

Sommaire

- 2 |** Vaccinations du personnel soignant. Le point de vue du médecin du travail.
- 8 |** Maladies infectieuses et risques pour le personnel soignant : focus sur la grippe et la rougeole.
- 11 |** Organisation de la surveillance de grippe en Belgique
- 12 |** Campagne de vaccination contre la grippe à l'UZA en 2017.
- 13 |** Campagne de vaccination contre la grippe à l'AZ St-Maarten.
- 15 |** Surveillance des bactéries résistantes aux antibiotiques dans les hôpitaux belges. Rapport annuel 2015
- 17 |** Indicateurs de qualité en Hygiène Hospitalière dans les hôpitaux aigus. Rapport annuel 2017-Données 2016
- 19 |** La voix du patient Une analyse sur l'expérience des patients vis-à-vis de la 7ème campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains.
- 21 |** On a lu pour vous
- 26 |** Infos
Nouveautés
- 27 |** Sites web
- 28 |** Agenda scientifique
- 29 |** Comité de rédaction & Partenaires

Avec le soutien de:
SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Eurostation Bloc II – 1er étage (1D01D)
Place Victor Horta, 40/10
1060 Bruxelles

Éditorial



A peine sortis de l'épidémie de grippe saisonnière, nous devons anticiper la suivante...

Des chiffres de Sciensano pour illustrer notre propos : 685 000 personnes affectées d'un syndrome grippal et 445 000 cas de grippe depuis début octobre 2017.

Sur la base de la surveillance réalisée par son réseau de médecins vigies – 130 généralistes répartis sur l'ensemble du territoire – Sciensano estime à 685 000 le nombre de personnes ayant consulté un généraliste pour un syndrome grippal entre le 2 octobre 2017 et le 15 avril 2018 :

- 60 000 enfants de moins de 4 ans
- 102 000 enfants de 5 à 14 ans
- 471 000 adultes de 15 à 64 ans
- 52 000 personnes âgées de plus de 65 ans

Parmi ces 685 000 personnes, Sciensano estime – sur la base des analyses virologiques réalisées – que 445 000 environ auraient contracté le virus de la grippe.

La saison 2017-2018 a été caractérisée par la co-circulation des virus B de la lignée Yamagata et les virus A(H1N1)pdm09, avec une prédominance des virus B/Yamagata. Les souches en circulation étaient proches des souches incluses dans les vaccins disponibles. La souche vaccinale B/Yamagata n'était cependant incluse que dans le vaccin quadrivalent.

Le fameux vaccin anti-grippe !

Sujet à la mode dans les hôpitaux accrédités ou en voie de l'être, la vaccination antigrippale suscite toujours beaucoup d'intérêt et de controverses mais il est parfois compliqué de faire la différence entre info ou intox.

J'ai eu l'occasion d'être promoteur d'un mémoire de Master en Santé Publique passionnant où l'étudiant, Pierre Fourmanoir a essayé dans son institution, de déterminer les facteurs influençant l'adhésion à la vaccination antigrippale.

Il commence son mémoire de cette façon : « Cette année 2018 rappelle un bien triste anniversaire. En effet, il y a 100 ans, la pandémie de grippe espagnole se répandait à travers le monde. Les propagations mortelles de ce virus A H1N1 ont entraîné près de 20 millions de décès, selon les estimations les moins pessimistes, soit deux fois plus que la Première Guerre Mondiale à la même époque. Depuis cette catastrophe, la volonté de lutter contre ce fléau est planétaire, mais à ce jour, nous ne sommes pas encore parvenus à trouver d'autre(s) moyen(s) efficace(s) de lutter contre le virus influenza que le vaccin.

Et alors que, et je cite l'Organisation Mondiale de la Santé (2010) pour s'en convaincre, « à l'exception de l'eau potable, il n'y a rien d'autre, même pas les antibiotiques, qui ait eu un effet si important sur la réduction de la mortalité... » la vaccination contre la grippe saisonnière peine à convaincre les professionnels de la santé du centre hospitalier dans lequel je travaille ».

Et malheureusement, il n'est pas le seul à faire cette constatation.

En dehors des aspects juridiques développés par maître LOCOGE dans un numéro précédent quant au risque que l'hôpital puisse encourir une responsabilité juridique en cas de maladie grippale d'un patient contaminé par un membre du personnel non vacciné, persiste les aspects éthiques et civiques.

Il ne faut pas oublier que la grippe est responsable de décès principalement chez les personnes à risque (très jeunes enfants, personnes âgées ou personnes ayant une ou plusieurs maladies chroniques), soit la population de patients que nous font confiance ne venant se faire soigner dans nos hôpitaux.

Anne Simon
noso info

Editeur Responsable :

A. Simon : UCL
Hygiène Hospitalière
Av. Mounier - Tour Franklin - 2 sud
B - 1200 Bruxelles



Vaccinations du personnel soignant. Le point de vue du médecin du travail.

Surleraux, Cécile, Conseiller en prévention – Médecin du travail.
Service externe de prévention SPMT-ARISTA.



Introduction

Les quelques épidémies recensées ces dernières années en Belgique (oreillons en 2013, rougeole en 2011 et 2017), ont montré qu'une proportion de la population des jeunes adultes belges n'était pas suffisamment protégée contre ces deux affections. Elles ont également mis en évidence l'importance de la vaccination du personnel soignant appelé à intervenir en première ligne. Si le cadre des vaccinations obligatoires est bien posé et suivi par le Conseiller en prévention-Médecin du travail, celui des vaccinations recommandées reste moins structuré. Après un bref rappel des obligations légales, cet article a pour objet de donner des recommandations de bonnes pratiques en matière de politique vaccinale dans ce secteur.

I. Vaccinations en milieu de travail. Que prévoit la législation du travail ?

La vaccination en milieu de soins doit s'inscrire dans une démarche globale de prévention des risques infectieux, élaborée par l'employeur, en collaboration avec le Conseiller en prévention-Médecin du travail, l'hygiène hospitalière et tout autre intervenant utile.

D'un point de vue légal, la démarche s'inscrit dans le cadre de l'Arrêté Royal du 4 août 1996 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques [1] et notamment via les articles suivants :

Art VII 1-5 à 1-8 : « l'employeur réalise l'évaluation des risques en collaboration avec le Conseiller en prévention-Médecin du travail, détermine les mesures préventives, assure l'information des travailleurs exposés et leur surveillance de santé ; cette évaluation doit être renouvelée régulièrement et en tout cas lors de tout changement des conditions de travail ou s'il s'avère qu'un travailleur est atteint d'une infection ou d'une maladie qui résulterait d'une telle exposition. Les éléments ayant contribué à l'évaluation, les résultats de l'évaluation et les mesures

générales à prendre sont consignés dans un document écrit qui est soumis à l'avis du CPPT. »

Art VII 1-51 à 1-58 : si l'analyse des risques révèle que les travailleurs sont ou peuvent être exposés à des agents biologiques, l'employeur **doit offrir la possibilité** aux travailleurs qui ne sont pas suffisamment immunisés de se faire vacciner s'il s'agit d'un agent biologique pour lequel un vaccin efficace est disponible et il **doit les faire vacciner** s'il s'agit d'un vaccin obligatoire (hépatite B, tétanos, test tuberculitique). Les vaccinations sont effectuées par le Conseiller en Prévention-Médecin du travail ou si le travailleur le souhaite par un médecin de son choix.

Par ailleurs, le Conseiller en prévention-Médecin du travail a également pour mission de prendre les mesures nécessaires vis-à-vis d'un travailleur atteint d'une maladie contagieuse grave, afin de préserver la santé de ses collègues.

II. Objectifs de la vaccination du personnel de santé

La vaccination du personnel de soin présente un double objectif :

- Prémunir les travailleurs d'un risque de contamination en leur assurant par cet acte de prévention primaire, une protection individuelle ; c'est le rôle de prévention requis par la législation du travail ; cette vaccination préventive permet également de prémunir la travailleuse en âge de procréer contre des affections qui peuvent être graves pour la femme enceinte et l'enfant à naître et rejoint donc la protection de la maternité.
- Eviter de transmettre aux patients fragilisés hospitalisés une maladie potentiellement sévère chez eux ; il s'agit, dès lors, d'une action de protection collective qui relève plus de l'hygiène hospitalière.

