la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS à avoir atteint des taux de vaccination antigrippale élevés chez le personnel de santé (>80 %), et ce, grâce à la mise en place de promoteurs de la vaccination. Soucieux de protéger la santé du personnel de santé, le ministre de la Santé d'Oman joue un rôle de chef de file en étant le premier à se faire vacciner contre la grippe saisonnière. En tant que responsable du personnel de santé, et en tant que personnalité influente dans le pays, son action a permis de renforcer l'importance de la vaccination et de continuer à promouvoir les programmes antigrippaux. Par ailleurs, le ministre a participé à la diffusion de messages en faveur de la vaccination auprès de l'ensemble du personnel de santé.

### Formation de l'équipe de vaccination

Des ateliers de formation devraient être organisés pour les points focaux en vaccination des centres de santé, concernant l'élaboration d'un plan de vaccination pour le centre de santé et la mise en œuvre et le suivi des activités vaccinales. Un calendrier, un programme, des ressources documentaires, des listes de contrôle et des modèles de formulaires pour l'enregistrement de données, le cas échéant, devraient être créés pour ces ateliers, de façon normalisée et à l'échelle nationale, afin de garantir une formation cohérente dans l'ensemble des centres de santé. Autre gage de l'homogénéité de la formation, les ateliers devraient être dirigés par des équipes de formateurs eux-mêmes formés au niveau national et affectés à chaque région / sous-région, selon une approche en cascade. La diffusion de courtes vidéos, le cas échéant, favorisera une parfaite cohérence du contenu de la formation. Des modules d'auto-apprentissage Web pourront être proposés à celles et ceux qui ne pourraient pas assister aux séances de formation.

L'équipe de vaccination du centre de santé devrait pouvoir classer les groupes de membres du personnel de santé (voir le [chapitre 2](#) pour un exemple de classification des risques associés au personnel de santé) et établir une liste des membres du personnel de santé éligibles à la vaccination, en précisant leurs titres et leurs services d'affectation. Dans les cas où différentes politiques de vaccination s'appliqueraient à différentes catégories de risques, il conviendrait soit d'établir des listes distinctes, soit de mettre en place des mécanismes permettant d'identifier et de suivre facilement le statut de vaccination des membres de chaque catégorie. Les listes des bénéficiaires

devraient être définies suffisamment avant le début de la vaccination, en veillant à informer les membres du personnel de santé concernés de la nécessité de se faire vacciner.

Outre les membres du personnel de santé salariés du centre de santé, des dispositions pourraient être prises pour inclure, dans la zone de couverture de cet établissement, les collaborateurs de centres plus petits (y compris ceux du secteur privé), conformément à la politique nationale, en cas de vaccination indisponible dans tous les centres.

Un mécanisme de suivi des collaborateurs non vaccinés et d'envoi de rappels devrait être déployé dans chaque centre de santé. En ce qui concerne le personnel de santé en contact avec des patients présentant un risque élevé (notamment dans les services de transplantation d'organes, d'oncologie, de soins intensifs ou périnataux), les responsables des collaborateurs non vaccinés avant le début de la saison grippale devront probablement être informés (si les règles de confidentialité locales le permettent), de sorte qu'ils puissent réitérer les rappels par écrit ou, en cas de refus, obtenir les formulaires de refus actif signés et faire appliquer les mesures correspondantes de lutte contre les infections de l'établissement (par ex. réaffectation des attributions, port de masques, etc.), conformément à la politique nationale du centre de santé.

## 4. Suivi et évaluation

L'ensemble des pays devraient mettre en place un mécanisme permettant de suivre la couverture vaccinale et les manifestations postvaccinales indésirables (MAPI), au niveau des centres de santé et au niveau national, et mener au minimum une évaluation post-introduction du vaccin antigrippal. Cependant, l'évaluation de l'acceptation et de l'efficacité (ou de l'impact) de la vaccination ne sera nécessaire et faisable que dans les établissements qui n'auront pas atteint les objectifs de vaccination et pour lesquels des fonds seront disponibles.

### Conception et mise à jour des systèmes d'information

Des modules de saisie de données et des formulaires adaptés pour l'enregistrement et la communication des données de vaccination au niveau des centres de santé devraient être créés ; de même, des processus de notification devraient être mis en place.

Dans le cadre de l'élaboration d'outils et de lignes directrices pour la collecte de données, la nécessité d'intégrer les systèmes de santé publics et privés devrait être envisagée. Pour cela, il sera sans doute essentiel de cartographier les systèmes d'information de santé et les instruments de collecte de données vaccinales en place et de définir des lignes directrices concernant l'utilisation de ces systèmes, de manière à obtenir des données sur la vaccination saisonnière du personnel de santé.

Les systèmes de collecte de données peuvent varier d'un centre de santé à un autre, selon la taille du centre et les infrastructures disponibles. Néanmoins, chaque centre de santé doit disposer d'un formulaire normalisé de communication des données, afin de garantir la collecte des données à communiquer au niveau national, quel que soit le système d'enregistrement utilisé (notamment nom du membre du personnel de santé, catégorie du membre du personnel de santé, service d'affectation, catégorie de risque, date de vaccination, numéro de lot et produit de vaccination). Pour créer ce formulaire, il conviendrait de suivre les conseils fournis par le GTCV en matière de suivi et d'évaluation d'impact.

Tous les systèmes de collecte de données, sous format papier ou électronique, devraient permettre d'assurer le suivi des collaborateurs non vaccinés et de générer et de leur envoyer des rappels. L'utilisation de tels systèmes de rappel imposera de protéger la confidentialité des données concernant l'état de santé et le statut vaccinal du personnel de santé et d'en limiter l'accès au coordinateur des vaccinations du centre.

### Suivi de la couverture vaccinale

Différentes approches permettent d'estimer la couverture vaccinale antigrippale du personnel de santé. La période d'une telle évaluation de la couverture revêt une certaine importance, dans la mesure où elle devrait coïncider avec la période de vaccination définie dans le pays en question. Étant donné que le vaccin contre la grippe est généralement administré dans le cadre de campagnes saisonnières, il est recommandé d'établir régulièrement des rapports à cet égard (par exemple tous

les mois). Idéalement, des évaluations devraient être menées à la fin de la saison, dès lors que des données complètes seront disponibles après analyse et correction d'éventuelles incohérences.

