

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine.
L'Académie dans sa séance du mardi 28 avril 2026, a adopté le texte de ce rapport par 57 voix pour, 3 voix contre et 2 abstentions.

De l'obligation vaccinale contre la grippe chez tous les personnels soignants

Mandatory influenza vaccination for all healthcare professionals

Christine ROUZIOUX, Jean-Pierre MICHEL, Emmanuelle PRADA-BORDENAVE (rapporteurs) au nom du groupe de travail de la commission 6 l'Académie nationale de médecine (ANM).

Membres du groupe de travail : Pierre Bégué, Yves Buisson, Jean-Francois Delfraissy, Elisabeth Elefant, Yvon Lebranchu, Jean-Pierre Michel, Emmanuelle Prada-Bordenave, Rissane Ourabah, Christine Rouzioux (coordinatrice).

Nous dédions ce rapport à la mémoire du Pr Yves Buisson, décédé alors qu'il participait à ce groupe de travail.

Liens d'intérêt concernant le contenu de ce rapport :

Pr Jean-Pierre MICHEL déclare avoir un lien d'intérêt avec Pfizer.

Pr Pierre Bégué, Pr Jean-François Delfraissy, Pr Elisabeth Elefant, Pr Yvon Lebranchu, Pr Rissane Ourabah, Mme E Prada-Bordenave, Pr Christine Rouzioux déclarent aucun conflit d'intérêt.

Mots-clés : Grippe, Obligation de vaccination, Professionnels de soins.

Key words: *influenza, mandatory vaccination, healthcare professionals.*

RESUME

Les deux dernières épidémies d'infections grippales ont été particulièrement intenses, entraînant de nombreuses consultations, hospitalisations et séjours en réanimation, en raison de la co-circulation inhabituelle des trois virus grippaux. Les nombreuses infections grippales nosocomiales rapportées relancent la question de la protection des patients par les soignants, dont la responsabilité ne peut être discutée. Les recommandations vaccinales contre la grippe sont trop peu suivies par les soignants, alors que l'efficacité des vaccins est bien démontrée, tant par la protection individuelle que collective, limitant aussi l'absentéisme dans les services cliniques qui peuvent être débordés en période épidémique.

L'obligation vaccinale contre la grippe pour tous les personnels soignants, incluant tous les personnels en contacts avec des patients vulnérables à risque d'infection grippale mérite d'être analysée dans tous ses aspects. La question de cette obligation génère un débat et révèle des opinions diverses, voire des réticences. Cependant, les arguments cliniques et épidémiologiques, auxquels s'ajoutent la réflexion d'éthique médicale, soulignent la responsabilité médicale et la solidarité

professionnelles inhérentes au rôle de soignant. Les aspects juridiques, rappelant les devoirs de l'État face à des mesures efficaces à instaurer, ainsi que la réduction des coûts pour la société constituent un faisceau d'arguments solides en faveur de l'efficacité de l'obligation vaccinale contre la grippe pour tous les personnels soignants.

SUMMARY

The last two influenza epidemics were particularly severe, leading to numerous consultations, hospitalizations, and stays in intensive care due to the unusual co-circulation of the three influenza viruses. The many reported nosocomial infections have reignited the debate surrounding patient protection by healthcare workers, whose responsibility is undeniable. Influenza vaccination recommendations are not being followed closely enough, despite the well-established effectiveness of vaccines, both in terms of individual and collective protection, thus reducing absenteeism in clinical departments that can become overwhelmed during epidemics. Mandatory influenza vaccination for all healthcare personnel, including all staff in contact with vulnerable patients at risk of influenza infection, deserves to be analyzed in all its aspects. The issue of this mandate is generating debate and revealing diverse opinions, even resistance. However, clinical and epidemiological arguments, along with medical ethics considerations, underscore the professional responsibility and solidarity inherent in the role of healthcare provider. Legal considerations, highlighting the State's obligations regarding the implementation of effective measures, as well as the reduction of costs for society, constitute a strong body of arguments in favor of the effectiveness of mandatory influenza vaccination for all healthcare personnel.

METHODE DE TRAVAIL ET CALENDRIER :

L'approbation du Groupe de travail par le CA a été donnée fin 2025. Le Groupe s'est réuni deux fois en présentiel et sept fois en visio-conférences.

Auditions :

- Pr JP Michel, Hôpitaux de Genève, membre de l'Académie nationale de Médecine
- Pr Gerard Dubois, membre de l'Académie nationale de Médecine
- Mme Emmanuelle Prada-Bordenave, membre de l'Académie nationale de Médecine
- Dr Sydney Sebban, membre du Conseil National de l'Ordre des Médecins
- Dr Pierre Verger : Observatoire régional de la santé PACA, Marseille France
- Pr Bruno Lina : Laboratoire de Virologie, Hospices Civiles de Lyon
- Santé Publique France : échanges avec le Dr Sophie Vaux en mars 2026.

INTRODUCTION

Le fardeau des infections grippales, tant en médecine de ville qu'en milieu hospitalier, constitue actuellement un véritable problème de santé publique qui se renouvelle chaque année. La vaccination contre la grippe est recommandée dans la population générale, particulièrement chez les personnes âgées, les personnes fragiles et les femmes enceintes ; le taux de vaccination peut atteindre 83 % chez les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (1). En revanche, dans les différentes catégories de professionnels de santé, la recommandation concernant cette vaccination est particulièrement peu suivie, comme le montrent les taux de couverture lors de la campagne 2023-2024 : seuls 19 % des personnels de santé étaient vaccinés dans les établissements de santé et 22,4 % dans les EHPAD (2). Beaucoup de rapports et d'études de suivi ont souligné les difficultés à faire adopter cette vaccination par les personnels soignants, alors que les risques de transmission nosocomiale sont bien démontrés, notamment par les chiffres de cas groupés de grippe bien identifiés, encore chaque semaine actuellement, au sein des établissements de soins et des EHPAD.

Comme toute obligation, la question fait débat et met en lumière des avis variés. Devant l'échec de cette mesure et dans un contexte de ces virus respiratoires pathogènes et hautement transmissibles, les vaccins sont un outil indispensable pour prévenir la transmission et induire une protection individuelle et collective, tout en limitant la circulation virale.