Ces deux objectifs sont, bien sûr, liés et complémentaires.

III. Les vaccinations et le test tuberculique de dépistage obligatoires en milieu de soins

Les vaccinations rendues obligatoires par l'AR du 4 août 1996 [1 : Art 1-64 et 1-74] sont les suivantes :

- La vaccination contre l'hépatite B ;
- La vaccination contre le tétanos ;
- Le dépistage de la tuberculose par test tuberculique.

HEPATITE B

La vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour tous les travailleurs (sauf administratifs) des services où sont effectués des examens ou des soins médicaux, pour les travailleurs des laboratoires où sont manipulés des produits biologiques humains ainsi que pour le personnel des cabinets dentaires. Outre la vaccination, un contrôle de l'immunisation est requis deux mois après la primo-vaccination de base. Le taux d'AcHBs doit être supérieur ou égal à 10 mUI/ml. Si ce taux protecteur n'est pas atteint, une double dose supplémentaire de vaccin est administrée. En cas de non réponse à ce double rappel, la personne sera signalée comme non répondeuse.

TETANOS

En milieu de soins, cette vaccination est obligatoire que pour le personnel des services d'autopsie.

DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE

Des dispositions spécifiques à la tuberculose sont reprises dans les articles 61 et 62 de l'Arrêté Royal du 4 août 1996 évoqué ci-dessus. Il y est notamment stipulé que « sauf en cas de contre-indication, les travailleurs des milieux à risque ne peuvent être admis ou maintenus aux travaux cités qu'à la condition de se soumettre à un test tuberculique et, si ce dernier a donné un résultat négatif, à la répétition de ce test sur base annuelle. » Dans ces mêmes entreprises, sur proposition du conseiller en prévention-médecin du travail, motivée par une situation épidémiologique particulière et après avis du Comité, les travailleurs ne peuvent être maintenus au travail que s'ils ont subi un test tuberculique ayant donné un résultat positif ou s'ils possèdent un certificat médical attestant que, depuis trois ans, ils ont été vaccinés contre la tuberculose ou ont reçu le BCG.

Les secteurs à risque sont les services ou unités de soins aux bacillaires dans les hôpitaux et les laboratoires de biologie clinique dans lesquels des produits biologiques infectés par le bacille de la tuberculose sont manipulés.

Dans la pratique, la vaccination par le BCG, considérée comme insuffisamment efficace et non dépourvue d'effets secondaires, n'est plus appliquée dans notre pays. La surveillance par test tuberculique et le suivi des virages constituent la stratégie préventive appliquée par tous les médecins du travail ayant en charge la surveillance du secteur hospitalier.

Utilisez vous l'avis du CSS n° 8579 : Recommandations relatives à la prévention de la tuberculose dans les institutions de soins OUI

IV. Vaccinations recommandées en milieu de soins

ROUGEOLE

A. Situation épidémiologique

La rougeole est une des affections les plus contagieuses parmi

les affections évitables par la vaccination et la transmission a souvent lieu avant l'éruption, entravant l'efficacité potentielle des mesures d'isolement. Cette affection continue à être considérée comme endémique en Belgique [2]. Depuis l'épidémie de 2011 qui a touché plus de 650 personnes, la Belgique connaît une recrudescence de cette affection. En 2017, une seconde épidémie de 300 cas environ a touché essentiellement la Wallonie et 37 travailleurs du secteur de la santé ont été atteints.

En juin et juillet 2017, la prison de Gand a également été atteinte: 19 prisonniers et 5 travailleurs ont contracté la maladie.

Si la majorité des cas de rougeole sont suivis au domicile, la gravité de la maladie associée à une moindre connaissance du corps médical vis-à-vis de cette affection en amène un certain nombre en milieu hospitalier. Les travailleurs de santé non vaccinés et non immunisés contre cette affection ont un risque de la contracter et de la transmettre à des patients. Selon une revue de la littérature [3], le risque de contracter une rougeole est multiplié par 2 à 19 pour les professionnels de santé, en comparaison avec la population générale.

Les études de séroprévalence publiées entre 1994 et 2013 montrent que 3 à 14 % des travailleurs de santé sont séronégatifs pour la rougeole [3].

B. Immunité naturelle et post-vaccinale

L'immunité naturelle est permanente. L'efficacité vaccinale du vaccin trivalent RRO est de 95% pour une dose et de 98% pour la rougeole (chiffre moins élevé pour les oreillons) pour deux doses. La protection conférée par le vaccin serait acquise à vie [4].

C. Recommandation vaccinale en milieu de soins

Le personnel de soins devrait donc être correctement protégé contre cette affection, tout particulièrement dans les services d'urgences, de soins intensifs, de pédiatrie, d'obstétrique, de dermatologie, d'infectiologie, de médecine interne générale, de soins aux immunodéprimés. L'attitude pratique à recommander est reprise dans l'encadré 1.

D. Attitude pratique en cas de contact d'une personne non immunisée avec un patient atteint

Eviction de soins aux patients atteints.

Vaccination dans les 72 heures après le contact.

E. Ecartement du milieu de travail

Le travailleur atteint doit être écarté du travail jusqu'à guérison complète.

OREILLONS

A. Situation épidémiologique

De petites épidémies peuvent survenir chez les jeunes adultes non ou incomplètement vaccinés. C'est ainsi qu'en 2012, on a recensé 2648 cas en Belgique [5]. Cette épidémie a touché principalement une population de jeunes adultes des écoles supérieures dans tout le pays. Entre janvier et juin 2013, la déclaration étant devenue obligatoire, plus de 2000 cas ont été déclarés en Flandre et plus de 1000 cas en Wallonie et à Bruxelles [5].

La résurgence des oreillons est probablement causée par des facteurs tels que la couverture vaccinale insuffisante, la protection incomplète après la vaccination (circulation de sérotypes non repris dans le vaccin), la baisse de l'immunité au cours du temps et l'intensité des échanges sociaux au sein de certaines populations. Néanmoins, les personnes correctement vaccinées à deux doses courent un risque moindre de complications. Une transmission du virus au personnel de santé a été signalée de façon épisodique [6].

B. Recommandation vaccinale en milieu de soins

La vaccination est particulièrement recommandée au personnel soignant non immunisé des services d'urgences, de pédiatrie,

de maladies infectieuses.

C. Attitude pratique en cas de contact d'une personne non immunisée avec un patient atteint

Éviction des soins à la personne atteinte. Une vaccination de rattrapage peut être administrée aux personnes qui n'ont pas antérieurement reçu les deux doses de vaccination RRO. Cependant, contrairement à la rougeole, cette vaccination n'enraye pas la maladie.

D. Ecartement du milieu de travail

Le travailleur atteint doit être écarté du travail pendant une période de 9 jours à dater du début des symptômes.

RUBEOLE

A. Situation épidémiologique

Depuis 2012, on constate une réémergence des cas de rubéole dans des populations insuffisamment vaccinées. C'est ainsi qu'on a recensé dans l'union européenne, 27276 cas de rubéole au premier trimestre 2013 pour 8920 cas en 2012 [7]. La majorité de ces cas ont été recensés en Pologne et en Roumanie. En Belgique, il n'y a pas de données épidémiologiques récentes, la maladie n'étant pas soumise à déclaration obligatoire de manière uniforme dans tout le pays. Un seul cas importé de rubéole congénitale a été déclaré en 2012. Dans notre pays, la couverture vaccinale pour la première dose de vaccin était de 95 % en 2012. Pour la deuxième dose, cette couverture est moindre, entre 70,5 et 92,5% selon les études réalisées entre 2006 et 2012 [8].

B. Immunité naturelle et post-vaccinale

L'immunité acquise naturellement est définitive. L'immunité vaccinale est acquise 2 à 4 semaines après la vaccination avec un taux de séroconversion proche de 100% et pour une période de 10 à 20 ans.

C. Recommandation vaccinale en milieu de soins

La vaccination est indispensable pour toutes les femmes en âge de procréer. Tout le personnel des services d'urgences, de pédiatrie et d'obstétrique doit, bien sûr, être en ordre pour cette vaccination.

D. Attitude pratique en cas de contact d'une personne non immunisée avec un patient atteint

Identification du statut immunitaire des femmes enceintes ou susceptibles de l'être parmi les sujets exposés. Pour les femmes non immunisées ou en attente de résultat de la sérologie, proscrire tout contact avec le sujet atteint.