#### ■ **Registres des centres de santé**

Les informations concernant la vaccination antigrippale du personnel de santé devraient figurer dans les dossiers existants, tenus selon les exigences en matière de santé au travail, et dans les registres de vaccination, gérés dans le cadre des mécanismes de suivi institutionnel. Pour tous les rapports établis à partir de plusieurs sources, il est nécessaire d'évaluer minutieusement les données afin de repérer d'éventuels écarts, en veillant à adopter des mesures de protection des données pertinentes. Les ensembles de données contiendront au minimum le nombre de collaborateurs vaccinés contre la grippe au cours de chaque saison annuelle, le nombre total de membres du personnel de santé ciblés et la couverture vaccinale correspondante (%). En général, les données des numérateurs et des dénominateurs sont disponibles auprès des services de santé au travail des centres de santé. Afin de définir des dénominateurs plus détaillés, les données nominatives du personnel de santé (notamment en fonction des registres de personnel) pourront être utilisées dans un premier temps. Une liste des bénéficiaires visés par la vaccination antigrippale pourra être établie à partir de ces données enregistrées, selon des critères de risque d'infection ou de transmission de l'infection aux patients (voir la section « *Caractérisation des groupes cibles à vacciner* » et le *Tableau 1*). Cela pourrait inclure, selon la capacité du système de communication et du programme, la comptabilisation des chiffres par catégorie de membres du personnel de santé et par profil de risque, de manière à obtenir des estimations de la couverture par sous-catégorie (médecins, personnel infirmier, agents de laboratoire, agents des services de soins intensifs ou généraux, etc.).

En l'absence de registres de vaccination, une estimation approximative de la couverture vaccinale du personnel de santé pourrait être calculée comme suit : différence entre le nombre de doses de vaccins distribuées à chaque centre moins le nombre de doses de vaccins renvoyées (non utilisées), divisée par le nombre estimatif de membres du personnel de santé visés par la vaccination au centre.

Une autre méthode similaire, mais quelque peu imprécise, pour évaluer la couverture vaccinale au niveau national consisterait à utiliser les données régulièrement compilées sur le personnel de santé (à savoir les données déclarées à l'OMS) pour calculer le dénominateur (voir la *Boîte à outils 12*), tel qu'appliqué dans les prévisions des demandes en vaccins, et le nombre total de vaccins administrés comme numérateur. Cette méthode ne devrait être adoptée qu'en dernier recours, si aucune des autres méthodes décrites ne peut être appliquée.

#### ■ **Données administratives**

Si des membres du personnel de santé bénéficient de vaccins gratuits, pris en charge par le gouvernement, le système d'assurance maladie national ou les employeurs, des déclarations régulières sur le nombre de collaborateurs vaccinés au niveau de l'établissement pourront (parfois devront) être réalisées. Ces données administratives pourront être disponibles dans les programmes nationaux de vaccination largement documentés ou dans les dossiers de l'assurance-maladie.

## ■ Enquêtes

Des enquêtes destinées à recueillir des données de vaccination et d'autres interventions devraient être réalisées tous les 3 à 5 ans, afin de déterminer les disparités en termes de couverture vaccinale au niveau infranational ; un processus essentiel pour adapter les pratiques vaccinales. Un échantillon représentatif de membres du personnel de santé pourra être choisi, selon une approche aléatoire et stratifiée, dans les registres nationaux de personnel de santé (organisations professionnelles, par exemple). En l'absence de tels registres, un processus de sélection des centres et des membres du personnel de santé de ces centres en deux étapes pourra être mis en place. Si les coordonnées des collaborateurs sont disponibles, des entretiens normalisés pourront avoir lieu en face à face, par téléphone ou par Internet. Autrement, des liens vers des enquêtes en ligne pourront être transmis à l'ensemble des membres du personnel de santé des centres sélectionnés, par le biais d'une invitation leur permettant d'accéder à la plateforme depuis leur téléphone portable ou leur ordinateur. Il convient de noter que dans le cadre d'une telle approche, l'auto-déclaration de vaccination pourrait se traduire par une surdéclaration.<sup>12</sup>

Pour l'ensemble de ces approches d'estimation de la couverture vaccinale, il sera important d'identifier les spécificités des catégories de membres du personnel de santé, notamment les membres avec et sans contact direct avec des patients (étudiants, stagiaires, bénévoles, personnel en charge de la maintenance, des systèmes d'information, de la restauration, etc.) qui auront été inclus dans les numérateurs et dans les dénominateurs. De même, il conviendra de préciser si des collaborateurs à temps partiel, opérationnels pendant la saison grippale, auront été pris en compte dans les estimations. Si des personnes non visées par une vaccination se font vacciner (agents de back-office, proches de collaborateurs, etc.), il faudra veiller à ne pas les inclure dans les estimations. Les taux de refus et de réponse aux enquêtes devront faire l'objet d'un suivi, tandis que des ajustements devront être réalisés dans l'analyse afin d'éviter d'éventuels biais de sélection.

Parfois, les programmes de vaccination contre la grippe pourront simplement fixer des objectifs en nombre absolu de membres du personnel de santé à vacciner, en fonction du nombre de vaccins fournis et disponibles dans une région ou un site spécifique. Bien qu'adoptée par certains pays, une telle approche empêcherait toute estimation correcte des taux de couverture, notamment par catégorie de risque, ou toute comparaison dans le temps ; des évaluations pourtant essentielles afin d'interpréter les données d'impact. En outre, elle ne permettrait pas d'identifier les déterminants de la vaccination ou de la réticence à la vaccination.

Dans la mesure du possible, les données et les méthodes utilisées pour estimer les taux d'autres vaccinations régulières du personnel de santé devraient être accessibles (par ex. hépatite B, rougeole, polio, coqueluche et tétanos). Il convient de noter, cependant, que ces vaccins ne sont pas administrés chaque année et qu'en général, ils ne feront l'objet d'une vérification qu'au moment de la prise de fonctions du collaborateur.

La **Boîte à outils 14** présente les outils disponibles pour collecter et communiquer les données de vaccination et pour estimer la couverture vaccinale.

<sup>12</sup> Llupia A et al. Vaccination Behaviour Influences Self-Report of Influenza Vaccination Status: A Cross-Sectional Study among Health Care Workers. PLoS One 2012; 7(7):e39496. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3394773/>



**BOÎTE À OUTILS 14****Outils et indicateurs de suivi et d'évaluation**

**Immunization in practice series, module 7: Monitoring and using your data.** Ce module explique comment collecter et communiquer les données et comment suivre les vaccinations.

 [http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/resources/IIP\\_Module7.pdf](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/IIP_Module7.pdf)  
(consulté le 14 mai 2019)

**Training for mid-level managers. Module 7: The EPI coverage survey** (Document WHO/IVB/08.07).  
Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2008. Ce module propose une présentation étape par étape, notamment des outils et des lignes directrices applicables, pour planifier et mener une enquête sur la couverture d'un nouveau vaccin.

 [http://who.int/immunization/documents/MLM\\_module7.pdf](http://who.int/immunization/documents/MLM_module7.pdf) (consulté le 14 mai 2019)

**Référence de l'OMS pour estimer la couverture vaccinale antigrippale chez les groupes ciblés.**

Ce document présente les différentes méthodes permettant d'estimer la couverture vaccinale antigrippale à l'échelle nationale chez les groupes à haut risque visés par une vaccination.

 [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/317344/Methods-assessing-influenza-vaccination-coverage-target-groups.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/317344/Methods-assessing-influenza-vaccination-coverage-target-groups.pdf) (consulté le 14 mai 2019)

**Suivi des MAPI**

Comme pour tout vaccin et groupe cible, un système efficace de suivi des MAPI est une nécessité fondamentale, dans la mesure où la littérature fait constamment état de lacunes et d'idées fausses concernant l'innocuité des vaccins antigrippaux chez le personnel de santé.

