

Liste des abréviations

EHPAD	Etablissement Hébergement de Personnes Agées Dépendantes
GIR	Groupe Iso Ressources
GMP	Groupe iso ressources Moyen Pondéré
PMP	Pathos Moyen Pondéré

Plan

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

- 1. Statut vaccinal et traçabilité**
- 2. Concernant la vaccination contre le pneumocoque**
- 3. Structures et populations étudiées**
 - 3.1. Les EHPAD
 - 3.2. La population

DISCUSSION ET PERSPECTIVES

- 1. Forces et limites de l'étude**
 - 1.1. Forces
 - 1.2. Limites
 - 1.2.1. Liées à la méthode
 - 1.2.2. Liées à l'enquêteur
 - 1.2.3. Liées au recrutement
- 2. Discussion des résultats**
 - 2.1. La communication et sensibilisation à la vaccination contre le pneumocoque avec les différents acteurs de la prise en charge.
 - 2.1.1. Le médecin traitant
 - 2.1.2. Le patient et sa famille
 - 2.1.3. Le personnel paramédical
 - 2.2. Traçabilité de la vaccination
 - 2.3. Rôle et fonction des médecins
- 3. Perspectives**

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

État des lieux des stratégies vaccinales contre le pneumocoque à l'entrée en EHPAD dans le Maine-et-Loire.

Huynh Marie

Affiliations : vaccination, pneumocoque, statut vaccinal, EHPAD, traçabilité

Résumé

Introduction : En France, la vaccination anti-pneumococcique est recommandée chez les patients immunodéprimés ou porteurs de pathologies les prédisposant aux infections à pneumocoque. Cette vaccination doit être proposée aux personnes présentant ces facteurs de fragilité lors d'admission dans des structures de soins ou d'hébergement. La couverture vaccinale chez ces patients à risque est faible. Ce travail avait pour objectif de faire un état des lieux sur les stratégies de vaccination contre le pneumocoque pour les patients éligibles au vaccin au moment de l'entrée en EHPAD dans le Maine-et-Loire.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, réalisée de septembre 2018 à mars 2019 dans les EHPAD du Maine-et-Loire. Un questionnaire par courriel a été adressé aux médecins coordonnateurs. Lors d'une deuxième phase réalisée en février 2019, des questionnaires ont été déposés dans certaines structures d'Angers accompagnés d'une enveloppe retour par voie postale pré-timbrées. Les données recueillies ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels LimeSurvey et Excel.

Résultats : 50 réponses ont été analysées sur 129 EHPAD du Maine-et-Loire soit 38.76% des établissements. Le statut vaccinal contre le pneumocoque était questionné au moment de l'admission dans 36% des structures. Il était alors inscrit dans le dossier médical d'entrée dans 27.78% des cas systématiquement, 55.56 % le plus souvent, 16.67 % rarement. Dans le cas où la vaccination n'était pas à jour mais recommandée, il existait un protocole de vaccination systématique dans 22% des cas. La personne qui prescrivait le vaccin est dans 98% le médecin traitant et dans 2% le médecin coordonnateur.

Conclusion : Le statut vaccinal contre le pneumocoque est peu questionné au moment de l'admission et il existe rarement des protocoles de vaccination systématiques en cas de patients non vaccinés. La couverture vaccinale pourrait être améliorée grâce à une meilleure

diffusion des recommandations auprès des médecins traitants, à la mise en place d'un protocole systématique et à des outils adaptés pour une traçabilité optimale en EHPAD.

INTRODUCTION

Le pneumocoque provoque de nombreuses infections à différents sites selon les âges de la vie : otites, sinusites, méningites, pneumonie et septicémies, qui sont une cause importante de morbidité et de mortalité dans le monde. Avant les campagnes de vaccination des enfants en France en 2002 (1), les pneumocoques étaient responsables chaque année de plus de 130 000 pneumonies, de 5 000 à 7 000 hospitalisations pour infections invasives et près de 700 méningites. C'est aujourd'hui la première cause de méningite bactérienne et de pneumopathie bactérienne communautaire, qui peuvent compliquer une infection virale comme la grippe chez l'adulte (2).

Touchant principalement les âges extrêmes de la vie, les infections à pneumocoques sont aussi plus fréquentes chez les personnes porteuses d'une maladie chronique ou immunodéprimées. Le risque de survenue d'une infection invasive à pneumocoque est multiplié par 4 en présence d'une pathologie chronique telle qu'un diabète, une pathologie pulmonaire, cardiaque ou un alcoolisme et par 23 à 48 chez les patients immunodéprimés du fait d'un cancer ou d'une infection par le VIH/SIDA. (3)

En France, la vaccination est recommandée depuis 2013 pour les patients ayant une cardiopathie congénitale cyanogène, une insuffisance cardiaque, une insuffisance respiratoire chronique (bronchopneumopathie obstructive, emphysème, asthmes sévères sous traitement continu), une insuffisance rénale, une hépatopathie chronique d'origine alcoolique ou non, un diabète non équilibré par le simple régime ainsi que pour les patients présentant une brèche ostéo-méningée ou qui sont candidats à des implants cochléaires. Depuis 2017, l'objectif est

d'obtenir une réduction de la fréquence des pneumonies et des infections invasives à pneumocoque. Le schéma vaccinal recommandé en 2013 pour les adultes immunodéprimés est étendu aux adultes de tous âges non immunodéprimés à risque élevé d'infection invasive et de pneumonie à pneumocoque avec le schéma suivant : une dose de vaccin 13-valent Prevenar 13 puis une dose de vaccin 23-valent Pneumovax deux mois plus tard (4).

L'entrée en EHPAD est motivée le plus souvent par une perte d'autonomie physique et/ou psychique qui ne permet pas un maintien à domicile (5). Le risque infectieux et le risque d'infection grave augmentent avec l'âge par les phénomènes d'immunosénescence, de vieillissement des organes et des comorbidités existantes. Il est, de plus, majoré par la vie en collectivité. Cet état a conduit à adapter les recommandations vaccinales pour les patients de plus de 65 ans (6) afin de limiter les complications infectieuses (7) et la résistance aux antibiotiques. Cette vaccination doit être proposée aux personnes présentant ces facteurs de fragilité lors d'admission dans des structures de soins ou d'hébergement (6). Cette dernière préconisation apparaît depuis 2005 dans le Calendrier vaccinal pour un objectif d'amélioration de la couverture vaccinale.

En 2011, le taux de couverture vaccinale contre le pneumocoque chez les personnes de 65 ans ou plus, atteintes d'une pathologie chronique sous-jacente, était de 8,1% lorsque la vaccination datait de moins de 5 ans et de 8,3% lorsqu'elle datait de plus de 5 ans (1). Une autre étude, menée la même année à partir de 175 EHPAD en France, montrait un taux médian de 16,7% de vaccination. Plus particulièrement, 30,6 % des personnes présentant une insuffisance cardiaque étaient à jour de la vaccination anti-pneumococcique de même que 35,1 % des patients porteurs d'une insuffisance rénale (8). Cette couverture vaccinale reste très insuffisante pour le pneumocoque au regard des 80,8 % patients vaccinés contre

la grippe saisonnière. Ce taux élevé de vaccination peut s'expliquer par les stratégies de vaccination nationales annuelles incitant à la vaccination anti-grippale. Une sensibilisation similaire pourrait être appliquée à la vaccination anti-pneumococcique chez les patients fragiles. Cela semble d'autant plus nécessaire qu'outre la question de la santé publique le coût de la prise en charge des pneumonies et méningites à pneumocoque a été estimé, pour 2017, à environ 151 millions d'euros dont une majorité des cas concerne les sujets du groupe à risque moyen, âgés entre 65 et 84 ans (9).

Les objectifs de ce travail étaient de connaître les stratégies de vaccination contre le pneumocoque dans les EHPAD du Maine-et-Loire au moment de l'admission puis de repérer les freins à la non-réalisation de la vaccination lorsqu'elle était indiquée.

MÉTHODES

L'étude est quantitative et descriptive. Elle a été réalisée sur six mois, de septembre 2018 à mars 2019, dans le Maine-et-Loire. Les critères d'inclusion des EHPAD étaient leur localisation dans le département du Maine-et-Loire et leur présence sur le portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches. Un contact téléphonique a été effectué au préalable auprès des secrétariats des 134 EHPAD du Maine-et-Loire répertoriés dans le recueil des courriels des médecins coordonnateurs. Ont été exclus les EHPAD dont la fermeture ou le regroupement n'ont pas été recensés sur ce même portail national d'information, soit quatre établissements : La Résidence Argance à Durtal, Moncelliers à Fresnes sur Loire, Françoise Andigné à la Pommeraye, la Corniche à Chalonnes-sur -Loire.

Après ce premier travail de prospection, un questionnaire a été adressé aux médecins coordonnateurs par courriel. Ce questionnaire abordait trois grandes problématiques. Tout d'abord, il était question de la problématique du statut vaccinal contre le pneumocoque au moment de l'admission et de sa traçabilité. Ensuite, le questionnaire interrogeait les représentations autour de cette vaccination. Enfin, il relevait des informations sur les caractéristiques de l'établissement.