Pour faire face aux épidémies saisonnières annuelles, le Conseil national de l'Ordre des médecins a rapporté sa position en décembre 2025 (3), a plaidé pour l'obligation vaccinale des personnels soignants en EHPAD ainsi que pour les résidents ; enfin, il recommande la mise à jour des informations et de la communication qui devront être renouvelées chaque année.

La loi de financement de la Sécurité sociale de janvier 2026 (4) a inclus des articles visant l'obligation vaccinale contre la grippe chez les professionnels de santé libéraux, les personnels des établissements de santé et médico-sociaux, ainsi que chez les résidents d'EHPAD, sous réserve des recommandations de l'HAS, qui abordera particulièrement les questions d'organisation et de faisabilité d'une telle obligation.

L'Académie nationale de médecine propose, par le présent rapport, de présenter les conclusions du Groupe de Travail mis en place en décembre 2025. De façon à prioriser et à renforcer les messages ; le périmètre de ce rapport limite le propos à l'obligation vaccinale contre la grippe pour TOUS les professionnels de soins et choisit de ne pas aborder la question de l'obligation vaccinale pour les résidents des EHPAD, du fait que celle-ci soulève des questions assez différentes et est abordée par ailleurs. Dans ce contexte, les objectifs de ce rapport sont d'analyser des éléments à prendre en compte tant sur les plans éthiques, juridiques et économiques pour la mise en place éventuelle de l'obligation vaccinale contre la grippe chez tous les soignants.

I – Le contexte actualisé :

Les Français ne considèrent pas la grippe comme une infection grave. Ils ignorent le plus souvent qu'elle a causé près de 10 000 morts par an au cours des années précédentes. Les épidémies saisonnières annuelles touchent deux à six millions de personnes chaque année. L'épidémie de grippe de la saison 2024-2025 a été précoce et s'est révélée d'intensité très élevée, ayant un impact important sur le système de santé : avec une surmortalité d'environ de 17 600 décès toutes causes confondues, plus de trois millions de consultations en secteur ambulatoire, et près de 30 000 hospitalisations après passage aux urgences pour grippe ou syndrome grippal de sévérité marquée, ceci dans toutes les tranches d'âge. Le bilan publié par Santé Publique France en juillet 2025, rapporte des chiffres qui permettent de repenser de nouveau la question de la faible acceptation de la vaccination : la couverture

vaccinale est estimée à 53,7% chez les personnes de 65 ans et plus, et 25,3% chez les personnes de moins de 65 ans à risque, alors les risques sont les plus élevés parmi les personnes âgées (5, 6).

1 - Le risque de gravité de la grippe : est très sous-estimé, bien qu'il soit réel, mais variable selon les épidémies. Les trois dernières épidémies dues à des virus hautement transmissibles ont conduit à une fréquence relativement élevée de cas graves se manifestant sous la forme d'une pneumonie à progression rapide conduisant à un syndrome de détresse ou d'insuffisance respiratoire aiguë (IRA) (7), une défaillance multiviscérale, une lymphopénie, une thrombose des petits vaisseaux sanguins, des hémorragies et des lésions alvéolaires diffuses (8). Les comorbidités jouent un rôle non négligeable en augmentant les risques d'aggravation, en particulier chez les personnes âgées non vaccinées. De plus, il est important de souligner le risque cardiovasculaire comme l'une des complications majeures observées (9), comme dans d'autres infections respiratoires telles que l'infection à VRS. De telles complications peuvent survenir précocement ou longtemps après l'épisode grippal (10), associées ou non à des complications neurologiques, à la démence (11) voire à une perte d'autonomie (12). La grippe nosocomiale est fréquente dans les hôpitaux et dans les EHPAD, où elle entraîne une mortalité pouvant atteindre 60 % chez des personnes de plus de 65 ans hospitalisées en réanimation et non vaccinées.

2 - Des virus variables chaque année : L'une des caractéristiques des virus grippaux est leur grande diversité génétique, qui évolue régulièrement, y compris au sein même d'une épidémie. La récente épidémie de 2024-2025 était due à la co-circulation inhabituelle des trois virus A(H1N1)pdm09, A(H3N2) et B/Victoria, avec plusieurs sous-clades, dont la sous-clade A(H1N1)pdm09 5a.2a.1, qui a émergé. Chaque année, les souches virales en circulation sont légèrement différentes ; de fait, les vaccins doivent être adaptés et produits chaque été sur la base des informations obtenues sur les souches de virus ayant circulé dans l'hémisphère Sud. Cela impose de renouveler la vaccination systématiquement chaque année, ce d'autant que les réponses immunitaires à la vaccination, notamment la production d'anticorps spécifiques, induisent une protection modeste chez les personnes âgées. Des résultats récents sur l'analyse des titres d'anticorps après vaccination suggèrent que les vaccins actuels conservent une certaine protection contre le sous-clade K du virus H3N2, même s'ils sont plus faibles comparés à ceux observés pour d'autres souches grippales récentes, avant et après vaccination.

3 - La transmission virale : Elle se fait majoritairement par voie aérienne, lors d'expectorations de gouttelettes de Pflügge en suspension dans l'air, ainsi que par éternuements et/ou par la toux, favorisant la contamination de proches en proches, en particulier en atmosphère confinée, ce qui est fréquent en hiver dans les chambres de patients et de résidents en EHPAD. Les sujets asymptomatiques peuvent être porteurs du virus pendant quatre à sept jours ; à ce titre, le rôle des jeunes, y compris celui des enfants, comme vecteurs de virus, doit être pris en compte, ce d'autant que bon nombre d'entre eux présentent des formes asymptomatiques.

4 - Vaccins et calendrier vaccinal : En France, cinq vaccins trivalents sont disponibles, dont trois classiques (Influvac®, Vaxigrip®, Flucelvax®), un à haute dose (Efluelda®) et un adjuvanté (Fluad®), des laboratoires Sanofi, Seqirus, Vifor-France et Viatrix. Ils sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie pour les personnes ciblées ayant reçu le bon de l'Assurance maladie. Les vaccins à haute dose Efluelda® (Sanofi) et adjuvanté Fluad® (Vifor France) sont recommandés préférentiellement pour les personnes âgées de 65 ans et plus + (13, 14).

