

Dr Anne Guinard, médecin épidémiologiste à la Cire Midi-Pyrénées

La vaccination collective a été un élément de la réponse sanitaire à la pandémie de grippe A(H1N1)2009, complémentaire d'autres mesures telles que le traitement symptomatique des cas, leur isolement, le port de masque anti-projections par les malades, l'hygiène des mains et d'autres mesures barrières, l'administration de traitements antiviraux lorsque c'était nécessaire.

La décision de vaccination collective s'est appuyée sur des arguments à la fois épidémiologiques et médico-économiques (désorganisation du travail, absentéisme...). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé une proportion importante des décès attribués au virus A(H1N1)2009 survenait chez des adultes jeunes et sans facteur de risque. La vaccination était donc un moyen de prévention afin de conférer une immunité à une population face à un virus nouveau

## 1. LA STRATEGIE DE VACCINATION

Les objectifs de la vaccination étaient doubles :

- se protéger soi-même en acquérant une immunité durable face au virus mais aussi contribuer à la protection de son entourage, de ses proches, de ses collègues, en évitant de les contaminer, notamment les personnes les plus vulnérables afin de réduire le nombre de formes graves et de décès,
- interrompre la circulation virale dans une population au niveau d'immunité très faible et ainsi casser la dynamique de la pandémie.

La stratégie vaccinale a été arrêtée par le Premier ministre, le 24 septembre 2009. Elle était fondée sur l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) qui précisait les principaux groupes à vacciner en priorité :

- les femmes enceintes à partir du début du 2ème trimestre,
- les nourrissons âgés de 6-23 mois avec facteur de risque (pathologie cardio-vasculaire, respiratoire, hépatique ou rénale, immunosuppression ou diabète),
- l'entourage des nourrissons de moins de 6 mois, les sujets âgés de 2 à 64 ans avec facteur de risque,
- les sujets âgés de 65 ans et plus avec facteur de risque,
- les nourrissons âgés de 6-23 mois sans facteur de risque.

Initialement prévue sur la base de deux injections : une première injection suivie, au moins trois semaines après, d'une injection de rappel, cette stratégie a évolué selon l'évolution des connaissances. Du fait d'une très forte demande mondiale et des contraintes inhérentes à la fabrication d'un produit de santé, la vaccination s'est faite également de manière progressive. Les personnes les plus exposées et les personnes les plus fragiles devaient être vaccinées en priorité, à commencer par les professionnels de santé exposés au risque.

Plusieurs raisons ont conduit à privilégier une vaccination collective dans des centres adaptés :

- la présentation multi-doses très majoritaire,
- les exigences de traçabilité individuelle dans le cadre d'un dispositif de pharmacovigilance renforcée,
- la nécessité de préserver le système de soins, libéral et hospitalier, qui pourrait en même temps être fortement sollicité,
- la volonté d'isoler les patients potentiellement malades allant consulter dans les cabinets médicaux, des personnes vulnérables qui devaient consulter pour se faire vacciner.



### Interview du Dr Massip

***Chef de centre à Toulouse,  
Haute-Garonne  
Médecin du service  
communal d'hygiène et de  
santé de la ville de Toulouse***

#### **Quelle organisation spécifique avez-vous mis en place pour la prise en charge et la vaccination de la population ?**

L'idée de l'organisation de la vaccination collective en centres semblait adaptée pour pouvoir vacciner rapidement la population, protéger les plus fragiles et éviter une trop grande propagation du virus.

Le centre dont j'étais la référente, était un centre éloigné du centre ville et malheureusement peu accessible par les transports en commun. La structure d'accueil, un gymnase, était bien adaptée pour l'accueil du public et nous avons travaillé dans de bonnes conditions, ce qui n'a pas été le cas de tous les centres. Le centre était organisé avec deux chaînes de vaccination, quatre salles pour les injections, deux médecins initialement puis quatre.