Des relances ont par la suite été effectuées par courriel puis poursuivies, en février 2019, par le dépôt de questionnaires accompagnés d'une enveloppe retour pré-timbrée dans les structures d'Angers n'ayant pas répondu par courriel.

Après ce travail de sondage, une sélection a été opérée parmi les différents questionnaires retournés. Le critère de jugement principal a été le pourcentage d'EHPAD réalisant une recherche systématique du statut vaccinal contre le pneumocoque au moment de l'admission



en EHPAD. Les critères secondaires concernaient les freins et facteurs de non-vaccination dans cette population.

Les résultats ont été anonymisés et aucune donnée identifiante de patients ou des structures recueillies n'apparaît dans ce travail. La saisie et l'analyse statistique des données ont été réalisées à l'aide des logiciels LimeSurvey et Excel. Ce travail n'était pas soumis à la loi Jardé car l'analyse concernait des pratiques professionnelles. Aucune déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) n'a donc été nécessaire.

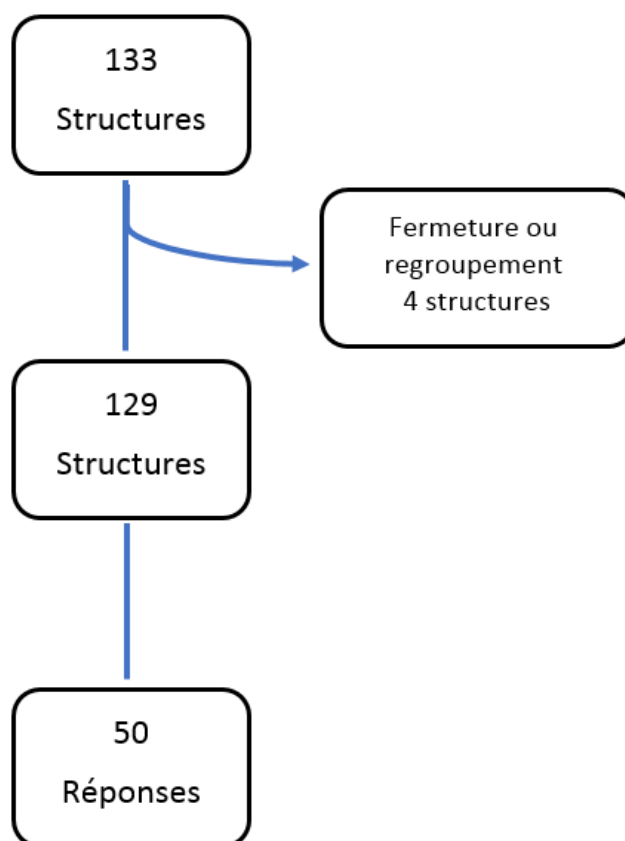


Figure 1 : Diagramme de flux

RÉSULTATS

50 réponses ont été recueillies sur 129 EHPAD du Maine-et-Loire soit un pourcentage de 38.76% : 40 réponses par internet et 10 réponses par courrier postal.

Toutes les réponses ont été incluses quel que soit le statut du répondant : médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice ou cadre infirmier.

1. Statut vaccinal et traçabilité

Le statut vaccinal contre le pneumocoque était questionné au moment de l'admission dans 36% des structures.

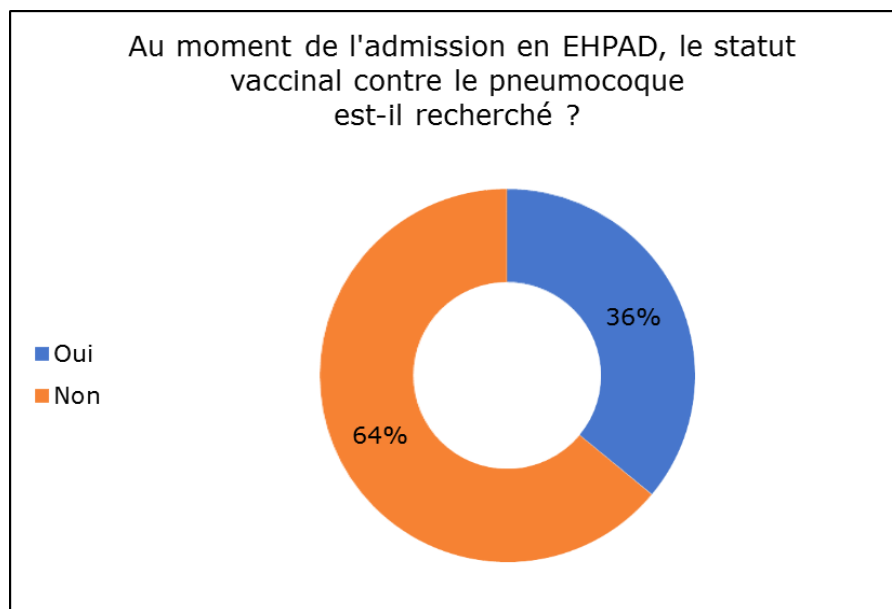


Figure 2

Ce statut vaccinal était alors inscrit dans le dossier médical d'entrée dans 27.78% des cas systématiquement (5 réponses), 55.56 % le plus souvent (10 réponses), 16.67 % rarement (3 réponses).

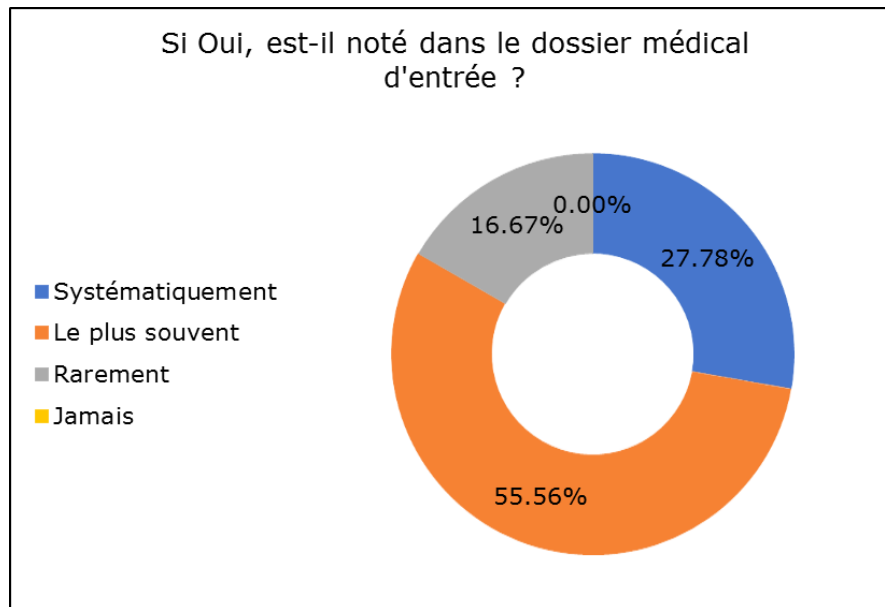


Figure 3

Pour les situations où la vaccination était recommandée mais non effectuée, il existait un protocole de vaccination systématique dans 22% (11 réponses).

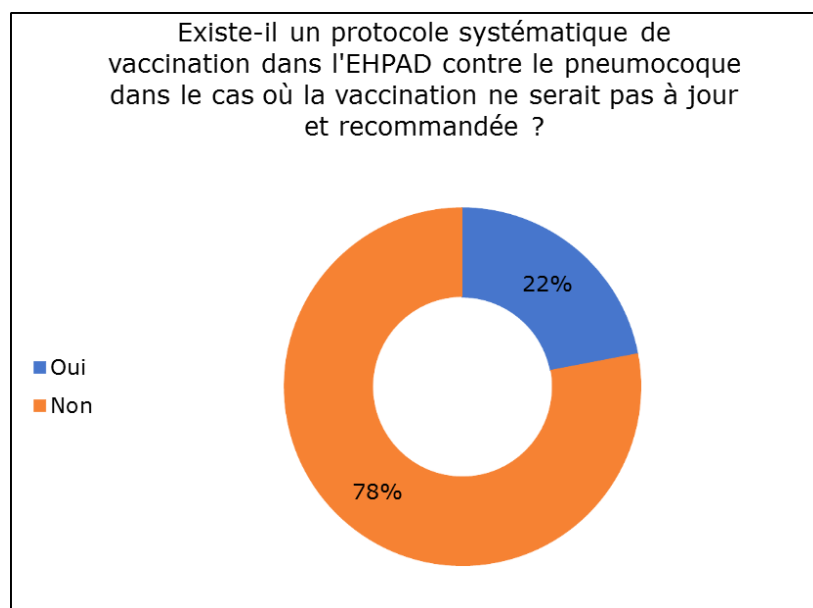


Figure 4

La personne qui prescrivait le vaccin était dans 98% (49 réponses) le médecin traitant et dans 2% (1 réponse) des cas le médecin coordonnateur.