De nouveaux vaccins basés sur de nouvelles technologies telles que ceux à ARNm, ou ciblant les voies d'administration nasale ou orale sont en développement avec pour objectif d'induire un plus haut niveau de protection, y compris chez les personnes âgées plus vulnérables du fait de réponses immunitaires plus faibles que chez des personnes jeunes (15).

Du fait des variations antigéniques des virus circulants chaque année, la vaccination est recommandée chaque année à l'automne, ce qui pose plusieurs difficultés : cela nuit à la compréhension de l'efficacité des vaccins ; de plus, la lassitude liée à ces vaccinations répétées est souvent un argument mis en avant pour y renoncer.

5 – L'efficacité vaccinale : Le vaccin est le premier outil de prévention impliquant plusieurs niveaux de protection et donc d'efficacité vaccinale. Généralement, les chiffres les plus souvent rapportés concernent l'efficacité contre la transmission virale, actuellement comprise entre 40 et 65 %, variable selon les souches virales, les années et l'âge des personnes vaccinées. **Par contre, l'efficacité vaccinale concernant la prévention des formes graves, le risque d'hospitalisation et le risque de mortalité, est très importante et atteint un niveau de plus de 85% (16).**

Dans la population générale, la vaccination contre la grippe est recommandée pour les personnes à risque de formes graves de la grippe, pour les personnes de 65 ans et plus et pour les femmes enceintes. Aux recommandations actuelles s'ajoute progressivement une nouvelle indication de vaccination chez les personnes âgées pour prévenir le risque cardiovasculaire (AVC, insuffisance cardiaque, infarctus). **Ainsi, la vaccination est associée à une diminution du risque de mortalité toutes causes confondues chez les patients souffrant d'infarctus du myocarde (17), d'insuffisance cardiaque (18), ainsi qu'à une diminution du risque de pneumonie et de défaillance respiratoire (19), notamment chez les sujets diabétiques (20) ; enfin, elle est associée à une raréfaction des syndromes coronaires aigus chez les patients atteints de BPCO ou d'insuffisance rénale chronique.**

6 - Les risques de transmission par les professionnels de santé : En raison de leur exposition professionnelle, le risque d'infection grippale est plus élevé chez les soignants que dans la population générale. En Finlande, la vaccination des professionnels de santé est une obligation organisationnelle pour l'employeur ; celui-ci doit s'assurer que les patients à risque (personnes âgées, immunodéprimées, etc.) sont pris en charge par du personnel vacciné contre certaines maladies, notamment contre la grippe. Dans la majorité des pays de l'UE/EEE) Elle est recommandée et non obligatoire (Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni, et Suisse), comme en France (21). A noter que, la recommandation de rendre obligatoire la vaccination annuelle des soignants contre la grippe saisonnière a déjà été formulée dans plusieurs communiqués de l'Académie nationale de médecine (22, 23, 24).

Une étude réalisée dans des EHPAD en Île-de-France, comparant les sites selon le niveau de vaccination du personnel soignant, a montré une mortalité réduite de 20 % et une forte corrélation entre la faible couverture vaccinale du personnel et la mortalité toutes causes confondues chez les résidents ; dans le groupe vacciné, les cas de syndrome grippal chez les résidents étaient inférieurs de 31 % et les arrêts de travail du personnel de 42 % (25).

Les cas groupés de grippe sont définis par au moins trois personnes présentant une infection respiratoire aiguë compatible avec la grippe, survenant en moins d'une semaine, dans une même collectivité, sans autre cause évidente ou avec un diagnostic spécifique de grippe. Plusieurs études rapportent la déclaration de cas groupés au sein des services de soins et des EHPAD lors d'épidémies dans les années précédentes ; ce qui souligne le rôle important des contaminations par les soignants des patients hospitalisés et des résidents, lesquels vivent dans des espaces confinés en période hivernale.

De fait, les soignants sont souvent impliqués comme sources probables de contamination et comme vecteurs de virus lors des épidémies de grippe nosocomiale ; la preuve en est que le nombre de cas groupés à l'hôpital et en EHPAD est important chaque année, d'autant plus que 50 à 80 % des soignants continuent de travailler alors qu'ils sont infectés, tandis que d'autres sont en arrêt de travail, ce qui fragilise les services surchargés en période épidémique.

Plus de 2 000 cas groupés ont été identifiés dans les Établissements Médicaux Sociaux (EMS) et dans les EHPAD durant l'hiver 2024-2025. La situation a été telle qu'un plan blanc a été déclenché

dans plus de 100 hôpitaux, avec des conséquences importantes pour les patients chroniques qui ont subi des soins différés et des opérations chirurgicales reportées. Depuis le début de l'épidémie 2025-2026, plus de 3000 épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) sont survenus dans les établissements médico-sociaux (EMS) et ont été déclarés via le portail national des signalements du Ministère de la Santé et de la prévention, dont 92 % ont eu lieu dans les EHPAD (26).

7 – Les objectifs de la vaccination contre la grippe des professionnels de santé : Ils sont de réduire les risques de transmission nosocomiale et donc de morbidité et de mortalité des patients dans des sites confinés. Les objectifs sont aussi de réduire les risques de transmission aux autres personnels soignants, en diminuant le risque d'absentéisme au sein des services surchargés en période épidémique (27, 28). Si l'étude Cochrane ne montre pas d'effet, en raison de la faible qualité des études analysées (29), une étude randomisée, comprenant 20 hôpitaux gériatriques au Royaume-Uni, offrant la vaccination au personnel, a conduit à un taux de vaccination d'environ 50,9 % comparé à 4,9 % dans les établissements de contrôle, la mortalité des résidents était réduite de 22,4 % à 13,6 % (30). Un essai contrôlé chez des personnes âgées en soins de longue durée a montré une mortalité moindre, toutes causes confondues, d'environ 44 % dans les institutions où le personnel était vacciné, par rapport à celles où il ne l'était pas (31).

8 – La couverture vaccinale des professionnels de santé travaillant en EHPAD, ainsi que ceux des professionnels travaillant dans des établissements médico-sociaux (EMS), sont suivis annuellement par Santé Publique France (SPF). Les résultats concernant différents groupes de personnels soignants en EHPAD de ces dernières périodes (32) montrent que, depuis la pandémie de COVID-19, la couverture vaccinale a diminué dans toutes les catégories de professionnels de santé entre 2018/19 et 2024/25 : pour l'ensemble des professionnels, elle est passée de 37 % à 24 % ; pour les médecins, de 76 % à 56 % ; pour les infirmiers, de 43 % à 34 % ; et pour les aides-soignants, de 27 % à 19 %. Un net recul de la mise en œuvre des mesures de promotion de la vaccination antigrippale chez les professionnels de santé a été observé entre 2018/19 et 2024/25. Les équipes de direction des EHPAD ont souligné la forte réticence des soignants à se faire vacciner contre la grippe (2).