E. Ecartement du milieu de travail

Le travailleur atteint doit être écarté jusqu'à guérison clinique

ROUGEOLE, RUBÉOLE, OREILLONS (RRO) EN PRATIQUE

En pratique

Tous les professionnels de santé devraient donc idéalement être immunisés contre ces 3 affections et plus particulièrement dans les services d'urgences, de soins intensifs, de pédiatrie, d'obstétrique, de dermatologie, d'infectiologie, de médecine interne générale et de de soins aux immunodéprimés. Les adultes pouvant apporter la **preuve écrite** de la réalisation de deux doses (dans l'enfance, vers 12 mois et 10-13 ans ou à l'âge adulte, à un intervalle d'un mois) peuvent être considérés comme protégés ainsi que les personnes nées avant 1970.

La vaccination devrait être complétée ou réalisée pour les travailleurs nés après 1970, non vaccinés ou incomplètement vaccinés. Il convient de s'assurer de l'absence de toute grossesse débutante au moment de la vaccination et d'informer de la nécessité d'éviter toute grossesse dans le mois qui la suit.

Si le travailleur non immunisé (ou considéré comme tel en l'absence de documents écrits) refuse la vaccination, il faut le préciser dans le dossier médical afin d'assurer les mesures préventives nécessaires en cas de situation à risque (éviction, vaccination). Le cas échéant, une sérologie peut être prescrite pour confirmer ou infirmer cette non-immunité.

NB : un test à la tuberculine ne pourra être réalisé jusque 1 mois après la vaccination RRO, car il pourrait être faussement négatif.

COQUELUCHE

A. Situation épidémiologique

L'augmentation des cas de coqueluche s'observe depuis 2 décennies dans tous les pays industrialisés et est d'origine plurifactorielle.

Le premier facteur est la perte d'immunité au cours du temps ; la protection chez les adultes vaccinés ou atteints de coqueluche dans l'enfance disparaît progressivement vu la faible probabilité de «boost naturel», l'infection circulant peu dans nos pays. Par ailleurs, certaines données montrent que la durée de protection offerte par le vaccin acellulaire serait moindre que pour le vaccin entier. L'amélioration du diagnostic, clinique et sérologique contribue également à cette augmentation de cas. Des cas de coqueluche chez le personnel soignant sont rapportés dans la littérature [9] [10]. Ces cas sont, par ailleurs, probablement sous-estimés.

B. Immunité naturelle et post-vaccinale

La durée de la protection après la maladie naturelle est estimée entre 5 et 15 ans. Après la vaccination, des études sérologiques ont montré chez l'enfant, une diminution marquée, voire une disparition des anticorps post-vaccinaux 5 à 10 après le dernier rappel [11]. Chez l'adulte, peu de données sont disponibles.

C. Recommandations vaccinale en milieu de soins

Tous les professionnels de santé devraient donc être correctement immunisés contre cette affection [12]. En maternité, néonatalogie et pédiatrie, c'est une nécessité. Un rappel de vaccin sera administré tous les 10 ans. Il est légitime d'administrer également le vaccin au personnel soignant des services de médecine interne, infectiologie, pneumologie, soins aux immunodéprimés.

D. Attitude en cas de coqueluche identifiée chez le personnel soignant

Ecartement du lieu de travail pour une durée de 5 jours après la mise en route de l'antibiothérapie. Cette antibiothérapie ne guérit pas le patient, sauf si elle est prise dans les 24 premières heures, mais elle permet d'éviter la contagion

DIPHTERIE

A. Situation épidémiologique

Grâce à la vaccination, l'incidence de la diphtérie due à l'espèce *Corynebacterium diphtheriae* a considérablement diminué en Belgique: on compte une quinzaine de cas seulement pendant la période de 1980 à 2012. La diphtérie reste cependant une maladie difficile à éliminer, car si le vaccin protège efficacement contre les manifestations dues à la toxine, il n'empêche pas la colonisation du nasopharynx, même chez les sujets vaccinés.

La recrudescence des cas en Russie et dans certains pays d'Europe de l'Est entre 1990 et 2001, où 160.000 cas et plus que 4.000 décès ont été rapportés, démontre combien la diphtérie peut facilement réapparaître dans les populations qui ne sont plus adéquatement immunisées.

Outre la diphtérie classique liée à *Corynebacterium diphtheriae*, d'autres espèces comme *Corynebacterium ulcerans* peuvent être responsables d'infections humaines. C'est ainsi qu'en Europe occidentale, quelques cas de diphtérie respiratoire et/ou systémique causés par *C. ulcerans* ont été signalés ces dernières années [13]. On sait peu de choses sur les facteurs qui contribuent à la virulence de cet agent pathogène zoonotique, mais ce fait doit inciter à la vigilance en ce qui concerne la vaccination du personnel soignant.

B. Immunité naturelle et post-vaccinale

La maladie est non immunisante.

En Belgique, le niveau sérologique de protection contre la diphtérie mesuré dans la population adulte montre qu'après une vaccination complète dans l'enfance, l'immunité résiduelle diminue progressivement. Des taux supérieurs au seuil de protection sont observés chez seulement 20 à 45 % des plus de 40 ans [14].

C. Recommandation vaccinale en milieu de soins

Il est donc indispensable de poursuivre la vaccination de l'adulte (un rappel tous les 10 ans). Le personnel de soins des services d'urgences, de soins intensifs, d'infectiologie, de pédiatrie devrait être correctement immunisé contre cette affection.

VARICELLE

A. Situation épidémiologique

La varicelle est une maladie infantile fréquente dans les pays tempérés. En Belgique, des études sérologiques montrent que 80 % des enfants de plus de 5 ans ont fait la varicelle et que 98 % des adultes de 30 ans sont immunisés.

Les personnes originaires des pays tropicaux ont, par contre, une réceptivité plus élevée à l'âge adulte que dans les pays tempérés [15]. Bien que l'évolution de la varicelle soit généralement bénigne, le nombre d'hospitalisations lié à cette affection en Belgique est de l'ordre de 1000 par an, dont 1 à 2 décès [16].

B. Immunité naturelle et post-vaccinale

L'immunité acquise après une varicelle est considérée comme définitive vis-à-vis de la varicelle, mais temporaire pour le zona. 15 à 20 % des personnes qui ont fait la varicelle risquent de développer un zona au cours de leur vie. La vaccination en deux doses est sûre et efficace et, selon les données scientifiques disponibles à l'heure actuelle, confère une protection de 10 à 20 ans. Des incertitudes persistent quant à son impact sur l'incidence du zona.

C. Recommandation vaccinale en milieu de soins

Actuellement, le Conseil Supérieur de la Santé ne recommande pas la vaccination généralisée contre la varicelle, mais préconise la vaccination des personnes à risque : personnes non immunisées en contact étroit avec des patients immunodéprimés, les adultes non immunisés occupés dans le secteur des soins de santé ou en contact étroit avec de jeunes enfants, les femmes non immunisées en âge de procréer [16]. La vaccination comporte deux doses administrées à un intervalle de 4 à 6 semaines. Contrairement aux enfants pour lesquels une anamnèse est généralement fiable en ce qui concerne les antécédents de cette affection, environ 90 % des adultes âgés de plus de 17 ans et qui pensent ne pas avoir contracté la varicelle

possèdent des anticorps ! Un dosage des anticorps étant d'un coût dix fois moindre que la vaccination, il est recommandé de le réaliser préalablement.

Il convient de s'assurer de l'absence d'une grossesse au moment de la vaccination et dans le mois qui la suit.

D. Attitude en cas de contact d'un travailleur non-immunisé avec un patient atteint

La vaccination en post-exposition permet de prévenir la varicelle chez plus de 90 % des personnes susceptibles si le vaccin est administré dans les 3 jours qui suivent le contact. L'efficacité est d'autant meilleure qu'il est administré tôt.

E. Ecartement du milieu de travail

Le travailleur atteint doit être écarté du travail jusqu'à assèchement des lésions.

GRIPPE

A. La grippe en milieu de soins

Des épidémies nosocomiales de grippe ont été décrites dans de multiples structures de soins.

La transmission de la grippe à partir des personnes infectées y est bien établie, tant vers les patients que vers les professionnels de santé. Une majorité des gripes survenant chez des patients transplantés immunodéficients ou atteints de leucémie aiguë sont des infections nosocomiales. Le personnel de soins non vacciné en constituerait la source principale [17].