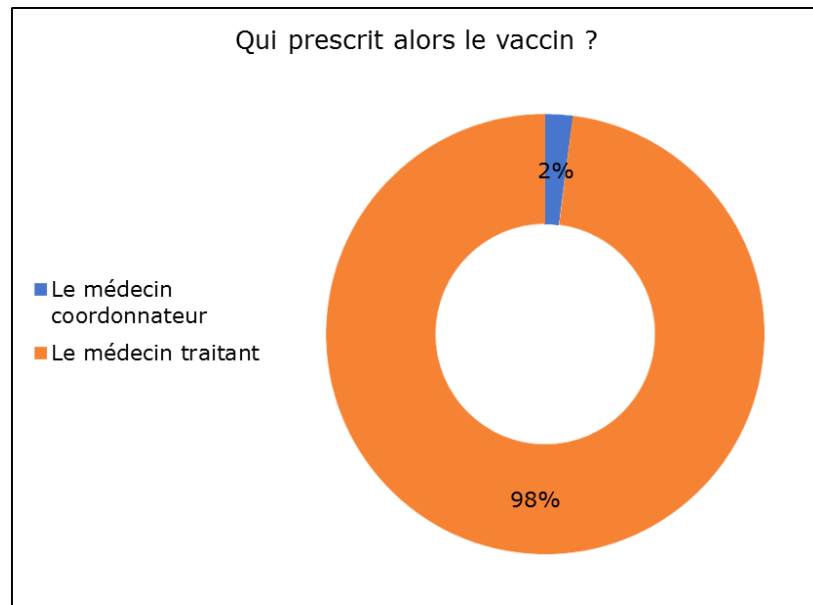


Figure 5

Dans les dossiers médicaux de l'EHPAD il existait une traçabilité des vaccinations et rappels dans 78% des cas (39 réponses) contre 22% (11 réponses).

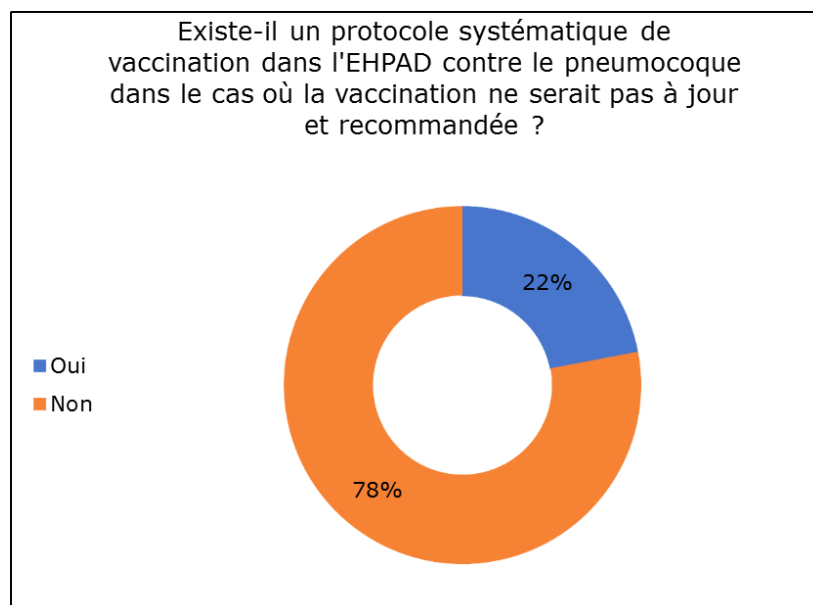


Figure 6

Lorsque les vaccins et les rappels sont notés, les personnes recevant l'information de rappel étaient le personnel infirmier dans 41.03% (16 réponses), l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicales dans 30.77 % (12 réponses), le médecin traitant dans 23.08% (9 réponses) le médecin coordonnateur dans 5.13% (2 réponses).

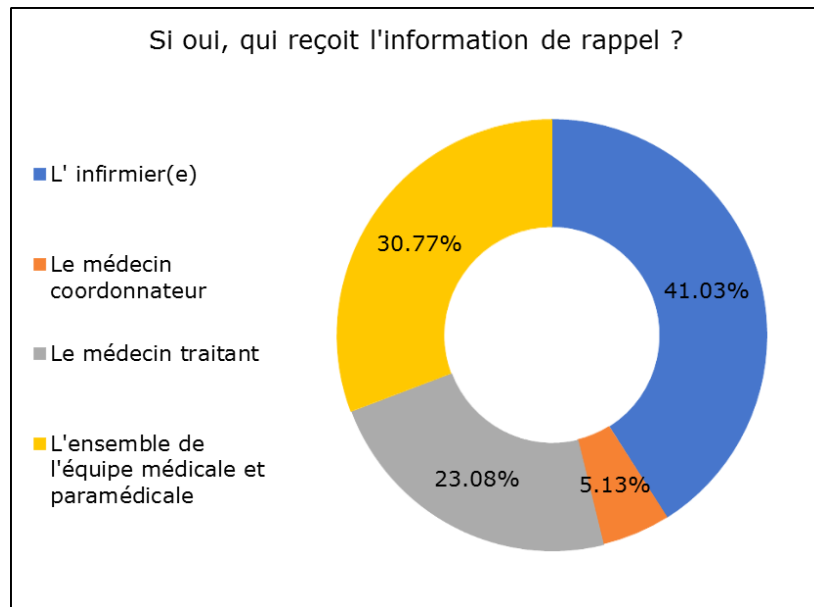


Figure 7

2. Concernant la vaccination contre le pneumocoque

Pour 64% (32) des répondants, la surveillance de la vaccination anti-pneumococcique fait partie du rôle du médecin coordonnateur.

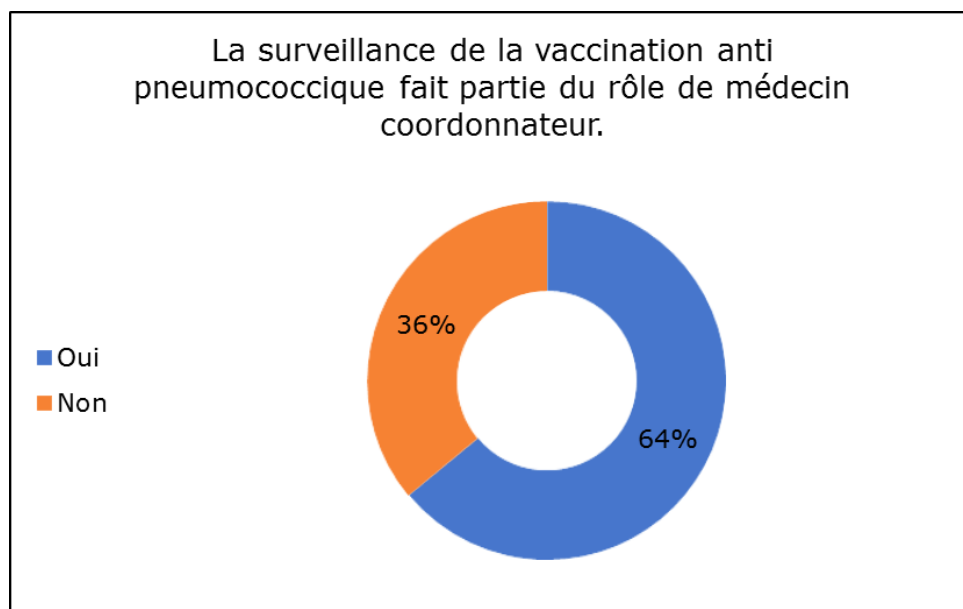


Figure 8

Pour 98% (49) des répondants, la surveillance du statut vaccinal est une des missions du médecin traitant de chaque résident.

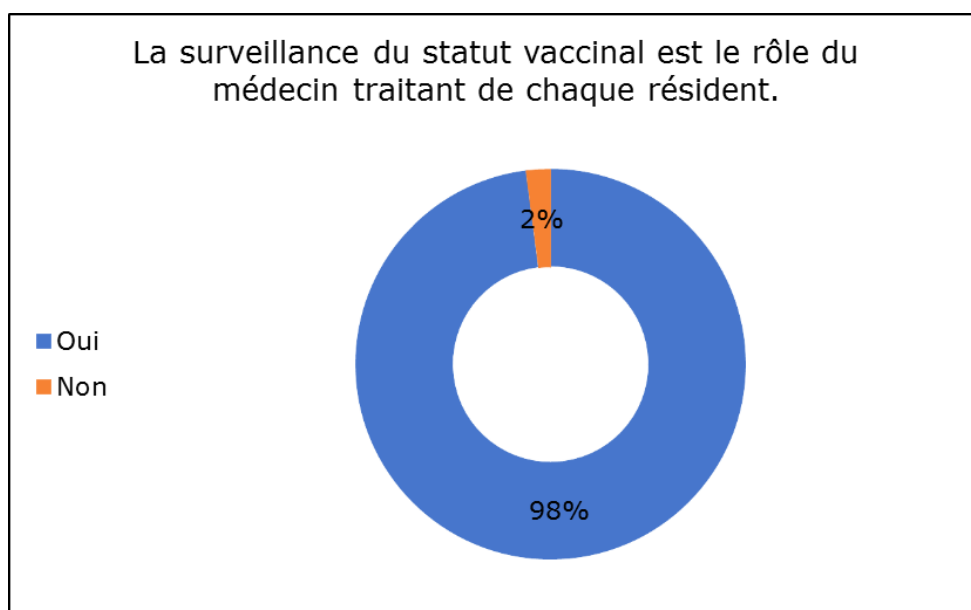


Figure 9

Des difficultés à connaître l'antériorité vaccinale des résidents concernant le vaccin contre le pneumocoque sont retrouvées systématiquement à 22% (11 réponses), le plus souvent à 64% (32 réponses), rarement à 12 % (6 réponses) et jamais à 2% (1 réponse).