II - Analyse des causes de non-vaccination des soignants :

A priori, il n'y a pas d'argument pour que les soignants ne se fassent pas vacciner, car la prévention vaccinale n'a pas d'alternative à cette démarche de prévention et de contrôle des infections. Des résultats récents ont montré que près de 85 % des soignants sont très favorables ou favorables mais hésitants, ce qui met en évidence 15 % de personnes non favorables, dont 6 % pas du tout favorables (33). Beaucoup se sentent non concernés, faute de percevoir la grippe comme grave, et négligent de réitérer leur vaccination annuelle, alors qu'ils savent que les vaccins sont gratuits, bien tolérés et sans effet secondaire.

La question de l'hésitation vaccinale contre la grippe, ou du refus, a été abordée par de nombreuses équipes, à l'international, en Europe, aux États-Unis et au Canada, dans les années 90, toutes constatant les difficultés à faire accepter la vaccination et les nombreux échecs dans plusieurs secteurs (34). Plus récemment en France, les causes de l'hésitation vaccinale chez les soignants ont été analysées (33). L'hésitation vaccinale couvre un éventail d'attitudes et de comportements, allant du soutien inconditionnel à l'opposition radicale. Trois groupes se différencient leur attitude face à la vaccination selon : les personnels favorables expriment un peu de lassitude, les hésitants un manque de connaissances et les anti-vax (5-8%) restent opposés. La propension des soignants à se faire vacciner a un impact sur leur propension à recommander aux patients de se faire vacciner. Les principaux facteurs influençant favorablement la décision de se faire vacciner sont la responsabilité professionnelle, les bénéfices supérieurs aux risques et l'expérience d'un patient hospitalisé pour la grippe.

À l'inverse, le manque de confiance envers les institutions, envers les experts et l'industrie pharmaceutique témoigne d'un engagement plus faible en matière de vaccination. Il faut souligner le rôle important de la défiance à l'égard des autorités, ainsi que la perception de conflits d'intérêts entre les autorités sanitaires et l'industrie pharmaceutique. Enfin, la détérioration des conditions de travail, dans un contexte de crise, avec des conséquences sur la santé du personnel soignant (stress, burnout, dépression...) est soulignée en particulier par les infirmières. ; y compris dans les EHPAD du fait d'un taux élevé de remplissage, des personnels peu formés, et avec une forte rotation liée à la grande charge de travail (35).

Répondre à l'hésitation vaccinale des personnels de santé est une priorité de santé publique ; elle varie selon des gradients croissants du haut vers le bas de l'échelle hiérarchique des personnels de soins. Un déterminant traditionnel fréquemment invoqué est le défaut de connaissances et de formation. Mais un rôle important est aussi celui de la défiance à l'égard des autorités et des employeurs, nourrie par une insatisfaction quant aux conditions de travail. L'hésitation vaccinale reflète aussi un symptôme de dysfonctionnements plus généraux du système de santé, cristallisant un mécontentement quant aux conditions de travail actuelles.

Il paraît très nécessaire de prendre en compte de telles informations, pour se donner les moyens d'apporter des informations adaptées aux besoins de chaque catégorie professionnelle, de respecter l'autonomie personnelle et de favoriser la bienveillance collective. Enfin, se pose la question de savoir quoi prévoir en cas de refus. Certains pays, comme la Finlande, imposent un changement de service pour écarter ces personnels et empêcher les contacts dans des services particulièrement sensibles. D'autres préconisent en plus, l'obligation du port du masque en continu au sein de l'établissement. Il faut rappeler la recommandation des mesures d'hygiène habituelles et les gestes barrière (lavage des mains, aération des pièces, etc.) pour tous.

III – Arguments en faveur de l'obligation de vaccination antigrippale pour les personnels soignants :

Au regard des arguments concernant l'efficacité vaccinales des soignants, tant sur le risque individuel que sur les risques collectifs liés aux contacts directs, exposant des patients fragiles à des risques de morbidité et de mortalité en milieu de soins, en particulier chez les patients de plus de 65 ans hospitalisés en réanimation. Les considérations éthiques, juridiques et économiques constituent un faisceau d'arguments solides en faveur de l'obligation de vaccination antigrippale du personnel soignant.

1 - Considérations éthiques : La responsabilité médicale constitue un engagement de par le choix du métier de soignant. Compte tenu du risque de transmission virale aux patients, il est du devoir des soignants de ne pas les exposer. De plus, la vaccination des soignants devrait être un ferment pour lutter par solidarité contre l'absentéisme et la désorganisation des soins au sein des services et des équipes soignantes, en période épidémique.

Sous couvert d'arguments éthiques, la liberté individuelle d'accepter la vaccination ou de la refuser est souvent invoquée. Cependant, être contre l'obligation vaccinale pour les soignants est une position incompatible avec leur métier : c'est nier leur responsabilité médicale et leurs devoirs envers la démarche vaccinale pour l'effet de protection des patients. Certains ont évoqué l'idée de gratifier les personnes acceptant la vaccination, par exemple en leur accordant une journée de congé. Cependant, une telle gratification peut être considérée comme contreproductive, car contradictoire, en nuisant à l'idée de responsabilité professionnelle et à celle de solidarité (36).