Certains éléments aggravent le risque de transmission en milieu hospitalier : les professionnels de santé ont tendance, par conscience professionnelle, à venir travailler en dépit de symptômes évocateurs et le diagnostic de grippe n'est pas toujours posé ou l'est tardivement chez des patients hospitalisés. Pourtant, Les bénéfices de la vaccination des travailleurs de santé en terme de prévention collective et individuelle, de santé publique, de réduction de l'absentéisme sont connus depuis longtemps [18][19].

Cependant malgré les recommandations de l'OMS qui prônent la vaccination de tous les soignants, la couverture vaccinale des professionnels de santé contre la grippe reste insuffisante. En 2014-2015, dans 13 états de l'union européenne, ces taux de vaccination variaient de 5 à 54,9 % [20]. De nombreux professionnels de santé ne sont, en effet, et pour de multiples raisons, pas convaincus de l'efficacité et de l'utilité de la vaccination contre la grippe pour leur santé personnelle et en redoutent les effets secondaires [21].

B. Recommandation vaccinale

Le Conseil Supérieur de la Santé dans son dernier avis recommande toujours formellement la vaccination du personnel de santé dans son ensemble [22] et nous partageons entièrement cette recommandation. Cette vaccination devrait être impérative pour le personnel en contact avec des patients fragilisés : services de soins aux patients âgés institutionnalisés, aux immunodéprimés, aux cardiaques, insuffisants rénaux, etc.

Tableau récapitulatif des vaccinations non obligatoires

Personnes concernées	Coqueluche - Diphtérie Rappel 1x/10 ans	RRO Personnel non immunisé	Varicelle Personnel non immunisé	Grippe, Vaccination annuelle
Tout le personnel de soins et autre personnel (agent d'entretien, assistante logistique) présents régulièrement dans les unités	Recommandé	Recommandé	Recommandé	Recommandé
Personnel de soins et autre personnel (agent d'entretien, assistante logistique) présent régulièrement dans les unités suivantes particulièrement dans les services suivants : urgences, pédiatrie, néonatalogie, obstétrique, infectiologie, soins intensifs, soins aux immunodéprimés.	Fortement recommandé	Vaccination fortement recommandée	Vaccination fortement recommandée	Vaccination fortement recommandée
Patients âgés en institution			Vaccination fortement recommandée	Vaccination fortement recommandée

V Conclusion

Sensibiliser les travailleurs aux risques et à leur prévention fait partie intégrante des missions du conseiller en prévention-médecin du travail. Les situations rencontrées dernièrement dans le cadre de l'épidémie de rougeole ainsi que des enquêtes menées auprès de travailleurs [23] démontrent qu'une meilleure sensibilisation et prise en charge du personnel de santé en matière de maladies évitables par la vaccination est nécessaire. Le potentiel de gravité de ces maladies est probablement sous-estimé par les travailleurs des institutions de soins. Un programme clair en matière de vaccinations non obligatoires doit être défini avec l'employeur en fonction des spécificités de l'entreprise de soins concernée. Pour ce faire, l'hygiène hospitalière est l'interlocuteur privilégié du Conseiller en prévention-Médecin du travail. S'assurer de l'immunisation des travailleuses en âge de procréer rejoint, en outre, le domaine de la protection de la maternité. Les travailleurs non immunisés qui refusent la vaccination doivent être correctement signalés à l'employeur et au service d'hygiène hospitalière de façon à instaurer rapidement les mesures nécessaires en situation de contagion.

VI. Références bibliographiques

1. Arrêté royal du 4 août 1996 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail. M.B. 1.10.1996 A e. et Code du Bien-être au travail, Livre 7, Titre 1 ; <http://www.emploi.belgique.be/moduleTab.aspx?id=619&idM=102t>
2. Grammens T, Maes V, Hutse V, Laisnez V, Schirvel C, Trémérie JM, Sabbe M. Different measles outbreaks in Belgium, January to June 2016 – a challenge for public health. Euro Surveill. 2016;21(32):pii=30313. DOI: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.32.30313>
3. Parker Fiebelkorn, W.A. Orenstein, J.F. Seward. A global perspective of vaccination of healthcare personnel against measles: Systematic review. Vaccine 32 (2014) 4823–4839. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X13015041>
4. <https://www.wiv-isp.be/matra/Fiches/Rougeole.pdf>
5. <https://www.wiv-isp.be/matra/Fiches/Oreillons.pdf>
6. Pizetto B. Infections nosocomiales virales et à agents transmissibles non conventionnels. Editions John Libbey Eurotext. Paris 2001, p 531
7. Czarkowski MP, Derrough T, Paradowska-Stankiewicz I, Stefanoff P. Ongoing outbreak of rubella among young male adults in Poland: increased risk of congenital rubella infections. Euro Surveill. 2013; 18(21)
8. Grammens T, Litzroth V, Maes V, Mendes da Costa E, Muyltermans G, Quoilin S, Sabbe M. Maladies infectieuses

pédiatriques à prévention vaccinale, Rapport annuel 2015, Santé publique et surveillance, Décembre 2016. Bruxelles, p 61-62

9. U. Heininger. Vaccination of health care workers against pertussis : Meeting the need for safety within hospitals. *Vaccine* 32 (2014) 4840–4843.

10. Braunstein D , Desmons S, Succo T (et al) Epidémie de coqueluche dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Bouches-du-Rhône, août 2013, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 5, 2015-02-03, pp. 83-88

11. Aase, T.K. Herstad, S. Bakken Jorgensen et al. Anti-pertussis antibody kinetics following DTPa-IPV booster vaccination in Norwegian children 7-8 years of age. *Vaccine*. 2014 ; 32 : 5931-5936.

12. Conseil supérieur de la Santé. Guide de vaccination : Vaccination anticoquelucheuse de l'adulte, CSS 9110. Révision aout 2013.

13. Grammens T, Litzroth V, Maes V, Mendes da Costa E, Muyldermans G, Quoilin S, Sabbe M. Maladies infectieuses pédiatriques à prévention vaccinale, Rapport annuel 2015, Santé publique et surveillance, Décembre 2016/Bruxelles, Belgique, p 24-25

14. Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, Révision 2013. <https://www.health.belgium.be>

15. <http://www.chu-rouen.fr/mtph/fiches/VARICELLE.pdf>.

16. Avis du Conseil Supérieur de la Santé n° 9212. Vaccination des enfants, des adolescents et des personnes à risque contre la varicelle. Mars 2017

17. Azoulay E, Legoff J, Schnell D. Infections respiratoires grippales chez les patients immunodéprimés. *Réanimation* (2009)18, 301-308.

18. Hauge M, Lind A, Margolis KL, McFadden R, Murdoch M, Nichol KL , et al. The effectiveness of vaccination against influenza in healthy, working adults. *New England Journal of Medicine* 1995; 333: 889-893

19. Brown D, Buynder S, Keen N, Konrad F, Murray J, Preston PD. Healthcare worker influenza immunization vaccinate or mask policy: Strategies for cost effective implementation and subsequent reductions in staff absenteeism due to illness. *Vaccine*, Volume 33, Issue 13, 24 March 2015, Pages 1625-1628

20. European Centre for Disease prevention and Control (ECDC). Technical report. Seasonal influenza vaccination and antiviral use in Europe. Overview of vaccination recommendations and coverage rates in the EU Member States for the 2013–14 and 2014–15 influenza seasons <http://venice.cineca.org/Seasonal-influenza-vaccination-antiviral-use-europe.pdf>

21. Asguassou S, Contal E, Dipanda M, Manckoundia P, Perrin S, Putot A, Sordet-Guepet H. La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière du personnel soignant en gériatrie : mise au point. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. Volume 64, Issue 6, December 2016, Pages 415-423

22. Avis du Conseil supérieur de la Santé n°9418. Vaccination contre la grippe saisonnière. Saison hivernale 2018-2018. Juin 2017

23. Abiteboul D, Bouvet E, Ciotti C, Fonteneau L, Guthmann J-P, Lévy-Bruhl D, Pelissier G. Couverture vaccinale des soignants travaillant dans les établissements de soins de France. Résultats de l'enquête nationale Vaxisoin, 2009. *BEH* 35-36/ 27 septembre 2011

Maladies infectieuses et risques pour le personnel soignant : focus sur la grippe et la rougeole.