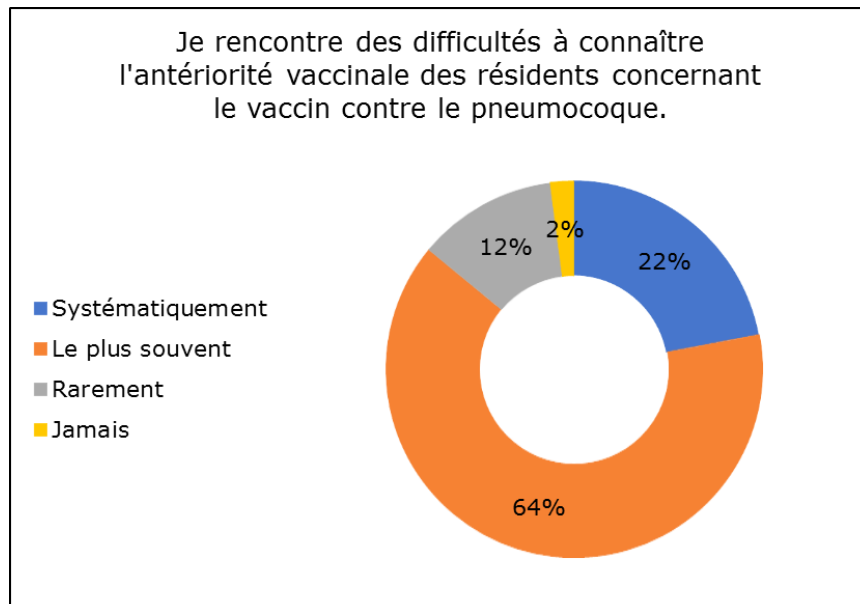


Figure 10

Les refus vaccinaux viennent des patients et/ou de leur famille systématiquement dans 8 % (4 réponses), le plus souvent pour 52% (26 réponses), rarement dans 40% (20 réponses).

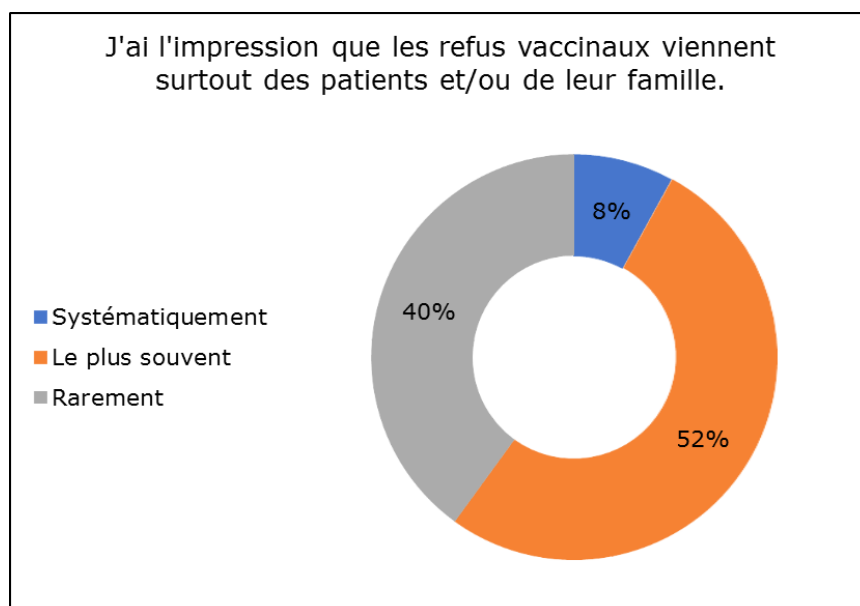


Figure 11

Il existe une réticence du personnel infirmier vis-à-vis de cette vaccination qui est moins connue le plus souvent 10% (5 réponses), rarement 52% (26 réponses), jamais 38% (19 réponses).

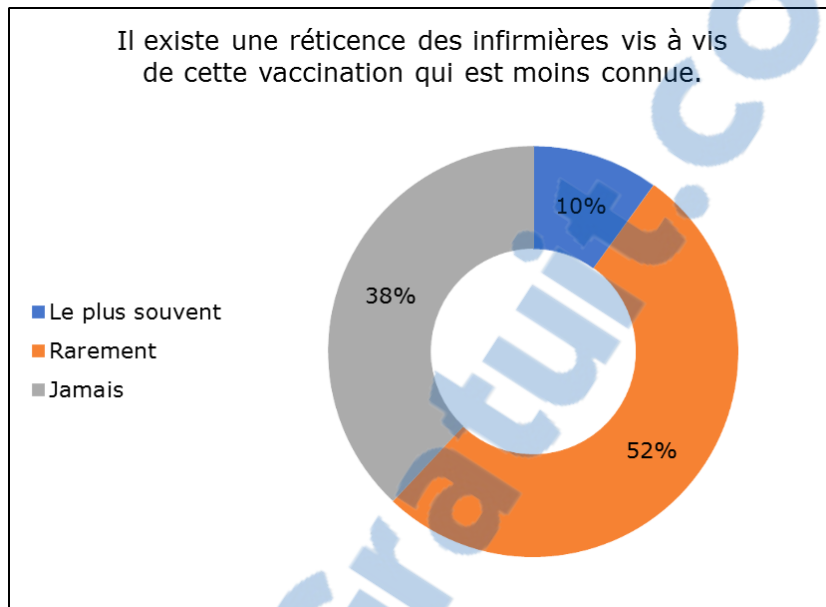


Figure 12

Pour 98% des répondants (49 réponses), il existe un bénéfice de cette vaccination en termes de réduction des infections.

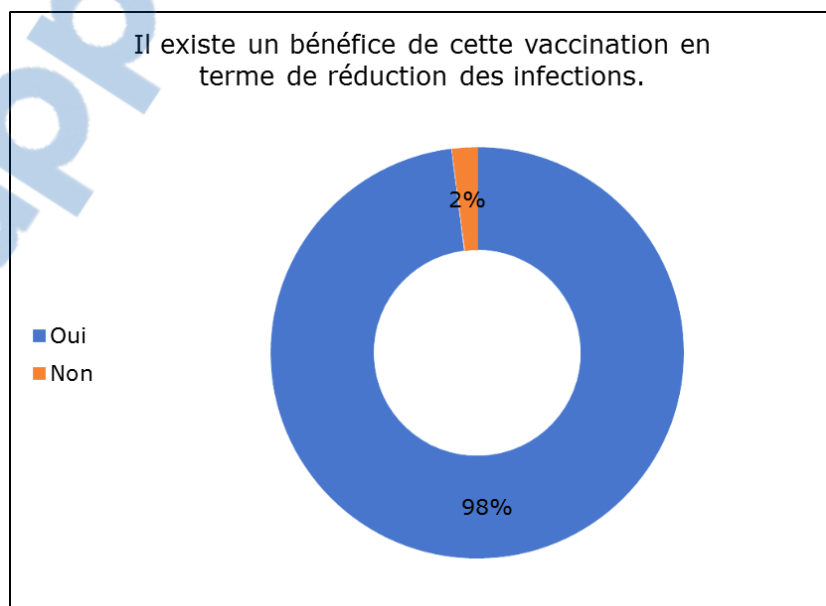


Figure 13

Il existe des difficultés d'approvisionnement du vaccin systématiquement 0%, le plus souvent 6 % (3 réponses), rarement 68% (34 réponses), jamais 26% (13 réponses).

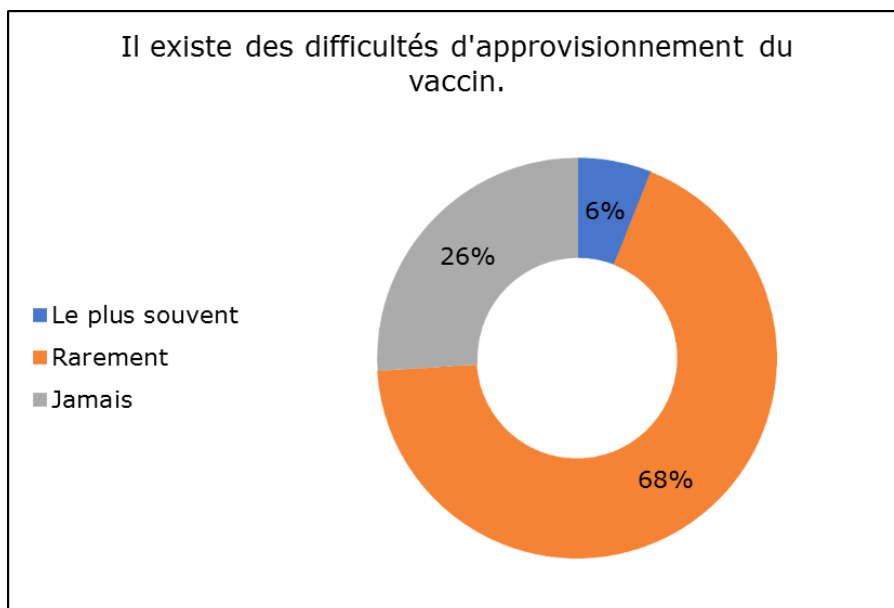


Figure 14

3. Structures et populations étudiées

3.1. Les EHPAD

84% des structures ayant répondues ont un médecin coordonnateur.