Le système utilisé pour suivre et étudier des MAPI potentielles dans le cadre de la vaccination antigrippale du personnel de santé devrait, dans l'idéal, être intégré aux systèmes de surveillance des MAPI en place, conformément aux réglementations nationales concernant le suivi de l'innocuité des vaccins. Le programme national de vaccination ou les autres services responsables de la vaccination antigrippale du personnel de santé (service de santé au travail, par exemple) devraient, en collaboration avec l'Autorité nationale de réglementation, définir les rôles et responsabilités associés au suivi de l'innocuité des vaccins. Dans les pays adoptant pour la première fois les vaccins antigrippaux, il pourrait être envisagé d'intensifier la surveillance des MAPI au cours de la première année d'introduction, afin d'assurer un retour d'informations immédiat auprès des parties prenantes et de les rassurer quant à l'innocuité des vaccins administrés.

Un système efficace de suivi des MAPI permettra d'identifier et de résoudre des problèmes associés à la vaccination, potentiellement liés au produit lui-même, à sa qualité ou à des erreurs dans l'administration des vaccins. Toutes les personnes vaccinées, signalées comme présentant une manifestation (même mineure) qui semblerait être due au vaccin antigrippal devraient être notifiées dans le système de surveillance des MAPI en remplissant les formulaires standard prévus à cet effet (voir la *Boîte à outils 15*). À partir des notifications réalisées de façon adéquate, le système de suivi devrait permettre d'évaluer le taux de réaction au vaccin antigrippal observé puis de le comparer aux taux anticipés dans la littérature. En ce qui concerne les MAPI graves, un groupe d'experts en déterminera, en principe, le lien de causalité. Il est important de noter que, comme pour tout

vaccin, un tel système est censé être capable d'identifier une réaction à un vaccin jusque-là jamais observée ou inattendue et qui devrait être analysée plus en détail. Il conviendra néanmoins de veiller à ne pas considérer des manifestations concomitantes comme des réactions au vaccin.


Grâce à la mise en place et au renforcement de systèmes dédiés aux MAPI, la vaccination antigrippale offrira également l'occasion de sensibiliser davantage le personnel de santé à l'innocuité générale des vaccins.

### BOÎTE À OUTILS 15




#### Sources d'informations concernant les MAPI

**Variables fondamentales pour le suivi des MAPI, notamment données concernant les cas, les vaccins, les manifestations et les notificateurs**

 [http://www.who.int/vaccine\\_safety/initiative/tools/AEFI\\_core\\_variables\\_basics\\_EN\\_Dec2015.pdf](http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/AEFI_core_variables_basics_EN_Dec2015.pdf)  
(consulté le 14 mai 2019)

**Exemple d'un formulaire d'enregistrement des MAPI comprenant une description détaillée des éléments à notifier**

 [https://www.who.int/vaccine\\_safety/initiative/tools/AEFI\\_reporting\\_form\\_FR\\_Jan2016.pdf](https://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/AEFI_reporting_form_FR_Jan2016.pdf)  
(consulté le 14 mai 2019)

**Évaluation du lien de causalité des manifestations postvaccinales indésirables : ce manuel présente la méthodologie détaillée comprenant un processus en quatre étapes, avec un accès à un outil logiciel**

 [https://www.who.int/vaccine\\_safety/publications/gvs\\_aefi/fr/](https://www.who.int/vaccine_safety/publications/gvs_aefi/fr/) (consulté le 14 mai 2019)

**Ressources pédagogiques sur l'innocuité des vaccins : matériel de formation en matière de pharmacovigilance et de vaccination**

 [https://www.who.int/vaccine\\_safety/initiative/tech\\_support/fr/](https://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tech_support/fr/) (consulté le 14 mai 2019)

**1 fiche d'information: fréquence observée des réactions postvaccinales – vaccin antigrippal**

 [https://www.who.int/vaccine\\_safety/initiative/tools/July\\_2014\\_Influenza\\_final\\_FR.pdf](https://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/July_2014_Influenza_final_FR.pdf)  
(consulté le 14 mai 2019)

## Suivi et évaluation de l'acceptation de la vaccination

Les principaux déterminants de l'acceptation de la vaccination chez le personnel de santé ont fait l'objet de diverses enquêtes. Il en résulte un désir d'autoprotection, de protection des proches et de protection des patients (voir également la section Communication et acceptation de la vaccination).

Une analyse de situation initiale couvrant les programmes de vaccination antigrippale pour le personnel de santé permet d'examiner, dans le cadre d'entretiens avec des informateurs clés ou d'ateliers participatifs, les informations disponibles sur les politiques, les pratiques et les programmes vaccinaux, les facteurs d'acceptation et de participation et l'influence des médias et des communications. Les résultats d'une telle analyse pourraient ensuite servir de base à l'élaboration d'autres stratégies de communication visant les problématiques identifiées de façon ciblée.

D'autres déterminants peuvent faire l'objet de travaux de recherche formative, selon des méthodes d'analyse qualitative et quantitative, afin d'évaluer l'évolution des connaissances, des attitudes, des pratiques et des comportements chez le personnel de santé. Il conviendrait d'analyser

régulièrement les déterminants comportementaux qui différencient les membres du personnel de santé qui se font vacciner de ceux qui ne se le font pas. Comprendre ce qui influe sur les attitudes du personnel de santé à l'égard de la vaccination antigrippale annuelle est essentiel pour élaborer des messages de communication et des produits pertinents. Il est tout aussi essentiel de faire participer le personnel de santé aux études de recherche comportementale (perceptions, croyances, émotions et conflits potentiels), afin de leur offrir la possibilité de faire partie intégrante de l'approche et ainsi de favoriser une meilleure acceptation du programme de vaccination.

### BOÎTE À OUTILS 16

#### Outils d'évaluation de l'acceptation de la vaccination chez le personnel de santé



**Outil de conception de programmes adaptés de vaccination contre la grippe saisonnière.** Cette publication présente une approche et des outils qui se fondent sur la théorie des changements de comportement et les modèles de planification des programmes de santé, pour permettre l'élaboration de programmes de vaccination contre la grippe saisonnière adaptés aux besoins et aux attitudes des membres du personnel de santé de première ligne.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/publications/2015/tailoring-immunization-programmes-for-seasonal-influenza-tip-flu.-a-guide-for-increasing-health-care-workers-uptake-of-seasonal-influenza-vaccination-2015> (consulté le 14 mai 2019)

**Étude cas de la conception de programmes adaptés de vaccination contre la grippe saisonnière au Monténégro.** ce document présente un exemple concret d'application de l'outil de conception de programmes adaptés de vaccination contre la grippe saisonnière.