Carole Schirvel¹, Tine Grammens², Nathalie Shodu¹, Sylvie Leenen¹

¹ Cellule de surveillance des maladies infectieuses, Agence pour une vie de qualité (Aviq)

² Institut scientifique de santé publique (ISP-WIV), service épidémiologie dans la population générale



Introduction

Il existe un risque réel, quelque fois négligé, de transmission de maladies infectieuses chez le personnel de santé, que ce soit de type bactérien ou viral. Si certaines pathologies sont mieux connues par le personnel soignant tels que les hépatites virales, le VIH, les infections invasives à méningocoques ou encore la tuberculose, d'autres sont néanmoins sous-estimées tant pour leur pouvoir de contagiosité que pour leurs conséquences potentielles pour le membre du personnel lui-même et pour son entourage professionnel (patients et collègues) ou encore son milieu familial: citons notamment la coqueluche ou encore la rougeole qui sont des exemples qui sont d'actualité.

Cependant, la prévention, entre autres primaire, de ces infections fait partie intégrante de la lutte contre les infections nosocomiales et nécessite une collaboration étroite entre les services de médecine du travail et les équipes d'hygiène hospitalière.

Les moyens de prévention primaire telles que la vaccination des membres du personnel de santé existent pour certaines pathologies mais ne sont pas toujours acceptées. L'exemple de la vaccination contre le virus *influenza* est d'ailleurs pertinent : une étude menée en Flandre entre novembre 2015 et janvier 2016 dans 13 hôpitaux et 14 maisons de repos et de soins (MRS) flamands mettait en évidence que 62,4 % du personnel de santé participant à l'enquête déclaraient être vaccinés en milieu hospitalier et 52,6 % en MRS. [1]

Les résultats sont en général meilleurs en Flandre par rapport aux deux autres régions du pays comme le met en évidence l'enquête de santé par interview réalisée en 2013 par l'ISP et

commanditée par les autorités sanitaires : pour la population générale, le pourcentage de la population considérée à risque (dont les professionnels de la santé) qui a déjà été vaccinée au moins une fois contre la grippe était de 61,9 % en Flandre, de 51,5 % à Bruxelles et de 47,1 % en Wallonie. [2]

Cette vaccination préventive a deux buts : l'un visant à les prémunir contre un risque professionnel et à leur assurer une protection individuelle, et l'autre, plus altruiste, à éviter qu'ils ne contaminent leur entourage, en particulier les patients dont ils ont la charge, en leur évitant une infection nosocomiale.

Les facteurs de sous-vaccination au sein du personnel de santé sont multiples et diffèrent selon les pathologies concernées : mentionnons notamment la méfiance envers le vaccin, l'attitude du professionnel qui estime le vaccin inefficace, la peur des effets secondaires, l'inaccessibilité de la vaccination due aux horaires, à l'organisation du service. [1,3]

L'exemple parlant de la rougeole

Maladie virale hautement contagieuse due à un *paramyxoviridæ*, la rougeole reste une cause importante de décès au niveau mondial, malgré l'existence d'une vaccination efficace [4]. Si dans la grande majorité des cas, les conséquences de cette pathologie restent limitées, des complications peuvent également survenir (otite, pneumonie, symptômes gastro-intestinaux, encéphalite, panencéphalite sclérosante subaiguë ou encore le décès) [5]. Les personnes à risque sont particulièrement les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les personnes présentant des troubles de type immunitaire ou sous traitement immunosuppresseur. Citons également les jeunes adultes non immunisés. Le risque de

souffrir de la rougeole parmi le personnel de soins non immunisé est 13 fois plus élevé que dans la population générale [6]. Le délai du diagnostic par méconnaissance de cette pathologie peu fréquente dans nos environnements augmente le risque de même que le type de transmission, aéro-gène, qui facilite la contamination du personnel soignant qui prend en charge le malade sans protection sous forme de masque FFP2 [7]. Secondairement, le personnel constitue lui-même un risque pour une transmission nosocomiale vers des patients fragilisés ou non-immunisés et vers ses collègues de travail. [8,9]

Le vaccin contre la rougeole disponible en Belgique est un vaccin vivant atténué combiné avec les valences oreillons et rubéole. En Belgique, la vaccination contre la rougeole a été implantée gratuitement à partir de 1985 pour la première dose et à partir de 1995 pour la seconde [10]. En région wallonne, plus spécifiquement, le taux de couverture vaccinale mesuré entre l'âge de 18 et 24 mois était de 95,6 % en 2015. En 2016, le taux de couverture pour la deuxième dose à l'âge de 11, 12 ans était estimée à 75,0 % [11]. La rougeole reste endémique en Belgique et les cibles d'éradication ne sont pas encore atteintes, ce qui explique la survenue régulière d'épidémies dans le contexte belge et en particulier en Wallonie. En effet, pour éliminer cette pathologie, il est nécessaire d'atteindre un taux de couverture vaccinale pour les deux doses de 95 % et de le maintenir [12]. La rougeole est une maladie infectieuse à déclaration obligatoire dès suspicion sur l'ensemble du territoire belge. Toutes les régions de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) ont désormais établi des objectifs pour éliminer cette maladie mortelle évitable d'ici 2020 [4], raison pour laquelle, en dehors d'une flambée épidémique, tout cas suspect doit être confirmé ou infirmé par un examen de laboratoire (PCR ou recherche d'anticorps).

Une épidémie de rougeole a touché le territoire de la région wallonne à partir de fin 2016 et s'est prolongée jusque mai 2017 : 298 cas ont été ainsi déclarés entre le 20 décembre 2016 et la mi-novembre 2017 (figure 1). Le point de départ fut un patient ayant séjourné en Roumanie où sévissait également durant la même période une épidémie.

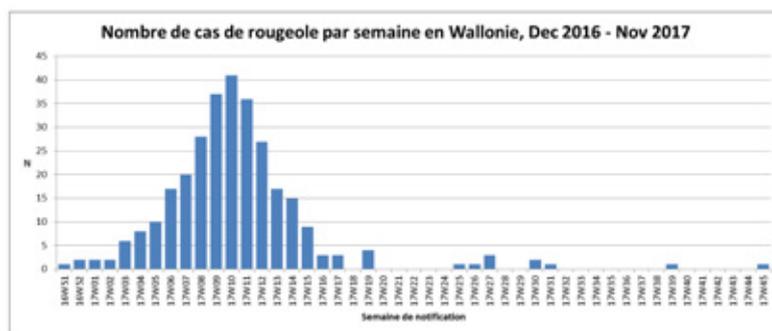
Parmi les cas notifiés à la cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AViQ, 63 % ont été confirmés par laboratoire, en majorité par le centre national de référence pour la rougeole, la rubéole et les oreillons (Institut scientifique de santé publique). Le génotypage a mis en évidence une souche virale de type B3 identique à celle circulant en Roumanie, Italie et Autriche à la même époque [13].

Parmi les cas déclarés, 50 % n'avaient pas connaissance de leur statut vaccinal ou n'avaient pas de preuve de vaccination et 37 % n'étaient pas vaccinés. 52 % des cas étaient âgés de 15 ans et plus.

130 personnes ont été hospitalisées, avec une durée moyenne d'hospitalisation de 5,4 jours.

La population affectée par l'épidémie était principalement une communauté non vaccinée provenant d'Europe centrale et de l'Est, résidant en Belgique mais caractérisée par une coutume de voyages fréquents à l'étranger et en Belgique, ne maîtrisant pas bien la langue française et n'ayant pas facilement accès aux services médicaux [14]. Ces différentes barrières ont constitué des difficultés quant à la mise en place de mesures préventives. L'absence de médecins généralistes référents a également conduit de nombreux malades à se présenter directement dans une structure hospitalière.

Figure 1 : évolution épidémique de la rougeole de décembre 2016 à novembre 2017, Région wallonne.



36 membres du personnel soignant de différents hôpitaux ont développé une rougeole après un contact avec un malade venu aux urgences ou hospitalisé (tableau 1). Parmi ceux-ci, l'âge moyen était de 32 ans (médiane 30 ans, min 22 ans, max 57 ans). 5 étaient correctement vaccinés et 17 des cas avaient reçu seulement une dose, carnet vaccinal à l'appui.