2 - Arguments juridiques :

Dans le contexte actuel, il est nécessaire de rapporter les termes de l'exposé des motifs du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale au sein du budget de 2026, dans lequel il est estimé que :

« ...Le fardeau de la grippe saisonnière est documenté par plusieurs études, s'agissant de son impact sanitaire direct mais aussi indirectement économique, avec un absentéisme accru, une baisse de la productivité et des décès prématurés, quoique non chiffrable précisément compte tenu des incertitudes sur le niveau de couverture vaccinale et des évolutions de la situation épidémiologique. Les objectifs seront de :

- Simplifier et rendre plus efficace la politique vaccinale
- Prévoir de nouvelles obligations vaccinales, sous réserve de l'avis de la HAS concernant la grippe saisonnière.
- Rendre obligatoire la vaccination contre la grippe saisonnière pour les professionnels de santé y compris les professionnels libéraux.
- Renforcer le pilotage et le financement des centres de vaccination par les ARS ... »

Il est important de souligner que **les États ont la responsabilité d'assurer le respect du droit de leurs citoyens**, en particulier des plus vulnérables, à jouir du meilleur état de santé qu'ils sont capables d'atteindre (37). **La lutte contre les épidémies fait partie des obligations qui pèsent sur les États et rend légitime l'obligation vaccinale** imposée à certains citoyens, à la fois dans leur propre intérêt et dans l'intérêt de la population générale (37).

L'OMS comme la France et de nombreux pays en Europe, considère que les personnels de santé sont dans une situation spécifique à cet égard, laquelle justifie des règles et des pratiques particulières pour leur protection et la protection des patients dont ils sont chargés (38).

En France, la vaccination obligatoire des soignants contre certaines maladies est déjà prévue par la loi (21). Depuis 2016, la loi prévoit que cette obligation concerne non seulement les soignants que leur profession expose à des risques de contamination, mais également ceux dont l'activité expose les personnes dont ils sont chargés à des risques de contamination.

Le Comité Consultatif National d'Éthique s'est prononcé dans un avis 144 en reprenant les mêmes exigences à propos de l'obligation vaccinale des professionnels contre la Covid-19 (36)

Dans la mesure où l'obligation vaccinale porte atteinte à la liberté individuelle, les juridictions européennes (39) et françaises (40) considèrent qu'elle n'est admissible que si le vaccin est justifié par un risque épidémique et s'il remplit certaines conditions de sécurité et d'efficacité. Ce qui est le cas dans le contexte des épidémies grippales, ainsi que de la sécurité et de l'efficacité des vaccins contre la grippe (Annexes 1 et 2).

3 - Arguments économiques : Ajoutée aux risques de transmission virale, l'une des conséquences de la non-vaccination des professionnels de soins est l'absentéisme des personnels malades en pleine période épidémique, alors que leur présence est particulièrement nécessaire. **L'absentéisme induit la désorganisation des soins** au sein et des services cliniques, avec des transferts vers d'autres services, des fermetures de lits et des reports de soins chirurgicaux ; ce qui survient à un moment où les urgences sont souvent débordées. Durant l'hiver 2023-2024, un plan blanc a dû être déclenché dans plus de 100 hôpitaux en France (41, 42).

En Europe, chez des adultes travaillants présentant une grippe confirmée par un test en laboratoire, la durée médiane d'arrêt de travail était de 7 à 10 jours (43). Cela représente entre 1,5 et 2 millions de journées de travail perdues par saison grippale.

La somme des coûts directs liés à la grippe chaque année en termes de consultations médicales est de 50 à 100 millions d'euros, et de 100 à 200 millions d'Euros pour les hospitalisations liées à la grippe. Soit un total de l'ordre de 300 millions d'euros par an, les chiffres pouvant varier en fonction des conditions épidémiques et en ne tenant pas compte des coûts indirects. Au total « La grippe coûte cher » de l'ordre de 1 à 1,2 milliard d'euros par an en France, non seulement en raison des coûts liés aux soins, mais aussi des pertes de productivité (44) Pour l'Assurance maladie nationale, selon la méthode utilisée pour les mesurer, il a été estimé qu'ils sont très supérieurs, entre 1,5 et 9 fois plus élevés que les coûts directs selon les facteurs pris en compte (estimation datant de 1996, 45).

4 - En contrepartie, les coûts liés à la vaccination sont nettement moindres : Considérant le chiffre de 1 920 000 professionnels de santé qui devraient être vaccinés chaque année, l'impact financier annuel du coût des vaccins actuels est de l'ordre de 16.3 M € par an (1 920 000 x 8,50€). A cela, il faut ajouter les coûts liés à l'organisation générale des campagnes de vaccination et des campagnes annuelles d'information, les coûts des structures et des consultations en libéral, des salaires, des paiements à l'acte et ceux induits par l'organisation dans les différentes structures, incluant EHPAD, hôpitaux, EMS, maisons de santé et pharmacies. Même si la faisabilité opérationnelle paraît lourde, l'impact sur le système de santé sera important à court, moyen et long terme.

Au total, la stratégie de l'obligation vaccinale des personnels soignants, associée à la recommandation adressée à la population générale, est tout à fait économiquement justifiable. Même s'il est difficile d'en estimer pleinement l'impact, cette mesure aura un impact financier favorable à terme ; elle permettra d'éviter des consultations médicales, des hospitalisations de patients, mais aussi des arrêts de travail du personnel soignant.

IV – Cadre de l'obligation vaccinale contre la grippe à construire :

Sur la base des données actualisées et des nombreuses considérations éthiques, juridiques et économiques, constituant au total une argumentation solide, **il apparaît plus que nécessaire de proposer l'obligation vaccinale pour TOUTES les catégories de professionnels de santé**. Il faut rappeler que plusieurs obligations de vaccination existent déjà pour les personnels soignants (ex : HBV). Leur rôle est central : ils doivent convaincre les populations à risque. Un médecin vacciné sera plus convaincant qu'un médecin hésitant ou refusant pour lui-même.

1 – Tous les services cliniques sont concernés : par la mise en œuvre de cette vaccination ; en particulier les services prenant en charge des patients vulnérables à risque de formes grippales graves et à risque vital. Cela implique aussi de ne pas autoriser une personne non vaccinée à pénétrer dans ces services, comme c'est le cas en Finlande.

Cela concerne principalement les EHPAD, les services/hôpitaux de gériatrie, mais aussi les services d'Immunodéprimés, enfants et adultes (greffes d'organes, oncologie), les urgences et les services de soins intensifs. Les services de pédiatrie, les maternités et les crèches doivent aussi être ciblés, du fait du risque d'infections chez les enfants, susceptibles d'être à l'origine de chaînes de transmission.