Le départ à la retraite et les difficultés de recrutement sont les principales raisons de l'absence de coordinateur dans les structures. Les fonctions des personnes ayant répondu au questionnaire, autre que le médecin coordonnateur, sont : des cadres de santé, des infirmières coordinatrices.

Parmi les répondants : 50% des structures sont publiques, 4% sont privées à but commercial, 12% sont privées à but non lucratif (caisses de retraite, mutuelles), 34% sont privées et associatives.

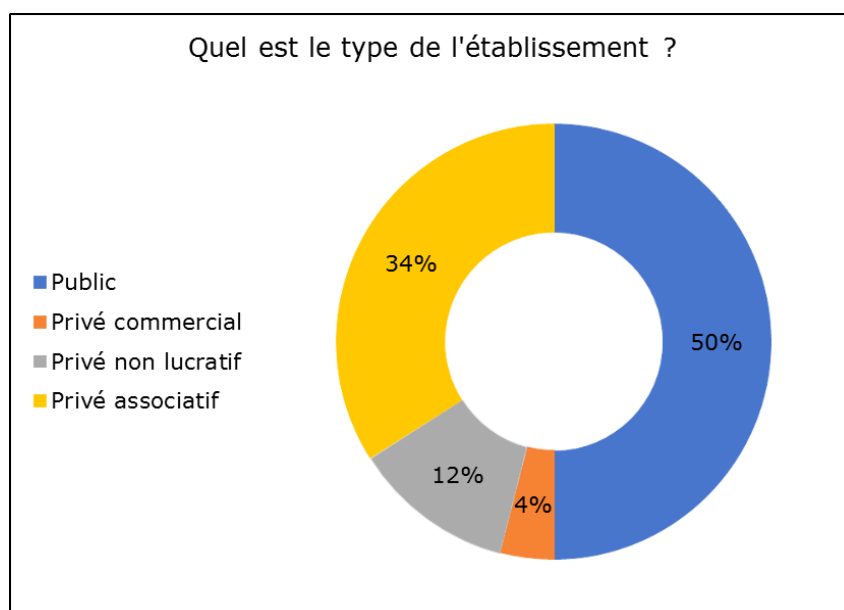


Figure 15

3.2. La population

Le niveau de dépendance des personnes accueillies dans un établissement est mesuré par le Grille iso source Moyen Pondéré (GMP) et le Pathos Moyen Pondéré (PMP). Le GMP définit le niveau moyen de dépendance des résidents d'un établissement et le PMP le niveau moyen en soins requis. Plus ceux-ci sont élevés, plus le niveau de dépendance et la densité en soins des personnes âgées sont importants.

Le GMP moyen des répondants est de 686, pour 46 réponses (un taux de réponse de 94%).

Le PMP moyen des répondants est de 173 pour 41 réponses (un taux de réponses à 82%).

98% des structures ont des patients ayant des comorbidités, soit 49 répondants sur 50.

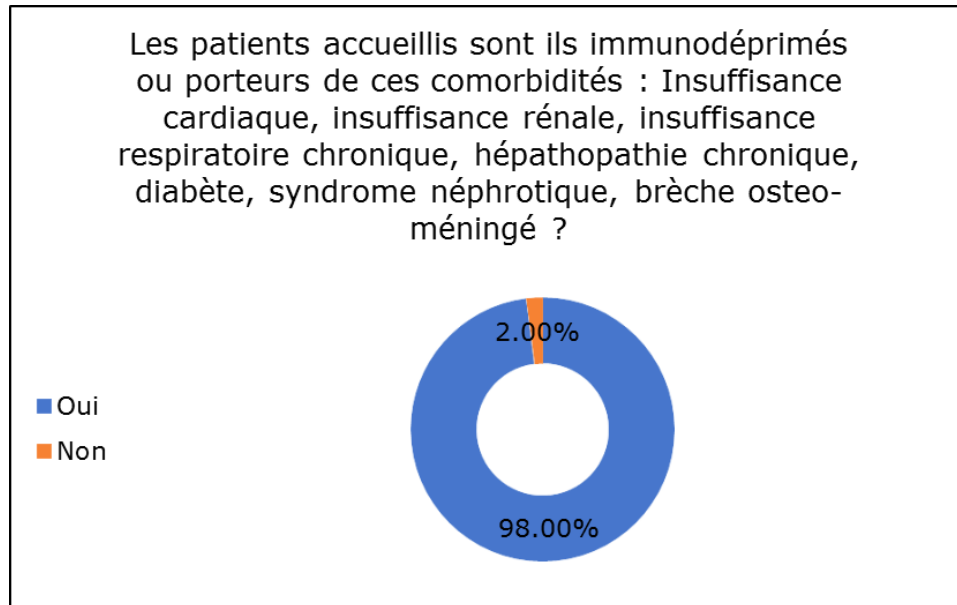


Figure 16

DISCUSSION ET PERSPECTIVES

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Forces

Il s'agit de la première étude descriptive des stratégies de vaccination contre le pneumocoque en entrée en EHPAD en France. Plusieurs travaux ont été réalisés sur l'intérêt de la vaccination contre le pneumocoque dans les EHPAD mais peu sur les modes de pratiques de cette vaccination à l'entrée en l'établissement.

Les principaux points forts de ce travail sont la diversité de types de structures ayant répondu à l'étude et la représentativité de la population étudiée. Sur le plan national, 51% des EHPAD sont publics, 26% sont privés à but non lucratifs et 23% sont privés commerciaux (10). En France, le GMP moyen est de 714 et de 661 dans les Pays de La Loire (11). Le PMP moyen nationale est à 211 (12).

1.2. Limites

1.2.1. Liées à la méthode

Dans la méthode de recueil de données, il a été difficile de contacter directement le médecin coordonnateur des structures. La présence d'un médecin coordonnateur est parfois inconnue des secrétariats. Cela est expliqué par leur présence à temps partiel dans la structure et du non remplacement de médecins.

Plusieurs structures n'ont pu être contactées par téléphone par défaut des coordonnées communiquées par les sites de références ou leurs sites personnels.

1.2.2. Liées à l'enquêteur

Ce travail est le premier travail de l'enquêteur de recherche en méthode quantitative. La réalisation du questionnaire a pu orienter les réponses. On ne peut éliminer un biais d'interprétation dans les questionnaires papiers. Les réponses étaient obligatoires sur le questionnaire en ligne via LimeSurvey, contrairement à la version papier où plusieurs questions n'avaient pas de réponses ou étaient remplies de façon erronée.

1.2.3. Liées au recrutement

Plusieurs structures n'ont pas ou plus de médecin coordonnateur par défaut de candidat postulant. Cette fonction peut être réalisée partiellement par l'infirmière coordonnatrice mais ce poste est aussi souvent vacant. Ces fonctions sont alors déléguées au cadre infirmier de la structure.

Cela explique le faible taux de réponse étant donné que le questionnaire était à la destination des personnes prenant en charge la coordination des soins (médecin, infirmier ou cadre)

Les structures ayant répondues, étant principalement des structures avec un médecin coordonnateur, sont potentiellement plus à jour par rapport aux recommandations vaccinales.

2. Discussion des résultats

2.1. La communication et sensibilisation à la vaccination contre le pneumocoque avec les différents acteurs de la prise en charge.

Dans ce travail, pour 98% des répondants, il existe un bénéfice à la vaccination en termes de réduction des infections. Cependant uniquement 36% des structures demandent le statut vaccinal à l'entrée et seules 22% d'entre elles ont un protocole de vaccination par la suite si le patient n'est pas vacciné. Ce résultat peut être expliqué par la méconnaissance des bénéfices de la vaccination d'où l'importance de la communication et de l'information sur les effets du pneumocoque entre les différents acteurs de la structure.

2.1.1. Le médecin traitant

Les recommandations vaccinales changent régulièrement. Concernant la vaccination contre le pneumocoque, la nouveauté en 2017 concerne les préventions des pneumonies à pneumocoque et infections invasives chez les personnes immunodéprimées et non immunodéprimées porteuses de comorbidités. Il est aussi mentionné que cette vaccination doit être proposée lors de l'entrée en structure collective si le patient est porteur de ces comorbidités (6). Il est du rôle du médecin coordonnateur d'informer et de sensibiliser tous les médecins traitants de l'importance de la prévention collective et individuelle contre le pneumocoque selon les comorbidités de chaque patient. Une vaccination réalisée au moment de l'entrée, permettrait de lutter contre la diffusion de la pathologie et de protéger les résidents dès l'admission. Cela peut être proposé par le biais de protocole de vaccination et

rappel à communiquer au médecin traitant. Une étude réalisée en 2003 dans 105 structures de soins gériatriques en France a montré que les principales causes de non vaccination antipneumococcique évoquées par les médecins étaient : le manque de ressources (50 %), l'absence d'efficacité (27 %) et le manque de temps (23 %). En parallèle, les raisons évoquées lors d'une non vaccination antigrippale ont été : le refus du patient (25 %), l'admission en dehors de la période de recommandation vaccinale (25 %), les problèmes d'organisation (20 %) (13). Cela montre que les représentations autour de ces deux vaccins sont différentes et peut expliquer la différence de couverture vaccinale.