Différentes catégories professionnelles ont été touchées : médecins, infirmiers, étudiants infirmiers, brancardiers, techniciens radio, étudiants en médecine et médecins en formation.

Parmi les causes de contamination, citons l'absence de mesures de protection (port du masque FFP2) devant un patient présentant une éruption accompagnée de fièvre, une vaccination incomplète ou inexistante, un diagnostic différentiel n'incluant pas la rougeole (patients contagieux consultant précocement pour une fièvre avant l'apparition de l'éruption ne permettant pas de suspecter cette infection ou méconnaissance de cette pathologie devenue rare chez le personnel soignant) [14].

Tableau 1 : nombre de cas de rougeole parmi le personnel de soins en fonction des provinces et du nombre de cas total

Province	Nbre de cas de rougeole chez les professionnels hospitaliers	Nbre total de cas de rougeole dans la province	% soignants avec rougeole
Hainaut	10	136	7%
Liège	14	97	14%
Namur	11	40	28%
Brabant Wallon	1	17	6%
Région inconnue	0	8	0%
Total	36	298	12%

Selon les hôpitaux, différentes mesures ont été mises en place quant à la protection du personnel soignant : vaccination post-exposition dans les 72 heures du contact avec un malade, vaccination préventive offerte systématiquement aux membres du personnel des services considérés comme à risque (notamment les urgences, la pédiatrie, la médecine interne, gynécologie), contrôle d'immunité par la recherche d'anticorps protecteurs, mise en place de protocole d'accueil des patients aux urgences dès la salle d'attente (port d'un masque lorsqu'un patient présentait une éruption accompagnée de fièvre...)

Conclusion

Lorsque des vaccins efficaces sont disponibles, une attention particulière doit être donnée à la vaccination du personnel soignant particulièrement exposé, pour sa propre santé et

pour le risque d'être à l'origine de transmission nosocomiale vers des patients fragilisés. Le rôle de la médecine du travail est essentiel pour rassurer le personnel de santé et pour lui apporter des réponses en cas d'hésitation.

La question d'une vaccination obligatoire contre certaines maladies doit également se poser dans un cadre professionnel, allant alors au-delà de simples recommandations.

D'autres mesures de prévention doivent être également prises de manière plus systématique comme l'implémentation de protocoles pour le patient ou la patiente dès son arrivée en salle d'attente et en fonction des signes cliniques présentés (port de masque, hygiène des mains, isolement immédiat...).

De manière plus générale, la Wallonie se doit de développer une stratégie vaccinale dans la population adulte qui englobe différents aspects tels que les modifications des profils épidémiques des maladies infectieuses, l'émergence des craintes et d'idées reçues négatives sur les vaccins au sein de la population, une vision de la vaccination tout au long de la vie et un focus sur les personnes à risque ou plus exposées que représentent les professionnels de la santé.

Références :

[1] Vandermeulen C, Bral C, Hoppenbrouwers K et al. (2016). Studie in verband met de motivatie van gezondheidspersoneel over griepvaccinatie. KU Leuven et Agentschap Zorg en Gezondheid. Disponible sur : <https://www.zorg-en-gezondheid.be/>

[2] Enquête de santé 2013, Rapport prévention. Institut scientifique de santé publique. Disponible sur https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/VA_FR_2013.pdf.

[3] Douville LE, Myers A, Jackson MA et al. Health care worker knowledge, attitudes, and beliefs regarding mandatory *influenza* vaccination. Arch Pediatr Adolesc Med. 2010 Jan; 164(1):33-7

[4] World Health Organization (WHO). Measles fact sheet N°286. Geneva: WHO; oct 2017. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/index.html>

[5] Strebel PM, Papania MJ, Dayan GH, Halsey NA. Measles vaccines. In: Plotkin S, Orenstein W, Offit P. Vaccines. 5th ed. Saunders Elsevier; 2008. p. 353-98

[6] Williams WW, Preblud SR, Reichelderfer PS, Hadler SC. Vaccines of importance in the hospital setting. Problems and developments. Infect Dis Clin North Am. 1989;3(4):701-22.

[7] Gohil SK, Okubo S, Klish S et al. Healthcare Workers and Post-Elimination Era Measles: Lessons on Acquisition and Exposure Prevention. Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America. 2016;62(2):166-172.

[8] Steingart KR, Thomas AR, Dykewicz CA, Redd SC. Transmission of measles virus in healthcare settings during a communitywide outbreak. Infect Control Hosp Epidemiol 1999;20(2):115-9

[9] Botelho-Nevers E, Cassir N, Minodier P et al. Measles among healthcare workers: a potential for nosocomial outbreaks. Euro Surveill. 2011;16(2):

[10] Sabbe M, Hue D, Hutse V, Goubau P. Measles resurgence in Belgium from January to mid-April 2011: a preliminary report. Euro Surveill. 2011;16(16):19848

[11] Vermeeren A, Goffin F. Statistique de couverture vaccinale en 6ième primaire en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2015-2016. Bruxelles. Provac; 2016.

[12] Lopalco PL, Sprenger M. Do European doctors support measles, mumps, rubella vaccination programmes enough? Euro Surveill. 2011;16(39).

[13] World Health Organization (WHO). Measles Nucleotide Surveillance (MeaNS) Database. Geneva: WHO. Available from: http://www.hpa-bioinformatics.org.uk/Measles/Public/Web_Front/main.php

[14] Grammens T, Schirvel C, Leenen S et al. Ongoing measles outbreak in Wallonia, Belgium, December 2016 to March 2017: characteristics and challenges. Euro Surveill. 2017;22(17).

Organisation de la surveillance de grippe en Belgique



Résumé

Étant donné que la grippe entraîne chaque année une morbidité et mortalité élevée, qu'elle peut avoir un impact social important et qu'elle est en partie évitable grâce à un vaccin, un vaste système de surveillance de l'influenza a été mis sur pied, tant au plan national qu'au plan européen et international.

En 2006, le Comité interministériel Influenza a confié la responsabilité de la réalisation de toutes les activités de surveillance de l'influenza en Belgique à Sciensano. La surveillance internationale est coordonnée par l'ECDC et l'OMS.

Outre les études épidémiologiques, les activités de surveillance nationale englobent également l'étude virologique des cas de grippe sévères notamment. Les études épidémiologiques sont effectuées par l'unité Epidémiologie des Maladies infectieuses et Etudes des soins de santé au sein de la Direction Epidémiologie et Santé Publique. Les études virologiques sont effectuées par le laboratoire de virologie de Sciensano qui est reconnu comme Centre National de Référence (CNR) pour l'Influenza.

La surveillance vise à suivre :

- la durée et l'intensité de l'épidémie annuelle de grippe saisonnière
- les virus circulants (types, sous-types, caractéristiques antigéniques et génétiques)
- l'impact et la sévérité
- la résistance aux antiviraux
- l'effectivité vaccinale

Pour en savoir plus :

<https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/diseases/Pages/Influenza.aspx>

Campagne de vaccination contre la grippe à l'UZA en 2017

Hilde Jansens

Équipe d'hygiène hospitalière de l'UZA.



Résumé

En 2017, l'UZA a placé la barre très haut lors du lancement de la nouvelle campagne de vaccination contre la grippe en visant un taux de vaccination du personnel soignant et administratif d'au moins 80 %. La préparation de cette campagne a débuté au printemps de 2017 par la création d'une équipe multidisciplinaire, l'élaboration d'une procédure et la mise au point d'un vaste plan de communication. L'UZA a par ailleurs misé résolument sur une accessibilité accrue aux vaccins et les résultats ont fait l'objet d'une communication intermédiaire de manière à pouvoir rectifier le tir le plus rapidement possible. Et enfin, la direction a associé une récompense à la réalisation de l'objectif fixé.

La campagne de communication était plus vaste que les autres années, se composant notamment de vidéos, de lettres d'information et d'une formation. Force est en effet de constater que les avantages du vaccin ne font toujours pas l'unanimité. Pour cette raison, cette campagne s'est mise en devoir de réfuter un à un les malentendus tenaces au sujet de la vaccination contre la grippe. Des vidéos ont notamment été consacrées à trois thèmes : « Sommes-nous prêts ? », « Allons-nous être malades ? » et « Est-ce douloureux ? ».