2 - Quels personnels soignants ? Toutes les catégories de professionnels de santé sont concernées et doivent être incitées à se faire vacciner dès l'entrée dans le système de soins :

- Les médecins, infirmières, infirmiers, aides-soignantes, aides-soignants, internes en médecine et en pharmacie, externes, ciblant notamment les services cliniques à haut risque auxquels une personne non vaccinée ne devrait pas avoir accès.
- Les professionnels de santé œuvrant en ambulatoire, susceptibles d'entrer en contact avec les résidents d'EHPAD et les personnes âgées à domicile, ainsi que les autres professionnels paramédicaux et les autres professionnels : personnel social, d'animation, éducatif, hôtelier, administratif et personnel des services généraux dans les hôpitaux publics et privés.
- Les pharmaciens, kinésithérapeutes, sage-femmes, secrétaires des services cliniques, techniciens de laboratoire et dentistes très exposés aux aérosols.
- Les étudiants en médecine, en école d'infirmières, en BTS de techniciens de laboratoire, à l'entrée dans les écoles de formation aux soins,
- Les auxiliaires de vie en charge des patients maintenus à domicile, ainsi que les personnes qui apportent régulièrement des repas ou font le ménage. Toutes ces personnes en contact fréquent et rapproché avec des personnes âgées et/ou fragiles, sont aussi en contact avec l'extérieur et sont

notamment exposées, en période d'épidémie, aux risques d'infections intrafamiliales ou professionnelles. Il faut inclure divers types de soignants communautaires, notamment au sein des associations intervenant dans le domaine de la santé.

3 - Informations et communications : « L'information doit convaincre »

Le niveau de connaissances des personnels soignants est très variable. Il nécessite à la fois des mises à jour pour certains et de véritables formations pour d'autres. Elles doivent être anticipées et adaptées chaque année, à chaque public, et aborder les questions relatives aux virus grippaux, aux risques graves de grippe, à l'efficacité vaccinale sur le risque de mortalité et à l'absence d'effets secondaires liés à la vaccination (46).

L'organisation de campagnes pédagogiques doit se faire chaque automne, aux niveaux national, régional et des établissements, par exemple : réunions d'information dans les services, les réfectoires et les lieux de convivialité, tout en associant un « référent vaccin » par service ou sur le site, ainsi que la médecine du travail.

Les questions de formation et de communication sont devenues des points particulièrement sensibles car souvent opposés à de la désinformation, voire à des « fakes news ». À cet égard, un rapport récent (47) aborde l'ensemble des difficultés actuelles, tout en recommandant l'instauration d'une cellule de veille pour la détection de fausses informations sur internet, y compris via les réseaux sociaux, et pour lutter systématiquement en rétablissant les vraies informations.

Les nuisances de la désinformation en santé s'imposent aujourd'hui comme un enjeu majeur de santé publique à prendre en compte : l'environnement informationnel en santé est profondément transformé par les réseaux sociaux et l'intelligence artificielle, ceci dans un contexte qualifié d'infodémie par l'OMS ; lutter contre les fausses nouvelles est indispensable pour ne pas laisser s'installer un silence pouvant paraître approbateur.

Dans le contexte actuel de crainte des vaccins (surtout en lien avec les nouveaux vaccins à ARNm,) il faut sans doute repenser les termes de communication, quitte à développer des campagnes fortes, voire disruptives telles que « La grippe tue », même s'il sera toujours difficile de convaincre les 5 à 8 % de personnes antivax. Par contre, s'adressant aux hésitants modérés (35 %), les arguments à développer sont nombreux, et des exemples comme ceux des hôpitaux suisses peuvent être percutants, avec une étiquette ou un badge sur la blouse « Je suis vacciné » ou « Je suis vacciné, et vous ? Nous pouvons en parler ».

V- Recommandations de l'Académie nationale de médecine :

Ayant pleinement conscience des oppositions récurrentes à l'obligation vaccinale contre la grippe de certains professionnels du soin et, face aux difficultés rencontrées ces dernières années, l'Académie nationale de médecine recommande de :

1 – Instaurer l'obligation vaccinale contre la grippe pour l'ensemble des personnels soignants, y compris ceux en contact avec des patients vulnérables à risque d'infection grippale,

2 – Etendre la gratuité pour tous les soignants, y compris en libéral : les vaccinations réalisées par les établissements et organismes habilités dans des conditions définies par décret sont gratuites. Par principe d'équité et d'efficacité, la vaccination devrait être accessible et gratuite pour l'ensemble des catégories de personnels soignants, y compris pour les personnes en contact avec des personnes âgées et/ou fragiles à domicile ou dans les EHPAD,

3 – Organiser un accès simple et universel à la vaccination des soignants sous la responsabilité de l'employeur, chaque automne, au niveau de chaque service et au niveau de tout le site ; accès soutenu par l'affectation d'un personnel référent dédié pour effectuer toutes les vaccinations du service et/ou de l'établissement. Un fichier de suivi devra être géré par l'employeur, pour chaque personnel

soignant via la médecine du travail, sous la responsabilité des ARS, mobilisant la médecine du travail et/ou les ordres professionnels, avec création de bases de données informatisées et sécurisées,

4 - Mettre en place une communication vaccinale multicanale et coordonnée (grand public et soignants), portée par les établissements et les ordres professionnels et renforcée par une veille active contre les fausses nouvelles circulant sur les réseaux sociaux,

5 – Instaurer un pilotage par un suivi régulier, avec des relances ciblées et prenant en compte les taux de couverture vaccinale comme indicateurs de qualité pour chaque service et pour chaque site.

VI – Conclusions :

Pour la troisième fois, l'Académie nationale de médecine se prononce définitivement en faveur de l'obligation vaccinale du personnel soignant contre la grippe : les résistances et les hésitations justifient le développement de nouvelles méthodes de communication et de produire des informations adaptées à chaque catégorie de personnel œuvrant dans différents sites.

Les patients ne doivent plus être exposés à des gripes nosocomiales. L'obligation vaccinale contre la grippe des soignants constitue un véritable levier pour réduire le risque de mortalité lié aux infections grippales.

Après avoir souligné la gravité et l'acuité du problème, il est important de rassurer les soignants et la population générale sur le contrôle possible de la grippe par la surveillance épidémiologique des virus dans le monde et par la mise à jour des vaccins, effectuée chaque année, lesquels apportent une véritable protection collective. L'amélioration de la couverture vaccinale ne se fera pas facilement du jour au lendemain ; l'analyse régulière des données et des indicateurs de qualité aidera à relancer et à renforcer les programmes de vaccination.