2.1.2. Le patient et sa famille

Cette vaccination est peu connue de façon générale par le grand public. Peu de patients connaissent leur statut vaccinal vis-à-vis du pneumocoque ainsi que les indications et les modalités de cette vaccination. Les modes de transmissions et conséquences des infections à pneumocoque sur la morbi-mortalité sont de même peu connus. Chez le sujet âgé, il est difficile de trouver ces informations, que ce soit des antécédents médicaux et chirurgicaux ou leur statut vaccinal. Cela est d'autant plus vrai que les vaccins ont des schémas de rappels qui peuvent changer selon les recommandations. Les familles, lorsque celles-ci sont présentes, ne connaissent par ailleurs que rarement le statut vaccinal de leur proche, hormis celui de la grippe qui est réalisé tous les ans. Une étude américaine publiée en 2003 qui s'intéressait aux freins à la vaccination antipneumococcique chez des patients âgés de plus de 65 a montré que la moitié des non-vaccinés (50%) ne savaient pas qu'ils étaient éligibles à cette vaccination (14).

L'information des risques infectieux est rappelée en période épidémique dans les médias pour la grippe et dans les EHPAD par le biais de campagne. Mais cette information sur les risques infectieux et épidémiques est-elle réalisée au moment de l'entrée pour

sensibiliser les patients et les familles à la prévention individuelle et collective ? Dans notre travail, les refus vaccinaux viennent des patients et/ou de leur famille le plus souvent pour 52% (26 réponses), systématiquement dans 8 % (4 réponses), rarement dans 40% (20 réponses). En France, un nombre défini de vaccinations est obligatoire. La notion de vaccination recommandée est perçue comme facultative alors qu'elle est recommandée par les autorités sanitaires dans un objectif de prévention individuelle et collective. Il s'agit donc de communiquer et d'informer le grand public à ces recommandations. Une meilleure couverture et adhérence vaccinale est possible en renforçant le climat de confiance liée à l'information initiale ainsi qu'à la relation soignant patient.

2.1.3. Le personnel paramédical

La vaccination contre le pneumocoque en EHPAD est méconnue par le personnel paramédical contrairement à celui de la grippe qui bénéficie d'une information médiatique annuelle dédiée au grand public lors des périodes épidémiques. De même les conséquences cliniques des infections à pneumocoque sur la morbi-mortalité des patients, notamment le risque de complication bactérienne par le pneumocoque après un épisode viral de grippe, ne sont pas connues par les soignants. Dans notre travail, il existe parfois une réticence du personnel infirmier vis-à-vis de cette vaccination. La prévention, en combinant la vaccination et les mesures d'hygiène quotidiennes, est importante à rappeler auprès des équipes paramédicales pour tous les agents infectieux. De plus, ils doivent être formés pour dépister les signes amenant à faire consulter le patient et à signaler les cas d'infection respiratoire pour limiter les risques de transmission. Les infirmiers ont un rôle primordial dans l'information au patient puisqu'ils ont un contact quotidien avec celui-ci. Il a également un rôle important dans l'information des familles en étant souvent le premier interlocuteur de la structure.

Une méta-analyse publiée en 2005 a rapporté l'efficacité de 11 mesures pour améliorer les couvertures vaccinales contre la grippe, le pneumocoque et l'hépatite B parmi les populations à haut risque. Elle révèle que la seule action efficace lorsqu'elle est unique concernait des systèmes de rappel aux soignants. Pour des actions combinées, les méthodes efficaces associaient au moins deux mesures : faciliter l'accès des patients à l'offre de soins et sensibiliser les patients et/ou les soignants (15).

2.2. Traçabilité de la vaccination

Une vaccination est efficace lorsqu'elle est réalisée selon le bon schéma vaccinal. Ce travail nous montre qu'il est difficile de mettre en place cette vaccination devant la difficulté de récupérer les antécédents et de réaliser un suivi optimal par manque de traçabilité avant, à l'entrée, puis pendant le séjour en structure.

Les patients connaissent rarement leur statut vaccinal et leur famille encore moins. Certains patients n'ont pas ou n'ont plus leur carnet de vaccination et ont changé de médecin traitant avec un dossier médical non transmis. Lorsque le patient choisi de garder son médecin traitant habituel, le dossier médical antérieur reste souvent au cabinet du praticien. L'antécédent vaccinal pourrait être retrouvé dans le suivi médical par le biais du suivi des comorbidités du patient par les spécialistes, cependant il faudrait que le sujet des vaccinations ait été abordé par celui-ci.

Dans ce travail, le statut vaccinal contre le pneumocoque était questionné au moment de l'admission dans 36% des structures. En effet le statut vaccinal pour les vaccinations n'est pas demandé lors des pré-admissions sur le dossier unique national. Chaque EHPAD a son

questionnaire papier ou logiciel informatique médical d'entrée qui questionne, ou non, explicitement, le statut vaccinal des patients. Il faut ensuite que cette question soit renseignée par la personne qui remplit le dossier médical. Lorsque le statut vaccinal était recherché, il était alors inscrit dans le dossier médical d'entrée dans 27.78% des cas systématiquement (5 réponses), 55.56 % le plus souvent (10 réponses), 16.67 % rarement (3 réponses). Cependant, cette tâche étant chronophage pour la personne en charge de remplir le dossier, notamment du fait de l'ignorance du patient sur son statut vaccinal mentionnée précédemment, elle n'est souvent pas accomplie et le statut demeure incomplet.

Dans les dossiers médicaux de l'EHPAD il existait une traçabilité des vaccinations et rappels dans 78% (39 réponses) des cas. Plusieurs structures ont une traçabilité des vaccinations mais pas des rappels, selon les logiciels utilisés ou compositions de dossiers papiers. De plus, l'information de rappel doit être reçue par le prescripteur de la vaccination qui est en premier lieu le médecin traitant. D'où l'importance de communiquer avec les médecins libéraux intervenant pour la transmission d'information médicale et la formation à l'utilisation des différents outils d'aide au suivi des patients de la structure. Le rapport d'activité médical annuel d'EHPAD des pays de la Loire en 2016 (RAMA 2016) montre une amélioration du taux de remplissage de l'observation médicale sur le dossier informatisé à savoir 43% au regard des 36% de 2015. De même, il existe une amélioration du pourcentage de médecin traitant utilisant le logiciel de prescription de l'EHPAD sans retranscription de l'infirmière (49% contre les 46% de 2015).

La difficulté supplémentaire avec la vaccination contre le pneumocoque est un schéma vaccinal différent selon l'antériorité vaccinale du patient et le type de vaccin reçu qui est à intégrer dans les consignes de rappel. En effet les recommandations sont les suivantes :

- Personne non vaccinée antérieurement : une dose de vaccin 13-valent conjugué puis une dose de vaccin polysidique non conjugué 23-valent 8 semaines plus tard.
- Vaccination antérieure depuis plus d'un an avec seulement le vaccin polysidique non conjugué 23-valent : une dose de vaccin 13-valent conjugué. L'injection ultérieure du vaccin 23-valent sera pratiquée avec un délai minimal de 5 ans par rapport à la date de l'injection de la dose précédente de vaccin 23-valent.
- Personne vaccinée antérieurement avec la séquence 13-valent puis 23-valent : une dose de vaccin 23-valent au moins 5 ans après la dernière dose (1).

Cela ajoute une variable complémentaire à prendre en compte pour les protocoles de rappel. L'informatisation pourrait uniformiser les informations et permettre un suivi optimal.

Lorsque les vaccins et les rappels sont notés, les personnes recevant l'information de rappel sont les personnel infirmier dans 41.03%, l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale dans 30.77 %, le médecin traitant dans 23.08%, le médecin coordonnateur dans 5.13%. Le rôle de l'infirmier en EHPAD a des spécificités particulières. En effet, il a un rôle central dans la prise en charge des patients puisqu'il gère la coordination interne et la continuité des soins, ainsi que le travail en équipe pluridisciplinaire en collaboration avec différents intervenants extérieurs et médicaux (17).

2.3. Rôle et fonction des médecins

Dans notre travail, le suivi vaccinal pour le pneumocoque apparaît être le rôle du médecin traitant mais aussi du médecin coordonnateur. En effet 98% des répondant estiment qu'il appartient au médecin traitant d'assurer la surveillance du statut vaccinal en général mais, parallèlement, 64% des répondants estiment également qu'il appartient au

médecin coordonnateur d'assurer la surveillance de la vaccination anti-pneumococcique à proprement parler. Cela amène à nous à questionner le rôle de chaque intervenant médical dans l'établissement.