Un autre obstacle rencontré lors des campagnes précédentes était celui de l'accessibilité au vaccin. Au mois de novembre, les collaborateurs pouvaient se faire vacciner contre la grippe soit au sein de leur service (approche décentralisée), soit par la médecine du travail sur un site centralisé. Rendre la vaccination la plus accessible possible était l'une des

principales stratégies utilisées dans le cadre de cette campagne de prévention visant à éviter la prolifération de la grippe parmi nos patients.

Une nouveauté cette année résidait dans l'initiative de la direction de renforcer ce message en associant une évaluation à la réalisation de l'objectif de 80 %. Les équipes qui ont atteint un taux de vaccination de 80 % ou plus ont été récompensées par l'octroi d'un double budget à consacrer au teambuilding. Le taux de vaccination global de 61,5 % représentait une nette augmentation – de près de 50 % – par rapport à l'année précédente où il était de 45 %. La progression était encore plus marquée parmi les collaborateurs entretenant des contacts avec les patients, pour qui le taux de vaccination est passé de 38 % en 2016 à 63 % en 2017. Les services les plus critiques affichaient en moyenne un score encore un peu plus élevé et ont été plus nombreux à atteindre l'objectif fixé de 80 %.

En 2017, l'UZA est parvenue grâce à une campagne de communication plus vaste et une accessibilité accrue au vaccin, à signer un impressionnant mouvement de rattrapage au niveau du taux de vaccination du personnel. Et d'un appui de la direction ? Cette campagne va encore être évaluée et d'autres améliorations ou adaptations pourraient suivre. Grâce notamment à la pression sociale induite par l'actuel taux de vaccination élevé, l'UZA espère faire encore mieux l'année prochaine et se rapprocher ainsi le plus près possible de l'objectif de 80 % pour tous les services.

Campagne de vaccination contre la grippe à l'AZ St-Maarten.

Elke van de Put



Pendant de longues années, le taux de vaccination du personnel de AZ St Maarten contre la grippe a stagné aux alentours de 30 %. Jusqu'en 2013, lorsque nous avons décidé d'adopter une autre approche de la campagne de vaccination contre la grippe. Des efforts qui se sont soldés la première année par une hausse d'environ 25 % perceptible tant parmi les médecins que parmi le personnel infirmier, les employés administratifs, etc..

Comment procédions-nous dans le passé (avant 2013) ?

Avant 2013, les vaccins contre la grippe étaient administrés par les infirmiers ou infirmières en chef. Chaque collaborateur devait donc s'inscrire au préalable, après quoi l'infirmier ou l'infirmière en chef recevait les vaccins commandés et pouvait procéder à la vaccination de ses collaborateurs. Chaque collaborateur devait obligatoirement fournir une vignette de la mutualité.

Comment procédons-nous maintenant (depuis 2013) ?

Nous nous sommes concertés avec plusieurs parties prenantes : l'infirmier ou l'infirmière en chef de l'équipe mobile, l'infirmier ou l'infirmière en chef des urgences, le ou la responsable de la pharmacie et l'équipe en charge de l'hygiène hospitalière. Lors de cette réunion, il a notamment été décidé du type de vaccin qui serait choisi (depuis 2016, il s'agit du vaccin quadrivalent). Les modalités de la vaccination

ont également été mises au point. La vaccination est confiée à une équipe spécifique : l'équipe de vaccination. Cette équipe se compose, par campus, d'un infirmier ou d'une infirmière de l'équipe mobile qui administre les vaccins à une date donnée en faisant le tour de tous les services (y compris les services administratifs). Ces dates sont communiquées à l'avance et figurent pendant toute la durée de la campagne sur l'intranet : Semaine 1 (= la semaine avant le congé de Toussaint) : lundi-mercredi-jeudi. Semaine 2 (= la semaine après le congé de Toussaint) : mardi-jeudi. Semaine 3 : lundi-mercredi-jeudi. Semaine 4 : mardi-jeudi.

Les vaccins sont toujours administrés entre 10.30 et 15.30 heures. Le choix de ces plages horaires permet à l'infirmier ou à l'infirmière en charge de la vaccination de commencer par aider les infirmiers et infirmières des services à administrer les soins du matin aux patients. Cette permanence permet également d'administrer les vaccins à la fois aux collaborateurs de l'équipe du matin et à ceux de l'équipe du soir.

Si un collaborateur travaille en dehors de ces heures, il peut obtenir un vaccin aux urgences.

L'enregistrement intervient au moment même de la vaccination et est assuré par l'équipe de vaccination. Aux urgences, un formulaire d'enregistrement est prévu pour permettre un enregistrement manuel. Ces données sont ensuite traitées par l'infirmier ou l'infirmière en charge de l'hygiène hospitalière. Les collaborateurs ne doivent donc plus s'inscrire à l'avance, ni disposer d'une vignette de la mutualité.

Comment la campagne est-elle annoncée ?

Les affiches sont distribuées dans tous les services. Nous créons par ailleurs nous-mêmes une petite affiche mentionnant les dates du passage de l'équipe de vaccination et le numéro permettant de contacter l'équipe de vaccination.

La campagne est annoncée sur notre portail interne et l'infirmier ou l'infirmière de référence en charge de l'hygiène hospitalière reçoit des informations qui devront lui permettre de vanter les avantages du vaccin et de dissiper les malentendus tenaces.

De quoi l'équipe de vaccination a-t-elle besoin ?

L'équipe de vaccination dispose d'un chariot contenant les matériels suivants : un téléphone DECT (pour être joignable), un conteneur à aiguilles, des vignettes, des chiffons désinfectants à base d'alcool, du désinfectant pour les mains à base d'alcool, des vaccins stockés dans un sac réfrigérant, des bonbons, le matériel promotionnel des autorités (pin's, autocollants et dépliants), et une farde contenant tous les noms des membres du personnel et la mention du service dont ils relèvent.

Comment se déroule une journée de vaccination ?

L'infirmier ou l'infirmière de l'équipe de vaccination commence par aider le personnel infirmier des services à administrer les soins du matin aux patients. Vers 10.30 heures, il ou elle va chercher le chariot, qui a été disposé à un endroit convenu au préalable. L'infirmier ou l'infirmière de l'équipe de vaccination va ensuite chercher des vaccins à la pharmacie et commence la vaccination au sein d'un service au choix. Il ou elle fait le tour de tout l'hôpital (y compris les services administratifs) en demandant à tous les collaborateurs s'ils souhaitent recevoir le vaccin.

Chaque collaborateur vacciné reçoit un bonbon en guise de récompense. Chaque collaborateur est coché dans la farde à des fins statistiques. À la fin de la journée, l'infirmier ou l'infirmière de l'équipe de vaccination remet le chariot à sa place et rapporte les vaccins restants à la pharmacie ou aux urgences (en guise de stock pour les autres collaborateurs). La farde est régulièrement reprise par l'infirmier ou l'infirmière en charge de l'hygiène hospitalière afin de procéder à une évaluation intermédiaire.

Que se passe-t-il une fois la campagne terminée ?

Chaque service reçoit un rapport faisant mention de son score, qui est exprimé sous la forme d'un pourcentage, mais aussi de nombres (numérateur/dénominateur). Chaque infirmier ou infirmière en chef reçoit par ailleurs une liste des collaborateurs qui ont été vaccinés et de ceux qui ne l'ont pas été. Cette liste est strictement confidentielle et est uniquement mise à la disposition de l'infirmier ou de l'infirmière en chef et de l'infirmier ou de l'infirmière en charge de l'hygiène hospitalière. À la fin de la campagne, le service chargé de la facturation reçoit toute la liste afin de pouvoir établir les factures pour la mutualité et l'INAMI. La liste destinée au service chargé de la facturation fait mention des numéros de Registre national.

Les services qui affichent à la fin de la campagne un taux de

vaccination de 100 % reçoivent lors de leur prochaine réunion de service une tarte dont la taille est proportionnelle à la taille du service.

Durant la période de l'épidémie de grippe, les collaborateurs qui n'ont pas été vaccinés doivent porter un masque couvrant la bouche et le nez lorsqu'ils sont en contact avec les patients. Le respect de cette directive est contrôlé par l'infirmier ou l'infirmière en chef et par l'équipe en charge de l'hygiène hospitalière.

En décembre, un débriefing est organisé avec l'infirmier ou l'infirmière en chef de l'équipe mobile, l'infirmier ou l'infirmière en chef des urgences, la pharmacie et l'équipe en charge de l'hygiène hospitalière, après quoi les préparatifs de la prochaine campagne de vaccination contre la grippe reprennent en juin.