Dans un contexte de contraintes budgétaires, il est temps de prendre en compte les bénéfices d'une politique de prévention coût-efficace, par la réduction des dépenses liées à la prise en charge des soins liés aux infections grippales.

RÉFÉRENCES

1. CPias Île-de-France. Synthèse régionale : vaccination en établissements médico-sociaux (ESMS), saison 2024–2025. Paris : CPias Île-de-France ; 2025
2. Hanguahard R, Fonteneau L, Bonnet N, Levy-Bruhl D, Parent-du-Chatelet I, Vaux S. Decreases in influenza vaccination coverage among nursing home healthcare workers and in measures to promote influenza vaccination, France, 2007/08 to 2024/25. *Eurosurveillance*. 2026; 31(12):pii=2500628. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2026.31.12.2500628>.
3. Conseil national de l'Ordre des médecins. Rapport sur l'obligation vaccinale. Décembre 2025. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr>
4. France. Gouvernement. *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (PLFSS 2026). Article 20*. Paris : Gouvernement français ; 2025. Disponible sur [URL]
5. Santé publique France. Infections respiratoires aiguës (grippe, bronchiolite, COVID-19). Bulletin du 24 décembre 2025. Saint-Maurice: SPF; 2025. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr>
6. Santé publique France. Couverture vaccinale en France – édition 2025. Saint-Maurice: Santé publique France; 2025. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr>
7. Gachot B, Vachon F. La grippe maligne vue à la lumière du passé [Severe "malignant" influenza in the light of past history]. *Med Mal Infect*. 2010 Feb;40(2):55-9. French. doi: 10.1016/j.medmal.2009.12.001. Epub 2010 Jan 18. PMID: 20080371.
8. Uyeki TM, Bernstein HH, Bradley JS, Englund JA, File TM, Fry AM, et al. Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America: 2018 Update on Diagnosis, Treatment, Chemoprophylaxis, and Institutional Outbreak Management of Seasonal Influenza. *Clin Infect Dis*. 2019 Mar 5;68(6):e1–e47. doi:10.1093/cid/ciy866
9. Kwong JC, Schwartz KL, Campitelli MA, Chung H, Crowcroft NS, Karnauchow T, et al. Acute myocardial infarction after laboratory-confirmed influenza infection. *N Engl J Med*. 2018;378(4):345–353. doi:10.1056/NEJMoa1702090
10. Warren-Gash C, Hayward AC, Hemingway H, et al. Influenza and the risk of acute myocardial infarction and stroke. *Eur Respir J*. 2012;39(5):1140–1146. doi:10.1183/09031936.00185711
11. Bukhbinder AS, Ling Y, Hasan O, Jiang X, Kim Y, Phelps KN, et al. Risk of Alzheimer's disease following influenza vaccination: a claims-based cohort study using propensity score matching. *J Alzheimers Dis*. 2022;88(3):1061–1074. doi:10.3233/JAD-220361
12. Gozalo PL, Pop-Vicas A, Feng Z, Gravenstein S, Mor V. Effect of influenza on functional decline. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Jul;60(7):1260-7. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04048. Epub 2012 Jun 21. PMID: 22724499; PMCID: PMC3526071.
13. Haute Autorité de Santé. Stratégie de vaccination et recommandations vaccinales 2023. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. Available from: <https://www.has-sante.fr>
14. Haute Autorité de Santé. Grippe saisonnière : la HAS précise la place des vaccins Efluelda et Fluad dans la stratégie vaccinale. Communiqué de presse. 9 mai 2025. Available from: <https://www.has-sante.fr>

15. Buisson Y, Bégué P, Michel JP, et al. Vaccination des seniors. *Bull Acad Natl Med.* 2024;208:131–141.
Available from: <https://www.academie-medecine.fr/vaccination-des-seniors/>
16. Bonmarin I, Belchior E, Lévy-Bruhl D. Impact de la vaccination contre la grippe saisonnière sur la mortalité des personnes âgées en France, de novembre 2000 à avril 2009. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH).* 2015;(32-33):612-616.
Disponible sur : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/32-33/2015_32-33_4.html
17. Fröbert O, Götzberg M, Erlinge D, Akhtar Z, Christiansen EH, MacIntyre CR, et al. Influenza vaccination after myocardial infarction: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *N Engl J Med.* 2021;385(14):1240–1250.
doi:10.1056/NEJMoa2101549
18. Modin D, Jørgensen ME, Gislason G, Jensen JS, Køber L, Claggett B, et al. Influenza vaccination and mortality in patients with heart failure: a nationwide cohort study. *Circulation.* 2019;139(5):575–586. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.118.036788
19. Kopsaftis Z, Wood-Baker R, Poole P. Influenza vaccine for chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Jun 26;6(6):CD002733. doi:10.1002/14651858.CD002733.pub3. PMID: 29943802; PMCID: PMC6513384.
20. Renschmidt C, Wichmann O, Harder T. Vaccines for the prevention of seasonal influenza in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine.* 2015; 13:53. doi:10.1186/s12916-015-0295-6
21. France, Code de la santé publique, art. L. 3114-1. Disponible sur Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr>
22. Académie nationale de médecine. Face à la Covid-19, vaccinons contre la grippe ! Communiqué. 13 mai 2020. Available from: <https://www.academie-medecine.fr>
23. Académie nationale de médecine. Vacciner tous les soignants contre la grippe : une évidente obligation. Communiqué. 19 sept 2020. <https://www.academie-medecine.fr>
24. Académie nationale de médecine. Vaccinations obligatoires des soignants : l'honneur d'une profession. Communiqué. 31 mars 2023. Available from: <https://www.academie-medecine.fr>
25. Lemaître M, et al. Effect of influenza vaccination of nursing home staff on mortality of residents: a cluster-randomized trial. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(9):1580–1586. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02402.x
26. France. Ministère de la Santé et de la Prévention. Portail de signalement des événements sanitaires indésirables. <https://signalement.social-sante.gouv.fr/> (consulté le 5 avril 2026).
27. Vaux S, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D. Couvertures vaccinales des professionnels de santé contre la grippe. *Bulletin de santé publique vaccination.* Octobre 2019. Saint-Maurice: Santé publique France. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr>
28. Vaux S, Fonteneau L, Pefau M, et al. Vaccination coverage in healthcare workers in France: national study, 2019. *Vaccine.* 2023;41(3):812–820. doi:10.1016/j.vaccine.2022.11.061
29. Thomas RE, Jefferson T, Lasserson TJ. Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged ≥ 60 years in long-term care institutions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(6):CD005187. doi:10.1002/14651858.CD005187.pub5