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/281860/Tailoring-Immunization-Programmes-Seasonal-Influenza-TIP-FLU.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/281860/Tailoring-Immunization-Programmes-Seasonal-Influenza-TIP-FLU.pdf) (consulté le 14 mai 2019)

## Suivi de l'impact de la vaccination

Après l'introduction d'un vaccin contre la grippe dans une population, des études complémentaires pourront permettre d'évaluer l'impact du programme de vaccination.

Cependant, l'OMS déconseille que tous les pays mènent des études d'impact ou d'efficacité sur les programmes de vaccination antigrippale, compte tenu de leur complexité et de leur coût. Dans la mesure où un certain nombre de réseaux de recherche mondiaux réalisent de telles études, les résultats pourraient s'appliquer à d'autres régions dont les programmes vaccinaux et l'épidémiologie grippale sont similaires. La décision de mener ces études devrait donc être conditionnée par la nécessité de disposer d'estimations nationales et par la capacité du pays à engager de telles études rigoureuses. Si l'étude n'est pas correctement conçue (échantillon inadéquat de différentes catégories de membres du personnel de santé), elle risque d'aboutir à des conclusions erronées.

La réalisation d'études avant-après visant à démontrer l'efficacité de la vaccination est déconseillée pour la grippe, car l'efficacité de ces vaccins en termes de prévention des symptômes grippaux dans le cadre d'épidémies saisonnières est très variable.<sup>13</sup> L'évaluation de l'impact de la vaccination contre

<sup>13</sup> Evaluation of influenza vaccine effectiveness: A guide to the design and interpretation of observational studies, OMS, 2017.

la grippe saisonnière peut s'avérer encore plus complexe, du fait de la variabilité des risques d'infection et de transmission aux patients affichés par différentes catégories de membres du personnel de santé.

Une réduction globale de l'absentéisme du personnel de santé ou, si les données sont disponibles, une réduction de l'absentéisme lié à la grippe sert en général d'indicateur de substitution pour déterminer l'impact d'un programme de vaccination antigrippale. À cet égard, le suivi institutionnel des centres de santé devrait inclure les taux de maladie du personnel de santé ainsi qu'une évaluation des congés maladie. Dans la mesure du possible, les jours d'absentéisme signalés liés à des syndromes de type grippal (ou à des infections respiratoires) devraient être enregistrés. Ces cas auto-déclarés incluront des syndromes avec ou sans confirmation virologique. D'autres affections non spécifiques concernent des infections aiguës sévères des voies respiratoires et des pneumonies toutes causes confondues nécessitant une hospitalisation. Il est important de noter que tous ces syndromes cliniques englobent un certain nombre d'autres agents pathogènes respiratoires contre lesquels le vaccin contre la grippe n'offre aucune protection. S'il est décidé de mener de telles analyses, ces dernières devraient, dans l'idéal, couvrir plusieurs saisons, dans la mesure où l'impact peut varier sensiblement d'une saison à une autre. À défaut, l'interprétation de ces études sera relativement difficile.

Les résultats confirmés en laboratoire (par RT-PCR et autres tests de diagnostic moléculaire) offrent une classification plus spécifique des virus grippaux. Des postes-sentinelles disposant de telles capacités pourraient être mis en place, le cas échéant, afin de prélever des échantillons auprès de membres du personnel de santé pour confirmer la maladie en laboratoire. L'efficacité de la vaccination pourrait être évaluée au niveau de ces postes, dans le cadre d'une étude de cas-témoins visant à comparer la couverture vaccinale des cas confirmés en laboratoire par rapport aux cas aux tests négatifs, dans l'hypothèse d'une couverture vaccinale suffisante. Toutes ces approches requièrent des moyens de laboratoire avancés, mais non accessibles partout.

La méthode de dépistage consiste en un plan d'étude qui pourrait également servir à évaluer l'impact de la vaccination chez le personnel de santé : ce plan s'appuie sur des données individuelles concernant les antécédents vaccinaux de cas et sur des données associées à la couverture vaccinale de la population de personnel de santé dont les cas sont issus. Cependant, une telle étude nécessite des informations précises sur le statut vaccinal des cas et sur la couverture vaccinale du personnel de santé.

Compte tenu du fait que la vaccination annuelle du personnel de santé contre la grippe pourrait réduire les taux de maladie chez les patients de ce dernier, des études pourraient être conçues de manière à évaluer l'impact d'une telle vaccination sur la mortalité, l'hospitalisation et les cas de grippe observés chez les patients des centres de santé. Un certain nombre d'approches de recherche ont été mises en œuvre dans ce contexte, parmi lesquelles des essais randomisés et des études de cas-témoins. Étant donné la complexité des plans de ces études, leur conduite devrait être réservée aux établissements de recherche qui possèdent la capacité et l'expérience nécessaires pour mener de tels travaux.


Les évaluations économiques et les analyses coût-efficacité ne pourront être envisagées qu'après avoir collecté suffisamment de données de coût et d'impact après l'introduction du vaccin contre la grippe. L'OMS met à disposition un certain nombre de ressources documentaires utiles, améliorées en permanence, afin d'estimer spécifiquement les coûts d'introduction du vaccin pour le personnel de santé (*Boîte à outils 17* ; voir également la *Boîte à outils 2*). Les données requises peuvent s'avérer difficilement accessibles et les évaluations compliquées, en raison de la taille limitée du groupe de membres du personnel de santé.

**BOÎTE À OUTILS 17****La grippe chez le personnel de santé : méthodologies d'étude**

**Evaluation of flu vaccine effectiveness 2017.** Ce manuel propose des informations détaillées aux chercheurs qui conçoivent des études observationnelles sur l'efficacité de la vaccination antigrippale et aux spécialistes de la santé publique chargés d'interpréter et d'appliquer les résultats de ces études. Une annexe abordera l'efficacité de la vaccination antigrippale chez le personnel de santé.

 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255203/9789241512121-eng.pdf>  
(consulté le 14 mai 2019)

**Manual for estimating disease burden associated with seasonal influenza.** Ce manuel présente une approche étape par étape permettant d'estimer la charge de morbidité associée à la grippe dans la population générale et chez les personnes souffrant de pathologies spécifiques et vulnérables aux maladies graves.

 [http://www.who.int/influenza/resources/publications/manual\\_burden\\_of\\_disease/](http://www.who.int/influenza/resources/publications/manual_burden_of_disease/)  
(consulté le 14 mai 2019)

**Évaluation post-introduction**

Les programmes nationaux de vaccination font l'objet d'examen, afin d'évaluer systématiquement l'utilisation de vaccins spécifiques tous les 5 ans environ après leur introduction initiale. Ces examens devraient inclure des critères permettant d'identifier les domaines programmatiques potentiellement liés à l'utilisation d'un nouveau vaccin.


Une évaluation post-introduction du vaccin contre la grippe pourrait être réalisée entre chaque examen, le cas échéant, après la première ou la deuxième saison de vaccination antigrippale.