En 1999, le Décret n°99-316 et 99-317 redéfinit les établissements en EHPAD avec une réforme de tarification par la convention tripartite. Elle est signée par l'ARS (Agence Régionale de Santé qui est une filiale de la Sécurité sociale), le préfet ainsi que le Conseil Général et oblige les structures à respecter des principes fondamentaux tels que la transparence des coûts et une démarche de qualité des prises en charge. C'est lors de cette réforme que la fonction du médecin coordonnateur est créée.

Un texte de Loi en 2002 stipule l'obligation aux EHPAD d'avoir recours aux services d'un médecin coordonnateur (18). Les qualifications, missions et mode de rémunérations sont établies en 2005 (19). Depuis 2007, il existe une obligation de présence minimum du médecin coordonnateur pour effectuer ses missions selon le GMP de l'établissement (20).

Sa présence répond à un objectif de santé publique pour garantir une qualité de prise en charge gériatrique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé.

La charge du médecin coordonnateur se divise en 12 missions dont la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement pour une permanence des soins, l'application des bonnes pratiques gériatriques, la mise en place d'un dossier type de soins (médical, paramédical et administratif) et l'identification des risques éventuels pour la santé publique dans les établissements. Il doit aussi veiller à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, à la surveillance et la prise en charge de ces risques (gestion du risque infectieux en EHPAD, plan canicule ...).

Concernant les prescriptions, le médecin coordonnateur intervient en cas d'urgence vitale en l'absence de médecin sur place. Il peut aussi réaliser des prescriptions médicales lors de la

survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Cette disposition est parfois utilisée pour la vaccination de la grippe avant la période hivernale. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

Le médecin coordonnateur ne dispose d'aucune autorité hiérarchique envers le médecin traitant. Ces médecins sont des intervenants libéraux dont l'indépendance professionnelle est garantie par l'article R. 4127-5 du code de la santé publique. Ils conservent toute leur indépendance de prescription mais doivent être en cohérence avec les principes de la structure. Pour faciliter la coordination de soins, un décret du 30 décembre 2010 a prévu des contrats-types. Ceux-ci sont conclus entre médecins libéraux et EHPAD, pour préciser les rôles et missions de chacun. Ces contrats engagent l'établissement à mettre à disposition les dossiers médicaux et les protocoles, à assurer des transmissions avec un membre de l'équipe et à permettre de réaliser les consultations dans de bonnes conditions. D'autre part, ils engagent le médecin traitant à adhérer au fonctionnement de la structure notamment en ce qui concerne la tenue du dossier médical, l'application des protocoles et le suivi du projet individualisé.

En résumé, le rôle du médecin coordonnateur dans le cadre de la vaccination contre le pneumocoque est celui de mettre en place un protocole de vaccination, de former de façon continue les différents intervenants en les sensibilisant à cette prévention et assurer une coordination afin d'améliorer la traçabilité dans les dossiers médicaux. La prescription du vaccin n'étant pas une prescription d'urgence et n'engageant pas de risque vital immédiat, elle doit rester du ressort du médecin traitant. Cela d'autant plus qu'il s'agit d'une vaccination recommandée et non obligatoire. Une meilleure couverture vaccinale doit passer par la communication et la promotion des bonnes pratiques gériatriques.

3. Perspectives

Pour une meilleure couverture vaccinale contre le pneumocoque, le moment propice de la vaccination est celui de l'entrée en EHPAD puisque cela permet de protéger le patient dès l'admission. C'est un moment particulier qui permet de faire une synthèse générale des antécédents médicaux du patient et de proposer une prise en charge adéquate dont la prévention vaccinale. Le défaut de traçabilité sur la réalisation de ce vaccin constitue cependant un des premiers problèmes. Plusieurs outils pourraient permettre une meilleure stratégie de vaccination, tout d'abord l'inclusion du renseignement du statut vaccinal dans les dossiers de pré-admission, ensuite l'inclusion des statuts vaccinaux lors de l'admission dans tous les dossiers d'entrée avec des logiciels dédiés, paramétrés pour le suivi vaccinal. L'arrivée du Dossier Médical Partagé (DMP) sur la carte vitale pourrait aussi changer la traçabilité des vaccinations si celui est renseigné en ce sens. La sécurité sociale qui tous les ans envoie un courrier pour la vaccination de la grippe chez les sujets concernés pourrait aussi avoir un rôle dans la vaccination contre le pneumocoque avec ce même procédé. S'inspirer des méthodes canadiennes associant la vaccination du pneumocoque à celle de la grippe à partir de 65 ans pourrait être également une piste de réflexion (22).

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Haut Conseil de la santé publique, Avis relatif au schéma vaccinal de la vaccination par le vaccin Antipneumococcique conjugué heptavalent, 17 octobre 2008 [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=51>
- (2) Infections à pneumocoque, Point-sur-les-connaissances, Institut National de Veille Sanitaire, Santé publique France [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Infections-a-pneumocoque/Point-sur-les-connaissances>
- (3) Kyaw, Moe H., Charles E. Rose, Alicia M. Fry, James A. Singleton, Zack Moore, Elizabeth R. Zell, Cynthia G. Whitney, et Active Bacterial Core Surveillance Program of the Emerging Infections Program Network. The Influence of Chronic Illnesses on the Incidence of Invasive Pneumococcal Disease in Adults . The Journal of Infectious Diseases 192, n° 3 (1 août 2005): 377-86.
- (4) Bonten, Marc J. M., Susanne M. Huijts, Marieke Bolkenbaas, Chris Webber, Scott Patterson, Samantha Gault, Cornelis H. van Werkhoven, et al. Polysaccharide Conjugate Vaccine against Pneumococcal Pneumonia in Adults. The New England Journal of Medicine 372, n° 12 (19 mars 2015): 1114-25.
- (5) Colin C. Le nombre de personnes âgées dépendantes - d'après l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance. Études et Résultats, n° 94, décembre 2000, DREES.
- (6) Infections à pneumocoque : recommandations vaccinales pour les adultes par le Haut Conseil de la Santé Publique, avis complété en novembre 2017 [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=637>
- (7) Maruyama, Takaya, Osamu Taguchi, Michael S. Niederman, John Morser, Hiroyasu Kobayashi, Tetsu Kobayashi, Corina D'Alessandro-Gabazza, et al. Efficacy of 23-Valent

Pneumococcal Vaccine in Preventing Pneumonia and Improving Survival in Nursing Home Residents: Double Blind, Randomised and Placebo Controlled Trial ». BMJ (Clinical Research Ed.) 340 (8 mars 2010): c1004.

(8) Souto Barreto, Philippe de, Maryse Lapeyre-Mestre, Bruno Vellas, et Yves Rolland. Indicators of Influenza and Pneumococcal Vaccination in French Nursing Home Residents in 2011 . Vaccine 32, n° 7 (7 février 2014): 846-51.

(9) Enquête nationale de couverture vaccinale, France, janvier 2011. Couverture vaccinale contre la grippe saisonnière dans les groupes cibles et mesure de l'efficacité vaccinale. Couverture vaccinale par les vaccins diphtérie-tétanos-poliomyélite (dTP) et antipneumococcique chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Institut de veille sanitaire. [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur :

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2011/Enquete-nationale-de-couverture-vaccinale-France-janvier-2011>

(10) Chiffres clés de l'aide à l'autonomie en 2018. Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur :

https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_18-05_chiffrescles_page_a_page_bd.pdf

(11) Ehpad : une offre inégale en fonction des départements [Internet]. [cité 1 juin 2019].

Disponible sur: <https://essentiel-autonomie.humanis.com/etre-aide-lorsqu-aide-proche/ehpad-offre-inegale-fonction-departements>

(12) La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2016 | CNSA [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur:

<https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-situation-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad-en-2016>

(13) Gavazi G, Wazieres B, Lejeune B et al. Influenza and pneumococcal vaccine coverages in geriatric health care settings in France. Gerontology. 2007, 53:382:87

- (14) Zimmerman RK, Santibanez TA, Fine MJ et al. Barriers and facilitators of pneumococcal vaccination among the elderly. *Vaccine*. 2003, 21:1510-17
- (15) Ndiaye SM, Hopkins DP, Shefer AM et al. Interventions to improve influenza, pneumococcal polysaccharide, and hepatitis B vaccination coverage among high-risk adults: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2005, 28(5 Suppl):248-79
- (16) Infections invasives à pneumocoques, actualisation des connaissances juin 2017, Institut National de Prévention et d'éducation à la Santé [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1656.pdf>
- (17) Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. 2016-1605 nov 25, 2016.
- (18) LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. 2002-2 janv 2, 2002.
- (19) Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. 2005-560 mai 27, 2005.
- (20) Code de l'action sociale et des familles - Article D312-156. Code de l'action sociale et des familles.
- (21) Code de la santé publique - Article R4127-5. Code de la santé publique.
- (22) Stevenson CG, McArthur MA, Naus M et al. Prevention of influenza and pneumococcal pneumonia in canadian long-term care facilities: how are we doing? *Can Med Assoc J*. 2001, 164:1413:19