Au tout début, le centre était ouvert deux fois par semaine, puis les horaires se sont étendus. Les rôles de chacun étaient plutôt bien définis dans le centre. En début de séance de vaccination, était organisée une petite réunion pour former les nouveaux participants, transmettre les consignes et les documents.

#### **Quelles ont été les principales difficultés que vous avez rencontrées dans la gestion de la vaccination collective ?**

Dans les premiers temps, l'afflux massif de personnes a été source de grande difficulté et d'horaires de travail extensifs. Le nombre de séances prévues était très insuffisant par rapport à la demande mais il était lié à la disponibilité des vaccins.

Au cours des premières séances se sont présentés beaucoup de malades porteurs de pathologies sévères, inquiets, pour lesquels la décision de vacciner et le choix du vaccin étaient difficiles à prendre en suivant des consignes que nous trouvions pas assez détaillées.

Je pense que pour les enfants présentant des tests allergologiques positifs à l'œuf, les recommandations auraient dû être plus explicites pour éviter de renvoyer sur l'hôpital beaucoup d'enfants qui auraient pu être pris en charge sur les centres moyennant certaines précautions (traitements anti-histaminiques disponibles sur les centres).

Une autre difficulté a été la gestion des vaccins avec et sans adjuvants, notamment à cause de la réticence des patients vis-à-vis de l'adjuvant. La demande de vaccin sans adjuvant en dehors des recommandations était forte et lourde à gérer surtout en période d'affluence.

Nous avons ressenti le manque d'un référent national scientifique pour répondre aux questions de vaccinologie qui se posaient sur le terrain.

Un des moments mal vécus de cette campagne a été la décision d'ouvrir largement tous les centres sur une base de réquisition ferme des personnels médicaux et infirmiers. Ceux qui s'étaient engagés sur la base du volontariat se sont retrouvés sur d'autres centres, à jongler avec les horaires, avec un rôle extrêmement limité. Cette ouverture des centres était, à mon avis, peu efficace car les personnes attendaient de recevoir leur bon pour se faire vacciner et il y avait très peu de public dans les centres. Les bons sont partis trop tard pour la population générale en fin de campagne ou après la fermeture des centres.

Un autre problème a concerné la communication et l'information des médecins des centres de vaccinations, certains médecins n'intervenant que de façon épisodique n'étaient pas assez informés et les consignes évoluaient rapidement.

### Quels sont les points positifs que vous relevez dans cette campagne de vaccination grippe A(H1N1)2009 ?

Dans les points positifs de cette campagne, il y a eu surtout la prise en charge en début de campagne des femmes enceintes, de l'entourage des nourrissons, des personnes porteuses de maladies chroniques ou plus fragiles face au virus grippal.

Elle a permis des échanges intéressants entre les services pour adapter les consignes de vaccination et un travail d'équipe riche sur les centres.

Il s'agit d'une expérience unique qui prouve qu'il est possible de réaliser une campagne de vaccination, même dans des conditions difficiles.

Il est par contre primordial d'analyser les problèmes qui se sont posés pendant cette crise et d'en tirer des conséquences pour l'avenir.

## 2. ORGANISATION EN REGION

Selon la circulaire du 21 août 2009 relative à l'organisation matérielle de la vaccination, un plan de vaccination devait être établi dans chaque département par les préfets, en s'appuyant sur les autorités sanitaires et les élus locaux. L'organisation de la campagne de vaccination relevait de la compétence de l'Etat.

Selon la circulaire du 28 octobre, plusieurs modalités d'organisation étaient envisagées : en centres de vaccination dédiés, par des équipes mobiles de vaccination pour assurer la vaccination de certains groupes de population (dans les écoles, certaines collectivités de personnes âgées, handicapées ou en prisons) et en établissements de santé pour les professionnels de santé.