Le package de cette évaluation (*Boîte à outils 18*) comporte différents outils d'aide à la planification et à la conduite de l'évaluation, notamment des questionnaires standards et des formulaires de collecte de données (sous format papier ou électronique) ainsi que des modèles de communication. Il comprend également des instructions pour garantir une évaluation à un coût maîtrisé. Ces outils devront être adaptés au contexte national, à la formulation et aux présentations spécifiques des vaccins.

L'évaluation post-introduction du vaccin contre la grippe est réalisée à tous les niveaux du système de santé. Elle consiste en l'observation des pratiques d'administration et de conservation des vaccins et en l'analyse de données et de dossiers. Elle permet ainsi une évaluation à plus court terme des enjeux programmatiques et de l'impact de la vaccination antigrippale ainsi qu'une comparaison transnationale des résultats, favorisant le partage et l'échange d'expériences entre les pays.

**BOÎTE À OUTILS 18****Outils d'évaluation post-introduction du vaccin contre la grippe**

**Outil d'évaluation post-introduction du vaccin contre la grippe, instructions et modèles d'enregistrement et de communication**

 [https://www.who.int/immunization/research/development/ipie\\_influenza\\_post\\_introduction\\_evaluation](https://www.who.int/immunization/research/development/ipie_influenza_post_introduction_evaluation)  
(consulté le 14 mai 2019)

## Références

- [1] Vaccines against influenza. WHO position paper – November 2012. *Weekly Epidemiological Report*. 2012; 87(47):461–76.
- [2] Lietz J, Westermann C, Nienhaus A, Schablon A. The Occupational Risk of Influenza A (H1N1) Infection among Healthcare Personnel during the 2009 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *PLoS One*. 2016; 11(8):e0162061.
- [3] Wilson RJ, Paterson P, Jarrett C, Larson HJ. Understanding factors influencing vaccination acceptance during pregnancy globally: A literature review. *Vaccine*. 2015; 33(47):6420–9.
- [4] Yuen CY, Tarrant M. A comprehensive review of influenza and influenza vaccination during pregnancy. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2014; 28(4):261–70.
- [5] Wiley KE, Massey PD, Cooper SC, Wood NJ, Ho J, Quinn HE, et al. Uptake of influenza vaccine by pregnant women: a cross-sectional survey. *The Medical journal of Australia*. 2013; 198(7):373–5.
- [6] Zhang W, Hirve S, Kieny MP. Seasonal vaccines – Critical path to pandemic influenza response. *Vaccine*. 2017; 35(6):851–2.
- [7] Jorgensen P, Mereckiene J, Cotter S, Johansen K, Tsolova S, Brown C. How close are countries of the WHO European Region to achieving the goal of vaccinating 75% of key risk groups against influenza? Results from national surveys on seasonal influenza vaccination programmes, 2008/2009 to 2014/2015. *Vaccine*. 2018; 36(4):442–52.
- [8] Black CL, Yue X, Ball SW, Fink RV, de Perio MA, Laney AS, et al. Influenza Vaccination Coverage Among Health Care Personnel – United States, 2017–18 Influenza Season. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018; 67(38):1050–4.
- [9] Pitts SI, Maruthur NM, Millar KR, Perl TM, Segal J. A systematic review of mandatory influenza vaccination in healthcare personnel. *Am J Prev Med*. 2014; 47(3):330–40.
- [10] Rapid Evidence Appraisal: Healthcare Worker Influenza Vaccination – A global review of the evidence. 2017 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590136219300373?via%3Dihub>, accessed 12 July 2019).
- [11] Kuster SP, Shah PS, Coleman BL, Lam PP, Tong A, Wormsbecker A, et al. Incidence of influenza in healthy adults and healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2011; 6(10):e26239.
- [12] Pereira M, Williams S, Restrick L, Cullinan P, Hopkinson NS, London Respiratory N. Healthcare worker influenza vaccination and sickness absence – an ecological study. *Clin Med (Lond)*. 2017; 17(6):484–9.
- [13] Kliner M, Keenan A, Sinclair D, Ghebrehewet S, Garner P. Influenza vaccination for healthcare workers in the UK: appraisal of systematic reviews and policy options. *BMJ Open*. 2016; 6(9):e012149.
- [14] Ng AN, Lai CK. Effectiveness of seasonal influenza vaccination in healthcare workers: a systematic review. *J Hosp Infect*. 2011; 79(4):279–86.
- [15] Imai C, Toizumi M, Hall L, Lambert S, HÉlevén K, Merollini K. A systematic review and meta-analysis of the direct epidemiological and economic effects of seasonal influenza vaccination on healthcare workers. *PLoS One*. 2018; 13(6):e0198685.



- [16] Cooley P, Lee BY, Brown S, Cajka J, Chasteen B, Ganapathi L, et al. Protecting health care workers: a pandemic simulation based on Allegheny County. *Influenza Other Respir Viruses*. 2010; 4(2):61–72.
- [17] Ip DK, Lau EH, Tam YH, So HC, Cowling BJ, Kwok HK. Increases in absenteeism among health care workers in Hong Kong during influenza epidemics, 2004–2009. *BMC Infect Dis*. 2015; 15:586.
- [18] Sartor C, Zandotti C, Romain F, Jacomo V, Simon S, Atlan-Gepner C, et al. Disruption of services in an internal medicine unit due to a nosocomial influenza outbreak. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2002; 23(10):615–9.
- [19] Bellei N, Carraro E, Perosa A, Granato C. Patterns of influenza infections among different risk groups in Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2007; 11(4):399–402.
- [20] Poland GA, Jacobson, R.M., Wicker, S. Mandating influenza vaccination of health care workers: a patient safety, quality of care, and public trust issue. *Annals of Respiratory Medicine*. 2011; 2(1).
- [21] Chiu S, Black CL, Yue X, Greby SM, Laney AS, Campbell AP, et al. Working with influenza-like illness: Presenteeism among US health care personnel during the 2014–2015 influenza season. *Am J Infect Control*. 2017; 45(11):1254–8.
- [22] Mossad SB, Deshpande A, Schramm S, Liu X, Rothberg MB. Working Despite Having Influenza-Like Illness: Results of An Anonymous Survey of Healthcare Providers Who Care for Transplant Recipients. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2017; 38(8):966–9.
- [23] Rebmann T, Turner JA, Kunerth AK. Presenteeism Attitudes and Behavior Among Missouri Kindergarten to Twelfth Grade (K-12) School Nurses. *J Sch Nurs*. 2016; 32(6):407–15.
- [24] Wilson KE, Wood SM, Schaecher KE, Cromwell KB, Godich J, Knapp MH, et al. Nosocomial outbreak of influenza A H3N2 in an inpatient oncology unit related to health care workers presenting to work while ill. *Am J Infect Control*. 2019; pii: S0196-6553(18)31069-1.
- [25] Voirin N, Payet C, Barrat A, Cattuto C, Khanafer N, Regis C, et al. Combining High-resolution contact data with virological data to investigate influenza transmission in a tertiary care hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2015; 36(3):254–60.
- [26] Pagani L, Thomas Y, Huttner B, Sauvan V, Notaridis G, Kaiser L, et al. Transmission and effect of multiple clusters of seasonal influenza in a Swiss geriatric hospital. *J Am Geriatr Soc*. 2015; 63(4):739–44.
- [27] Valley-Omar Z, Nindo F, Mudau M, Hsiao M, Martin DP. Phylogenetic Exploration of Nosocomial Transmission Chains of 2009 Influenza A/H1N1 among Children Admitted at Red Cross War Memorial Children’s Hospital, Cape Town, South Africa in 2011. *PLoS One*. 2015; 10(11):e0141744.
- [28] Vanhems P, Voirin N, Roche S, Escuret V, Regis C, Gorain C, et al. Risk of influenza-like illness in an acute health care setting during community influenza epidemics in 2004–2005, 2005–2006, and 2006–2007: a prospective study. *Arch Intern Med*. 2011; 171(2):151–7.
- [29] Ahmed F, Lindley MC, Allred N, Weinbaum CM, Grohskopf L. Effect of influenza vaccination of healthcare personnel on morbidity and mortality among patients: systematic review and grading of evidence. *Clin Infect Dis*. 2014; 58(1):50–7.
- [30] Riphagen-Dalhuisen J, Burgerhof JG, Frijstein G, van der Geest-Blankert AD, Danhof-Pont MB, de Jager HJ, et al. Hospital-based cluster randomised controlled trial to assess effects of a multi-faceted programme on influenza vaccine coverage among hospital healthcare workers and nosocomial influenza in the Netherlands, 2009 to 2011. *Euro Surveill*. 2013; 18(26):20512.
- [31] Jaiyeoba O, Villers M, Soper DE, Korte J, Salgado CD. Association between health care workers’ knowledge of influenza vaccine and vaccine uptake. *Am J Infect Control*. 2014; 42(1):69–70.