30. Carman WF, Elder AG, Wallace LA, et al. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2000;355(9198):93–97. doi:10.1016/S0140-6736(99)05190-
31. Hayward AC, Harling R, Wetten S, et al. Effectiveness of an influenza vaccine programme for care home staff to prevent death, morbidity, and health service use among residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2006;333:1241. doi:10.1136/bmj.39010.581354.55
32. Santé publique France. Vaccination contre la Covid-19 chez les professionnels de santé : couverture et évolution. Saint-Maurice: Santé publique France; 2022. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr>
33. Verger P, et al. Vaccine hesitancy among healthcare workers in Western countries: a narrative review. *Expert Rev Vaccines*. 2022;21(7):909–927. doi:10.1080/14760584.2022.2056026
34. Bégué P. *Le refus des vaccinations. Aspects actuels en 2012 et solutions en santé publique*. Bulletin de l'Académie nationale de médecine. 2012 ; 196(3) : 603-618. DOI : 10.1016/S0001-4079(19)31796-0
35. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Repères statistiques n°24 : Absentéisme, vacance et rotation dans les établissements et services médico-sociaux. Saint-Maurice : CNSA ; 2025.
36. Comité consultatif national d'éthique (CCNE), Avis n° 144 : La vaccination des professionnels exerçant dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux : sécurité des patients, responsabilité des professionnels et contexte social, 6 juillet 2023.: https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2023-07/Avis%20144_0.pdf
37. Préambule de la Constitution Française du 27 octobre 1946. Journal officiel de la République française (JORF), 28 octobre 1946.
38. Organisation mondiale de la santé, Recommandation et guide de mise en œuvre pour la vaccination des personnels de santé, Genève, OMS, 2022. Disponible en ligne : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240052154>
39. Cour européenne des droits de l'homme (GC), *Vavříčka* et autres c. République tchèque, 8 avril 2021, req. n° 47621/13 et autres. Disponible en ligne : https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/Press_Q_A_Vavricka_Others_FRA
40. Conseil d'État, 6 mai 2019, n° 419242. Disponible sur le site du Conseil d'État : <https://www.conseil-etat.fr/arianeweb/#/view-document/?storage=true>
41. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Activité hospitalière en 2023: 19 millions de séjours en court séjour. Paris: DREES; 2025. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>
42. Santé publique France. Fardeau hospitalier et économique de la grippe saisonnière en France. Saint-Maurice: SPF; 2025. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr>
43. Fischman D, Postma M, Levin MJ, Mould-Quevedo J. Absenteeism and productivity loss due to influenza or influenza-like illness in adults in Europe and North America. *Diseases*. 2024;12(12):331. doi:10.3390/diseases12120331
44. Santé publique France. Fardeau hospitalier et économique de la grippe saisonnière en France. Saint-Maurice : SPF; 2025. Available from : <https://www.santepubliquefrance.fr>

45. Lévy E. French economic evaluations of influenza and influenza vaccination. *Pharmacoeconomics*. 1996;9 Suppl 3:62–66.doi:10.2165/00019053-199600093-00014
46. Lorenc T, Marshall D, Wright K, Sutcliffe K, Sowden A. Seasonal influenza vaccination of healthcare workers: systematic review of qualitative evidence. *BMC Health Services Research*. 2017;17:732. doi:10.1186/s12913-017-2703-4
47. Molimard M, Costagliola D, Maisonneuve H. Information en santé : recommandations pour une stratégie nationale. Rapport au Ministre. 12 janvier 2026.

ABREVIATIONS :

ARS : Agences régionales de santé

ANRS-MIE : Agence nationale de recherches sur le sida et les maladies infectieuses émergentes

CCNE : Comité Consultatif National d'Éthique

CE : Conseil d'Etat

Covid-19 : CoronaVirus Disease - 2019

EHPAD : Etablissements d'hébergements de personnes âgées dépendantes

EMS : Etablissements médicaux sociaux

HAS : Haute Autorité de Santé

HBV : Hépatite B Virus

OMS : Organisation mondiale de la santé

SPF : Santé Publique France

VRS : Virus respiratoire syncytial

ANNEXES :

Annexe 1

Article 20 : PLFSS 2026 : Prévoir de nouvelles obligations vaccinales, sous réserve de l'avis de la HAS pour la grippe saisonnière Cette mesure a un impact financier favorable à terme puisqu'elle. Il n'est toutefois pas possible à ce jour, sur la base des données disponibles analysées par la HAS, d'estimer de façon pertinente les coûts évités à long terme par la mise en œuvre de ces obligations compte tenu des incertitudes à la fois sur la couverture vaccinale, l'évolution de l'épidémiologie de ces maladies et les coûts directs et indirects associés à leur prise en charge. A court terme, elle implique des dépenses d'assurance maladie pour couvrir la prise en charge de droit commun des vaccinations supplémentaires occasionnées par les obligations vaccinales.

Annexe 2

Article L.3114-1 du code de la santé publique : « Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant ou exposant les personnes dont elle est chargée à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe... II. - Sous réserve d'une recommandation préalable de la Haute Autorité de santé, les professionnels de santé exerçant, à titre libéral, en dehors des établissements ou des organismes mentionnés au I ainsi que les personnes employées dans le même lieu d'exercice les exposant ou exposant les personnes dont ils ont la charge à des risques de contamination doivent être vaccinés contre la grippe. Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Haute Autorité de santé, détermine les professions concernées et leurs lieux d'exercice en fonction des risques de contamination auxquelles elles sont exposées ou qu'elles sont susceptibles d'induire pour les personnes dont elles ont la charge... » contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe... II. - Sous réserve d'une recommandation préalable de la Haute Autorité de santé, les professionnels de santé exerçant, à titre libéral, en dehors des établissements ou des organismes mentionnés ».

Pour copie certifiée conforme



Professeur Christian BOITARD
Secrétaire perpétuel