La composition type d'un centre de vaccination suivait les directives ministérielles : un chef de centre, un coordonateur de la chaîne de vaccination, une organisation de files de vaccination avec différents postes (remplissage du questionnaire, préparation vaccin, injection du vaccin, traçabilité). La composition des équipes de vaccination devait associer des personnels administratifs ou techniques, des personnels paramédicaux et des médecins (cf interview du Dr Massip).

En région Midi-Pyrénées, la campagne de vaccination s'est déroulée, selon les préconisations et directives gouvernementales. Elle a débuté le 20 octobre en établissement de santé et a été élargie au reste de la population après les vacances de la Toussaint et s'est terminée fin janvier 2010.

Dans notre région, une cinquantaine de centres de vaccination ont été identifiés par les préfets des huit départements.

Selon un calendrier reposant sur leur degré de priorité, chaque personne devait recevoir, de la part de l'Assurance maladie, un courrier de la ministre de la santé, l'invitant à se faire vacciner.

Cette organisation a engendré une charge de travail très importante pour tous les acteurs impliqués, les Préfectures qui pilotaient tout le dispositif, les Ddass, les Inspections Académiques, tous les services de l'Etat et tous les professionnels de santé mobilisés pour cette campagne, dans des conditions parfois difficiles (cf interview du Dr Lefort).

## 3. QUELQUES CHIFFRES EN REGION

Au total, d'après les données transmises par chaque Ddass, 6,7% de la population de Midi-Pyrénées a été vaccinée en centres de vaccination ou par les équipes mobiles (tableau 1).

D'après les données qui seront publiées à l'automne par l'InVS, la couverture nationale serait de 8,0%, la région Midi-Pyrénées étant la deuxième région la moins vaccinée.

Quand on superpose la chronologie de la vaccination à la vague épidémique de la grippe A(H1N1)2009 (semaine 47 à 53), on note que la vaccination a eu un démarrage très lent puisque moins d'une personne vaccinée sur cinq l'a été avant la fin novembre. La vaccination a donc été réalisée trop tardivement et les couvertures vaccinales étaient insuffisantes pour interrompre la circulation virale. Cependant, elle a permis de protéger un certain nombre de personnes ayant des facteurs de risque particuliers.

Une évaluation plus précise de la couverture vaccinale et de l'impact de cette campagne de vaccination est en cours de réalisation par l'Institut de Veille Sanitaire.

Tableau 1

### Couverture vaccinale contre la grippe A (H1N1) 2009 dans les huit départements de la région Midi-Pyrénées au 31 janvier 2010

	Départements								Région
	09	12	31	32	46	65	81	82	
Population en 2008	150 000	275 500	1 220 000	184 500	172 000	229 000	372 000	234 500	2 837 000
Nombre centres	4	6	15	5	6	6	3	4	49
Nombre vaccinés*	7 712	12 769	95 000	15 052	8 892	15 426	22 705	12 179	189 735
% vaccinés*	5,1%	4,7%	7,8%	8,2%	5,7%	6,7%	6,1%	5,2%	6,7%

\* le nombre de vaccinés tient compte des vaccinations réalisées par les équipes mobiles de vaccination

Source : Délégations territoriales de l'agence régionale de santé Midi-Pyrénées de l'Ariège, de l'Aveyron, de la Haute-Garonne, du Gers, du Lot, des Hautes-Pyrénées, du Tam et du Tam et Garonne



## Interview du Dr Lefort

*Médecin inspecteur de santé publique à la DT (ex Ddass) 81*

### **Quelle organisation spécifique avez-vous mis en place à la Ddass pour organiser la campagne de vaccination collective ?**

L'organisation de chaque Ddass était différente selon la taille du département. Le Tarn est un département rural qui a eu une organisation différente des grandes villes comme Toulouse avec seulement trois centres.

Il y a eu une mobilisation collective des cadres avec une équipe dédiée à la vaccination très investie et un directeur de la Ddass très impliqué. De très nombreux acteurs de la Ddass, secrétaires, infirmière, médecins et cadres ont été mobilisés pour une grande part de leur activité.