- [32] De Serres G, Skowronski DM, Ward BJ, Gardam M, Lemieux C, Yassi A, et al. Influenza Vaccination of Healthcare Workers: Critical Analysis of the Evidence for Patient Benefit Underpinning Policies of Enforcement. *PLoS One*. 2017; 12(1):e0163586.
- [33] Wendelboe AM, Avery C, Andrade B, Baumbach J, Landen MG. Importance of employee vaccination against influenza in preventing cases in long-term care facilities. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2011; 32(10):990–7.
- [34] Dionne B, Brett M, Culbreath K, Mercier RC. Potential Ceiling Effect of Healthcare Worker Influenza Vaccination on the Incidence of Nosocomial Influenza Infection. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2016; 37(7):840–4.
- [35] van den Dool C, Bonten MJ, Hak E, Wallinga J. Modeling the effects of influenza vaccination of health care workers in hospital departments. *Vaccine*. 2009; 27(44):6261–7.
- [36] Frederick J, Brown AC, Cummings DA, Gaydos CA, Gibert CL, Gorse GJ, et al. Protecting Healthcare Personnel in Outpatient Settings: The Influence of Mandatory Versus Nonmandatory Influenza Vaccination Policies on Workplace Absenteeism During Multiple Respiratory Virus Seasons. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2018; 39(4):452–61.
- [37] Begue RE, Gee SQ. Improving influenza immunization among healthcare workers. *Infection control and hospital epidemiology*. 1998; 19(7):518–20.
- [38] Global pandemic influenza action plan to increase vaccine supply. Geneva; 2006. Contract No.: WHO/IVB/06.13.
- [39] Principles and considerations for adding a vaccine to a national immunization programme: from decision to implementation and monitoring. Geneva: World Health Organization; 2014.
- [40] Maltezou HC, Gargalianos P, Nikolaidis P, Katerelos P, Tedoma N, Maltezos E, et al. Attitudes towards mandatory vaccination and vaccination coverage against vaccine-preventable diseases among health-care workers in tertiary-care hospitals. *J Infect*. 2012; 64(3):319–24.
- [41] Maltezou HC, Katerelos P, Poufta S, Pavli A, Maragos A, Theodoridou M. Attitudes toward mandatory occupational vaccinations and vaccination coverage against vaccine-preventable diseases of health care workers in primary health care centers. *Am J Infect Control*. 2013; 41(1):66–70.
- [42] GrÉlevén J, Tovey E, McLaws ML, Rawlinson WD. The role of particle size in aerosolised pathogen transmission: a review. *J Infect*. 2011; 62(1):1–13.
- [43] GrÉlevén J, Tovey ER, McLaws ML, Rawlinson WD. Respiratory virus RNA is detectable in airborne and droplet particles. *J Med Virol*. 2013; 85(12):2151–9.
- [44] Maltezou HC, Poland GA. Immunization of Health-Care Providers: Necessity and Public Health Policies. *Healthcare (Basel)*. 2016; 4(3).
- [45] Maltezou HC, Poland GA. Immunization of healthcare providers: a critical step toward patient safety. *Vaccine*. 2014; 32(38):4813.
- [46] Maltezou HC, Poland GA. Vaccination policies for healthcare workers in Europe. *Vaccine*. 2014; 32(38):4876–80.
- [47] MacDonald NE, Harmon S, Dube E, Steenbeek A, Crowcroft N, Opel DJ, et al. Mandatory infant & childhood immunization: Rationales, issues and knowledge gaps. *Vaccine*. 2018; 36(39):5811–8.
- [48] Ottenberg AL, Wu JT, Poland GA, Jacobson RM, Koenig BA, Tilburt JC. Vaccinating health care workers against influenza: the ethical and legal rationale for a mandate. *Am J Public Health*. 2011; 101(2):212–6.