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux..... 8

Figure 2 9

Figure 3 10

Figure 4 10

Figure 5 11

Figure 6 11

Figure 7 12

Figure 8 13

Figure 9 13

Figure 10 14

Figure 11 14

Figure 12 15

Figure 13 15

Figure 14 16

Figure 15 17

Figure 16 18

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	4
MÉTHODES	7
RÉSULTATS.....	9
1. Statut vaccinal et traçabilité	9
2. Concernant la vaccination contre le pneumocoque	13
3. Structures et populations étudiées.....	16
3.1. Les EHPAD	16
3.2. La population	17
DISCUSSION ET PERSPECTIVES.....	19
1. Forces et limites de l'étude	19
1.1. Forces	19
1.2. Limites	19
1.2.1. Liées à la méthode	19
1.2.2. Liées à l'enquêteur	20
1.2.3. Liées au recrutement.....	20
2. Discussion des résultats.....	21
2.1. La communication et sensibilisation à la vaccination contre le pneumocoque avec les différents acteurs de la prise en charge.	21
2.1.1. Le médecin traitant	21
2.1.2. Le patient et sa famille	22
2.1.3. Le personnel paramédical.....	23
2.2. Traçabilité de la vaccination	24
2.3. Rôle et fonction des médecins.....	26
3. Perspectives	29
BIBLIOGRAPHIE	30
LISTE DES FIGURES.....	33
TABLE DES MATIERES.....	34
ANNEXES.....	I

ANNEXES

- Annexe 1 : Questionnaire

Rapport-Gratuit.com



Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce travail en répondant à ce questionnaire d'une durée de 10 minutes.

Les résultats seront anonymisés, en aucun cas votre nom, ni celui de l'EHPAD ne seront mentionnés.

Partie A: EHPAD

A1. Quel est le nom de l'établissement ? Dans quelle ville se situe cet établissement ?

Nom de l'établissement

Ville

A2. Un médecin coordonnateur est-il présent dans la structure ?

Oui ☐

Non ☐

A3. Si non, pour quelle(s) raison(s)?

A4. Quelle est alors votre fonction au sein de l'établissement ?

A5. Quel est les GIR Moyen Pondéré des résidents de la structure ?

Groupes iso ressources Moyen Pondéré



A6.	Les patients accueillis sont ils immunodéprimés ou porteurs de ces comorbidités : Insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire chronique, hépatopathie chronique, diabète, syndrome néphrotique, brèche osteo-méningé ?	Oui ☐
		Non ☐
A7.	Quel est le Pathos Moyen Pondéré des résidents de la structure ? Score mesuré par l'outil Pathos qui définit le degré de soins médicotechniques requis par les résidents compte tenu de leurs pathologies	
A8.	Quel est le type de l'établissement ?	Public ☐
		Privé commercial ☐
		Privé non lucratif ☐
		Privé associatif ☐
Partie B: Statut vaccinal		
B1.	Au moment de l'<u>admission</u> en EHPAD, le statut vaccinal contre le pneumocoque est-il recherché ?	Oui ☐
		Non ☐
B2.	Si Oui, est-il noté dans le dossier médical d'entrée ?	Systématiquement ☐
		Le plus souvent ☐
		Rarement ☐
		Jamais ☐
B3.	Existe-il un protocole systématique de vaccination dans l'EHPAD contre le pneumocoque dans le cas où la vaccination ne serait pas à jour et recommandée ?	Oui ☐
		Non ☐
B4.	Qui prescrit alors le vaccin ?	Le médecin coordonnateur ☐
		Le médecin traitant ☐





B5.	Existe-il une traçabilité des vaccinations et des rappels de vaccination dans les dossiers médicaux de l'EHPAD ?	Oui ☐
		Non ☐
B6.	Si oui, qui reçoit l'information de rappel ?	
	L' infirmier(e)	☐
	Le médecin coordonnateur	☐
	Le médecin traitant	☐
	L'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale	☐
Partie C: Concernant la vaccination contre le pneumocoque		
Concernant la vaccination contre le pneumocoque, que pensez vous des affirmations suivantes ?		
C1.	La surveillance de la vaccination anti pneumococcique fait partie du rôle de médecin coordonnateur.	Oui ☐
		Non ☐
C2.	La surveillance du statut vaccinal est le rôle du médecin traitant de chaque résident.	Oui ☐
		Non ☐
C3.	Je rencontre des difficultés à connaître l'antériorité vaccinale des résidents concernant le vaccin contre le pneumocoque.	Systématiquement ☐
		Le plus souvent ☐
		Rarement ☐
		Jamais ☐
C4.	J'ai l'impression que les refus vaccinaux viennent surtout des patients et/ou de leur famille.	Systématiquement ☐
		Le plus souvent ☐
		Rarement ☐
		Jamais ☐



C5. Il existe une réticence des infirmières vis à vis de cette vaccination qui est moins connue.

Systématiquement ☐
Le plus souvent ☐
Rarement ☐
Jamais ☐

C6. Il existe un bénéfice de cette vaccination en terme de réductions des infections.

Oui ☐
Non ☐

C7. Il existe des difficultés d'approvisionnement du vaccin.

Systématiquement ☐
Le plus souvent ☐
Rarement ☐
Jamais ☐

Partie D: Votre avis

D1. Avez vous des remarques ou commentaires ?

D2. Souhaitez vous recevoir les résultats de ce travail ?

Oui ☐
Non ☐

Merci pour votre participation.

État des lieux des stratégies vaccinales contre le pneumocoque à l'entrée en EHPAD dans le Maine-et-Loire

RÉSUMÉ

Introduction : En France, la vaccination anti-pneumococcique est recommandée chez les patients immunodéprimés ou porteurs de pathologies les prédisposant aux infections à pneumocoque. Cette vaccination doit être proposée aux personnes présentant ces facteurs de fragilité lors d'admission dans des structures de soins ou d'hébergement. La couverture vaccinale chez ces patients à risque est faible. Ce travail avait pour objectif de faire un état des lieux sur les stratégies de vaccination contre le pneumocoque pour les patients éligibles au vaccin au moment de l'entrée en EHPAD dans le Maine-et-Loire.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, réalisée de septembre 2018 à mars 2019 dans les EHPAD du Maine-et-Loire. Un questionnaire par courriel a été adressé aux médecins coordonnateurs. Lors d'une deuxième phase réalisée en février 2019, des questionnaires ont été déposés dans certaines structures d'Angers accompagnés d'une enveloppe retour par voie postale pré-timbrées. Les données recueillies ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels LimeSurvey et Excel.

Résultats : 50 réponses ont été analysées sur 129 EHPAD du Maine et Loire soit 38.76% des établissements. Le statut vaccinal contre le pneumocoque était questionné au moment de l'admission dans 36% des structures. Il était alors inscrit dans le dossier médical d'entrée dans 27.78% des cas systématiquement, 55.56 % le plus souvent, 16.67 % rarement. Dans le cas où la vaccination n'était pas à jour mais recommandée, il existait un protocole de vaccination systématique dans 22% des cas. La personne qui prescrivait le vaccin est dans 98% le médecin traitant et dans 2% le médecin coordonnateur.

Conclusion : Le statut vaccinal contre le pneumocoque est peu questionné au moment de l'admission et il existe rarement des protocoles de vaccination systématiques en cas de patients non vaccinés. La couverture vaccinale pourrait être améliorée grâce à une meilleure diffusion des recommandations auprès des médecins traitants, à la mise en place d'un protocole systématique et à des outils adaptés pour une traçabilité optimale en EHPAD.

Mots-clés : vaccination, pneumocoque, statut vaccinal, EHPAD, traçabilité

Pneumococcal vaccination at admission in nursing homes: current situation in Maine-et-Loire

ABSTRACT

Introduction: In France, pneumococcal vaccination is recommended in immunosuppressed patients or patients with predisposing factors to pneumococcal infections. This vaccination must be considered at admission in nursing home for the elderly with such frailty. The vaccinal coverage of these patients at risk is insufficient. Our main objective was to evaluate pneumococcal vaccination status and strategies at admission in nursing home in Maine-et-Loire.

Methods: We conducted a descriptive quantitative study from September 2018 till March 2019 in the nursing homes of Maine-et-Loire. A survey form was sent by e-mail to the coordinating doctors. Secondly, other forms were deposited in the structures of Angers in March 2019 with a mail-back envelope pre-stamped. The data collected was entered and analysed on the LimeSurvey and Excel software.

Results: We collected 50 responses out of 129 nursing home from Maine-et-Loire, a percentage of 38.76%. In only 36% of the nursing homes was the pneumococcal vaccination status sought at admission. It was recorded in the medical file: systematically for 27.78% of the nursing homes, most often and seldom in 55.56% and 16.67% of them, respectively. When vaccination was not up to date though recommended, there was a routine vaccination protocol in 22% of nursing home. The person who then prescribed the vaccine was in 98% the general practitioner and in 2% of cases the coordinator nursing home physician.

Conclusion: Pneumococcal vaccination status is little questioned at the time of admission in nursing homes and there is little routine vaccination protocol for unvaccinated patients. Vaccination coverage could be improved through better involvement of the coordinating physician, and broader diffusion of vaccination recommendations towards the general practitioner and nursing staff. Systematic vaccination policy and vaccination traceability should be encouraged.

Keywords: vaccination, pneumococcal, vaccination status, nursing home, traceability