L'organisation de la Ddass s'est faite en lien avec la Préfecture autour d'outils de communication de crise et de logiciels dédiés de gestion de ressources humaines qui ont beaucoup facilité le travail.

Une des grandes chances est d'avoir pu profiter des liens existant antérieurement pour associer très rapidement l'Ordre départemental des médecins et l'Ordre départemental des infirmiers dans la préparation tant politique que technique de cette campagne en amont.

Dès début septembre, plusieurs réunions d'articulation étaient organisées entre les différents professionnels de santé (médecins libéraux, pharmaciens, hospitaliers, médecine scolaire, PMI...), des formations ont été organisées et des courriers ont été préparés avec les différents Ordres.

Tout cela a permis une bonne communication entre les professionnels et les institutions et a permis à tous de travailler en étroite collaboration dans un contexte difficile.

Il n'y a pas eu de mise en place de numéro vert pour répondre aux appels en Préfecture ; la DDASS a donc mis en place un répondeur téléphonique mis à jour régulièrement informant sur les coordonnées des centres de vaccinations et leurs horaires d'ouverture.

La Ddass a géré l'appel à volontariat et le fichier informatisé des professionnels de santé pour participer à la campagne vaccinale. Le service de la Préfecture a géré celui des professionnels administratifs.

La préfecture en lien avec la Ddass a mis à disposition des centres de vaccination des moyens de communication très adaptés (outils informatiques, accès réseau, téléphonies mobiles...). De plus, chaque médecin et directeur de centre avait un téléphone portable.

Par ailleurs, des supports techniques protocolisés (classeur outil) ont été confectionnés par la Ddass pour les différents centres : classeur du coordonnateur médical, classeur du coordonnateur infirmier, classeur du poste d'accueil, classeur du poste de sortie administrative.

En terme d'information, à partir de novembre la Ddass éditait un bulletin hebdomadaire spécial grippe A(H1N1)2009.

### **Quelles ont été les principales difficultés que vous avez rencontrées dans la gestion de la campagne de vaccination ?**

Je trouve que la communication nationale a été peu cohérente et se faisait vers les médias, sans en avoir préalablement informé les services concernés, ce qui a parfois mis les professionnels en difficulté. Les directives nationales étaient imposées et ne prenaient pas en compte le contexte local. De plus, le décalage dans le temps des décisions nationales entraînait un problème pour l'anticipation de l'organisation car on était toujours en attente des multiples directives. Sur la période, entre 75 à 80 circulaires ont été produites !

Une des difficultés ressenties était le changement permanent dans la conduite à tenir pour les vaccins (type, indications, posologie, doses...). De plus, nous avons trouvé que la gestion des bons de vaccination était trop complexe avec un problème entre la disponibilité de ces bons et l'afflux dans les centres, le système étant trop rigide et la traçabilité des vaccins trop administrative.

Un autre problème à gérer par la Ddass a été celui des rémunérations des personnels des centres car les procédures nous ont paru confuses et tardives.

### **Quels sont les points positifs que vous relevez dans cette campagne de vaccination grippe A(H1N1)2009 ?**

Au niveau local, une dynamique de réseau extrêmement intéressante s'est constituée: une dynamique d'équipe à la fois au niveau de la Ddass et de la Préfecture, mais également avec les représentants de l'Education nationale et du Conseil général, avec les centres d'examen de santé de l'Assurance maladie, et avec les représentants ordinaires.

Le constat a été le même au sein des équipes de professionnels œuvrant dans les centres qui ont eu un réel plaisir à travailler dans une démarche interprofessionnelle : tant avec des personnes du domaine de la santé, que des militaires ou d'autres partenaires institutionnels.

Les coordinateurs des centres se sont beaucoup investis et ont su mobiliser autour d'eux. Les retraités ont montré une forte disponibilité et motivation.

En conclusion, tous sont globalement partants pour une nouvelle gestion de crise et forts de cette expérience, ils poseraient quelques exigences préalables.