- [49] Sullivan SJ, Jacobson R, Poland GA. Mandating influenza vaccination for healthcare workers. *Expert Rev Vaccines*. 2009; 8(11):1469–74.
- [50] Tilburt JC, Mueller PS, Ottenberg AL, Poland GA, Koenig BA. Facing the challenges of influenza in healthcare settings: the ethical rationale for mandatory seasonal influenza vaccination and its implications for future pandemics. *Vaccine*. 2008; 26 Suppl 4:D27–30.
- [51] Betsch C, Wicker S. Personal attitudes and misconceptions, not official recommendations guide occupational physicians' vaccination decisions. *Vaccine*. 2014; 32(35):4478–84.
- [52] Rhudy LM, Tucker SJ, Ofstead CL, Poland GA. Personal choice or evidence-based nursing intervention: nurses' decision-making about influenza vaccination. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2010; 7(2):111–20.
- [53] Leask J. Target the fence-sitters. *Nature*. 2011; 473(7348):443–5.
- [54] Poland CM, Poland GA. Vaccine education spectrum disorder: the importance of incorporating psychological and cognitive models into vaccine education. *Vaccine*. 2011; 29(37):6145–8.
- [55] Wicker S, Marckmann G, Poland GA, Rabenau HF. Healthcare workers' perceptions of mandatory vaccination: results of an anonymous survey in a German University Hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010; 31(10):1066–9.
- [56] Schmid P, MacDonald NE, Habersaat K, Butler R. Commentary to: How to respond to vocal vaccine deniers in public. *Vaccine*. 2018; 36(2):196–8.
- [57] Thaler RH, Sunstein, C.R. *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth and Happiness*. New York: Penguin Books; 2009.
- [58] Patel MS, Volpp KG, Asch DA. Nudge Units to Improve the Delivery of Health Care. *N Engl J Med*. 2018; 378(3):214–6.
- [59] Patel MS. Nudges for influenza vaccination. *Nature Human Behaviour*. 2018; 2:720–1.
- [60] Bioethics NCo. *Public Health: ethical issues*. Cambridge, United Kingdom; 2007.
- [61] Prevention CfDCa. The AFIX Program. AFIX (Assessment, Feedback, Incentives, and eXchange) 2017. 2018 (<https://www.cdc.gov/vaccines/programs/afix>, accessed 14 Mai 2019).
- [62] Yokum D, Lauffenburger JC, Ghazinouri R, Choudhry NK. Letters designed with behavioural science increase influenza vaccination in Medicare beneficiaries. *Nature Human Behaviour*. 2018; 2(10):743–9.
- [63] Recommendations regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. Task Force on Community Preventive Services. *Am J Prev Med*. 2000 Jan; 18(1 Suppl):92–6.
- [64] Ubel PA, Rosenthal MB. Beyond Nudges – When Improving Health Calls for Greater Assertiveness. *N Engl J Med*. 2019 Jan24; 380(4):309–11.

## Annexe 1. Exemple de formulaire de refus

Ce formulaire doit être utilisé dans les cas de vaccination volontaire où des membres du personnel de santé relevant des catégories à risque élevé ou très élevé refusent de participer au processus d'évaluation, de dépistage et de vaccination conformément à la politique nationale. Il est essentiel de remplir le formulaire dès lors que la non-vaccination conduit à une réaffectation des attributions ou qu'elle nécessite l'adoption de mesures de protection des patients comme le prévoit la politique nationale.

### Refus de vaccination

1. J'ai lu et compris la directive concernant la vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière.
2. Je refuse de me faire vacciner contre la grippe.
3. Je connais les risques potentiels que mon refus de vaccination est susceptible de poser pour moi-même et/ou autrui.
4. J'ai conscience que mon refus pourra entraîner ma réaffectation dans un service non à risque élevé ou m'obliger à protéger quiconque avec qui je serai susceptible d'être en contact, conformément à la politique nationale.
5. Je refuse de participer pour les motifs suivants :

### Refus de signer

Si le membre du personnel de santé refuse de signer ce formulaire, il conviendra de l'indiquer et d'informer ce collaborateur des éventuelles conséquences de ce refus, conformément à la politique.

**Nom du membre du personnel de santé :**

**Date de naissance :**

**Service / centre de soin :**

**Service d'affectation :**

**Signature : Date :**

### PARTIE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

J'ai expliqué les risques potentiels d'un refus de vaccination et la prise en charge des collaborateurs non vaccinés conformément à la politique de vaccination.

**Nom de l'agent de l'équipe de vaccination :**

**Titre :**

**Centre / agence de santé :**

**Signature :**

**Date :**

## Annexe 2. Liste de contrôle complémentaire pour la planification de la vaccination du personnel de santé : niveau national<sup>14</sup>

(À adapter au niveau local)

Afin de tenir compte des particularités de la vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière, les présents éléments COMPLÉMENTAIRES pourront être intégrés à la liste de contrôle générique concernant l'introduction d'un nouveau vaccin (voir l'Annexe 4 « Principes et considérations sur l'ajout d'un vaccin dans un programme national de vaccination » pour la structure de la liste de contrôle).

<b>Politique de vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière</b>	
1. La politique nationale sur la vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière est publiée et diffusée à l'ensemble des agences et des centres de santé concernés, y compris aux centres de santé privés et aux associations professionnelles correspondantes.	
2. Les politiques nationales de santé au travail font référence à la politique de vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière.	
3. Les frais associés à la vaccination antigrippale saisonnière du personnel de santé sont prévus dans le budget pour la santé au travail, ou bien dans le budget pour la vaccination, le cas échéant.	
4. Le système de surveillance de l'activité grippale est en place (avec définition des dates de début et de fin de la saison), afin de faciliter le choix de la formulation vaccinale et de la période de vaccination antigrippale les plus appropriées.	
<b>Planification pour une introduction réussie du vaccin</b>	
5. Un groupe de coordination multidisciplinaire a été constitué, afin de discuter et de promouvoir l'accès auprès d'une nouvelle population cible de membres du personnel de santé, et de favoriser l'établissement de partenariats pour soutenir et définir le programme national.	
6. Le groupe se compose de points focaux issus des programmes de vaccination et de santé au travail, de représentants d'associations professionnelles et d'autres acteurs concernés.	
7. Un plan opérationnel chiffré pour la vaccination du personnel de santé est défini et intégré aux plans nationaux de vaccination et aux plans de santé au travail correspondants.	
<b>Recherche formative (facultatif ; à inclure uniquement si une recherche formative est envisagée)</b>	
8. Les besoins et le champ d'application des recherches formatives à mener en vue de l'introduction d'un vaccin sont définis.	
9. Un groupe responsable de la recherche formative a été identifié et les mandats de cette recherche ont été définis.	

<sup>14</sup> Dans certains pays, notamment dans les grands pays au système décentralisé, les éléments couverts par cette liste de contrôle pourront également s'appliquer aux niveaux infranationaux correspondants (par ex. niveau provincial).

<b>Communications</b>	
10. Un groupe de travail sur les communications nationales a été créé, afin de planifier la stratégie de communication et d'élaborer les supports de communication concernant la vaccination du personnel de santé contre la grippe saisonnière.	
11. Des supports et des messages de communication adaptés ont été créés conjointement avec une stratégie de communication générale.	
12. Une formation est dispensée auprès des équipes responsables de la communication dans les centres de santé.	
<b>Approvisionnement en vaccins et gestion de la chaîne d'approvisionnement</b>	
13. L'effectif de la population cible a été estimé et pris en compte dans les prévisions des demandes.	
14. Les demandes individuelles des centres de santé ont été estimées et un plan de distribution de vaccin a été établi.	
15. Un espace de stockage suffisant pour les vaccins et les fournitures de vaccination saisonnière nécessaires pendant la période vaccinale a été prévu à tous les niveaux.	
<b>Vaccination</b>	
16. Les équipes responsables de la vaccination dans les centres de santé sont constituées et formées.	
17. Le système de prise en charge des refus de vaccination et de mise en œuvre des mesures de lutte contre les infections a été mis en place, afin de prévenir toute transmission nosocomiale (réaffectation, port de masques, congé obligatoire en cas de syndrome de type grippal, etc.).	
<b>Suivi et évaluation</b>	
18. Des outils d'enregistrement et de communication des données ont été créés et diffusés, notamment pour le suivi de la couverture vaccinale (données administratives mises à jour et enquêtes auprès du personnel de santé) et des MAPI.	
19. Une évaluation post-introduction a été réalisée au cours des 2 premières saisons suivant l'introduction du vaccin.	
20. Les possibilités pour la recherche opérationnelle d'évaluer l'acceptation de la vaccination par le personnel de santé ont été étudiées.	



## Annexe 3. Liste de contrôle des centres de santé

(À adapter au niveau local)

	Responsable	Échéance	Statut
<b>Comunicaciones</b>			
1. Les groupes de travail sur les communications des centres de santé sont constitués et formés			
2. Le plan de communication des centres de santé et le calendrier des communications des groupes avec le personnel de santé ont été finalisés			
3. Une quantité suffisante d'affiches et de supports d'information concernant la vaccination du personnel de santé est disponible			
4. Une notification de vaccination a été envoyée aux superviseurs et aux membres du personnel de santé visés			
5. Une assistance téléphonique a été mise en place pour répondre aux questions du personnel de santé			
<b>Capacité de stockage des vaccins et des fournitures</b>			
6. Un espace de stockage suffisant pour les fournitures et les vaccins antigrippaux pendant la période vaccinale a été prévu			
7. Une quantité suffisante de fournitures et de vaccins antigrippaux pour le personnel de santé est disponible			
8. Des dispositions ont été prises pour gérer les déchets supplémentaires liés aux injections pendant la période vaccinale			
<b>Vaccination</b>			
9. L'équipe responsable de la vaccination a été constituée et formée ; les sites de vaccination dans les centres de santé sont prêts			
10. Les membres du personnel de santé ont été classés et la liste des bénéficiaires de vaccins a été définie			
11. Le système de prise en charge des refus de vaccination et de mise en œuvre des mesures de lutte contre les infections a été mis en place, afin de prévenir toute transmission nosocomiale (réaffectation, port de masques, congé obligatoire en cas de syndrome de type grippal, etc.)			
<b>Suivi et évaluation</b>			
12. Les instruments d'enregistrement et de communication des données sont mis à disposition et des mesures de protection des données sont mises en œuvre			
13. Le système de suivi des non-vaccinés et de rappel a été mis en place			
14. Les registres des centres de santé ont été mis à jour, de manière à inclure la vaccination contre la grippe			
15. Les systèmes de suivi et de notification des MAPI ont été mis à jour, de manière à identifier des MAPI chez le personnel de santé			
16. Le système de suivi concernant l'acceptation de la vaccination a été mis en place, afin de gérer les problèmes associés à la couverture vaccinale du personnel de santé (le cas échéant)			

## Annexe 4. Exemple de questionnaire d'enquête auprès du personnel de santé

1	Nom (facultatif)	
2	Âge (ans)	
3	Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
4	Catégorie d'emploi <sup>15</sup>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Personnel infirmier / sage-femme <input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire <input type="checkbox"/> Autre agent technique <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
5	Contact avec les patients	<input type="checkbox"/> Direct <input type="checkbox"/> Face à face, mais pas direct <input type="checkbox"/> Aucun
6	Contact avec des patients à risque élevé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	Lieu de travail (nom du service clinique)	

Énoncés		Entièrement d'accord	D'accord	Sans opinion	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1	La vaccination du personnel de santé contre des maladies telles que l'hépatite B et la grippe est importante					
2	Si je n'étais pas vacciné, toute exposition à la grippe constituerait un risque pour ma santé					
3	Toute exposition à la grippe pose un risque pour la santé de mes patients					
4	La vaccination contre la grippe pose un risque pour ma santé					
5	Les avantages de la vaccination sont supérieurs aux risques					
6	En me faisant vacciner, je protège mes patients					
7	La meilleure façon de protéger mes patients est d'associer la vaccination contre la grippe saisonnière à d'autres mesures de lutte contre les infections					

<sup>15</sup> Adaptez au niveau local en fonction de la classification locale des membres du personnel de santé.

8	Je suis suffisamment informé des risques d'infection grippale					
	Je suis suffisamment informé des risques et avantages de la vaccination antigrippale					
<b>Facteurs susceptibles d'influencer mon choix d'accepter la vaccination</b>						
9	Recommandations de l'organe directeur national (par ex. le GTCV)					
10	Validation de recommandations par l'association professionnelle dont je suis membre					
11	Disposition prévue dans les exigences / les réglementations applicables en matière de santé au travail					
12	Recommandation de mon médecin traitant					
13	Gratuité des vaccins pour moi					
14	Accès facile à la vaccination sur mon lieu de travail					
15	Collègues vaccinés					
16	Vaccination préalable					
17	Protection de mes patients					
18	Prévention / réduction de l'absentéisme au travail					
19	Contribution à la préparation aux pandémies					
<b>Autres facteurs susceptibles d'influencer mon choix d'accepter la vaccination antigrippale (indiquez-les ci-dessous)</b>						
20						
21						
22						

## Annexe 5. Communications et génération de demandes : stratification d'approches concernant l'élaboration du contenu

Approche	Effort	Impact
<b>Élaboration du contenu des messages de communication</b>		
Formulation de l'information à travers la communication de données de comparaison sociale sur les taux de vaccination chez des collègues ou des personnes en meilleure santé	Faible	Moyen
Adaptation de la communication aux modèles cognitifs et aux comportements culturels	Moyen	Élevé
<b>Méthodes de communication</b>		
Diffusion et affichage de supports d'information, d'éducation et de communication	Faible	Moyen
Mise en place d'une équipe de communication spécialement formée au niveau du centre de santé pour gérer les communications et les approches de génération de demandes	Moyen	Élevé
Communications Internet (FAQ, groupes de discussion) et médias sociaux	Moyen	Moyen
Rappels au personnel de santé par SMS et e-mail	Faible	Moyen
Séances d'information en petit groupe	Élevé	Moyen
Recours à des promoteurs de la vaccination au niveau national et au niveau du centre de santé	Moyen	Élevé
<b>Approches de génération de demandes</b>		
Mise à disposition de vaccins gratuits	Moyen	Élevé
Mise à disposition de vaccins dans le service (recours à des équipes mobiles)	Moyen	Élevé
Mesures incitatives ou stimulation de la concurrence (par ex. récompenses aux services cliniques affichant la couverture vaccinale la plus élevée)	Faible	Moyen
Rappels visibles et influence des pairs (par ex. badges ou autocollants portés par les collaborateurs vaccinés)	Faible	Moyen
Invitation des collaborateurs à s'engager à se faire vacciner (date et lieu)	Faible	Moyen
Multiplication des possibilités de vaccination (soit à proximité du domicile, soit sur le lieu de travail)	Moyen	Élevé
Orientation des choix en proposant des options par défaut (par ex. fixation automatique d'un rendez-vous pour vaccination sauf refus du collaborateur)	Faible	Élevé
Mise en place d'ordres permanents pour faciliter la vaccination	Moyen	Élevé