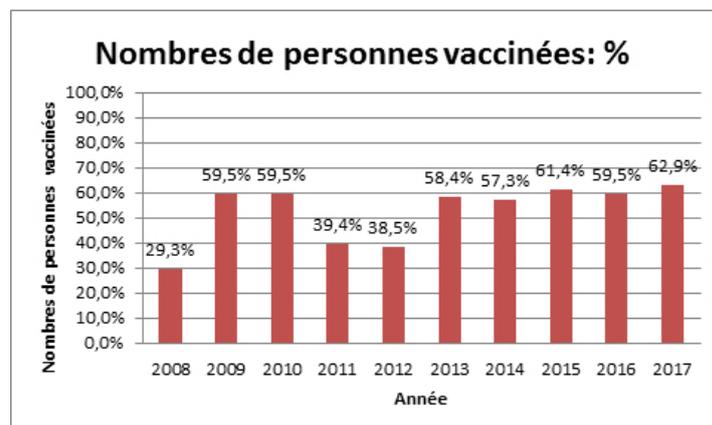
Qu'allons-nous encore améliorer lors de la prochaine campagne ?

Durant la prochaine campagne, nous tenterons de planifier deux journées durant lesquelles l'infirmier ou l'infirmière en charge de l'hygiène hospitalière se chargera de la vaccination – au lieu d'un infirmier ou d'une infirmière de l'équipe mobile.

Nous assurerons durant la pause de midi une permanence au restaurant du personnel afin de pouvoir vacciner les collaborateurs qui le souhaitent.

En outre, nous voudrions présenter en septembre/octobre aux services affichant un taux de vaccination (très) faible (moins de 50 %) un exposé consacré à la vaccination contre la grippe, et ce à l'occasion d'une réunion de service.

Nous souhaitons à l'avenir miser davantage sur Internet et sur les réseaux sociaux dans le cadre de notre campagne, par exemple en recourant à la page Facebook privée de l'hôpital.



espèce et de même antibiotype (ou avec un même mécanisme de résistance, p.ex. une BLSE ou une carbapénémase) a déjà été prise en compte dans l'enquête, quel que soit le prélèvement à visée diagnostique dont elle a été isolée. Tous les volets de surveillance ont comme objectif de suivre l'épidémiologie de ces germes résistants. Un indicateur relatif à la notion d'acquisition nosocomiale est récolté uniquement pour le volet MRSA.

Les définitions de «résistance» sont pour :

o **Le MRSA: *Staphylococcus aureus*, résistant à la méticilline/oxacilline**

o **Les entérobactéries (*E. cloacae*, *E. coli* et *K. pneumoniae*):**

BLSE+ : mise en évidence de la production d'une bêta-lactamase à spectre étendu

CPE+ : mise en évidence de la production d'une carbapénémase

Résistance aux céphalosporines de 3ème et/ou

4ème génération : sensibilité réduite (intermédiaire ou résistante, I/R) aux céphalosporines :

- de 3ème génération (cefotaxime, ceftriaxone, ceftazidime)

- et/ou de 4ème génération (cefépime),

selon les critères EUCAST ou de CLSI.

Résistance au méropénème: sensibilité réduite (I/R) au méropénème, selon les critères EUCAST ou CLSI.

o **Les non fermentants :**

***Acinetobacter baumannii* multi-résistant:** *A. baumannii* résistant (R), ou sensibilité intermédiaire (I) au méropénème (comme molécule représentative de la classe des carbapénèmes). Depuis 2012, ce critère simplifié est utilisé car la résistance au méropénème chez *A. baumannii* est systématiquement associée à une multi-résistance aux autres classes d'antibiotiques.

***Pseudomonas aeruginosa* multi-résistant:** sensibilité réduite (I/R)

vis-à-vis d'au moins 1 antibiotique dans 4 des 5 classes suivantes :

- **pénicillines** à large spectre: ticarcilline +/- clavulanate, pipéracilline +/- tazobactam

- **céphalosporines de 3ème et de 4ème génération:** ceftazidime, cefépime

- **carbapénèmes:** méropénème, imipénème

- **fluoroquinolones:** ciprofloxacine, levofloxacine

- **aminoglycosides:** gentamicine, tobramycine, amikacine.

o **Les entérocoques: *Enterococcus faecalis* et *Enterococcus faecium***

Entérocoque résistant aux glycopeptides (GLYCO-R) :

E. faecium ou *E. faecalis* résistant à la vancomycine seule ou à la vancomycine et à la teicoplanine

Critères EUCAST:

Vanco-R: point de rupture CMI: > 4 mg/L, diamètre de zone d'inhibition: < 12 mm

Teico-R: point de rupture CMI: > 2 mg/L, zone d'inhibition: < 16 mm

Critères CLSI:

Vanco-R: point de rupture CMI: ≥ 32 µg/ml,

zone d'inhibition: ≤ 14 mm Teico-R: point de rupture CMI: ≥ 32 µg/ml,

zone d'inhibition: ≤ 10 mm

Entérocoque résistant au linézolide (LINEZOLID-R):

E. faecium ou *E. faecalis* résistant au linézolide

Critères EUCAST:

Linézolide-R: point de rupture CMI: > 4 mg/L,

diamètre zone d'inhibition: < 19 mm

Critères CLSI:

Linézolide-R: point de rupture CMI: ≥ 8 µg/ml,

diamètre zone d'inhibition: ≤ 20 mm

La définition pour 'acquisition nosocomiale' de MRSA est :

- Une infection ou un portage de MRSA, acquis à l'hôpital, pas présent à l'admission et pas connu dans les antécédents durant les 12 mois précédents.

- La première culture positive pour MRSA est réalisée plus de 48 h après l'admission.

Analyse des données

Les résultats se rapportent à l'année 2015. Les données récoltées se rapportent le plus souvent à une année complète (NB: une participation à 1 seul semestre est autorisée, sauf pour le volet de surveillance des VRE ou des données annuelles sont demandées).

Ce rapport est essentiellement descriptif de l'épidémiologie des bactéries résistantes surveillées.

Une proportion de résistance (proportion moyenne, médiane, min/max et moyenne des proportions) est calculée pour chaque espèce bactérienne résistante surveillée, c.à.d. le pourcentage de souches résistantes sur l'ensemble des souches isolées (S/I/R) au cours de la période de surveillance dans un hôpital.

Les incidences (par 1000 admissions) et les densités d'incidence (par 1000 journées d'hospitalisation) sont également calculées par hôpital. Afin de comparer les taux calculés des hôpitaux appartenant aux différentes régions, ou par taille de l'hôpital, un test de Kruskal-Wallis est utilisé.

Pour étudier les tendances des taux et incidences dans le temps, les données historiques sont utilisées. Un test de tendance linéaire (régression linéaire) est calculé afin de mesurer l'augmentation ou la diminution annuelle de la proportion ou de l'incidence en incluant le code de l'hôpital comme cluster dans le modèle. Le seuil de la signification statistique était fixé à 5%.

Pour en savoir plus : http://www.nsih.be/download/MRSA/MRSA_ESBL_CPE_Y2015/RAPPORT_AMR_Y2015_FR.pdf

Indicateurs de qualité en Hygiène Hospitalière dans les hôpitaux aigus.

Rapport annuel 2017 - Données 2016

Els Duysburgh, Sara Dequeker, Laure Mortgat

Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) et Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA) dénommé Sciensano.



Résumé

Informations générales

Le développement et la définition de cette série d'indicateurs de qualité sont une initiative de la plateforme fédérale d'hygiène hospitalière (HH), qui fait partie du «Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee» (BAPCOC). L'Arrêté Royal (AR) du 27 janvier 2015 mentionne l'obligation pour les hôpitaux belges de suivre la qualité de leur politique d'hygiène hospitalière à l'aide de ces indicateurs de qualité.

L'objectif général de ce projet relatif aux indicateurs de qualité HH est de définir, de hiérarchiser et de mettre en oeuvre des stratégies et interventions de prévention des infections hospitalières afin d'améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux. Pour atteindre cet objectif général, trois objectifs spécifiques ont été établis :

- (1) une évaluation de la politique HH au niveau national ;
- (2) l'appréciation de la qualité HH au niveau de chaque hôpital et
- (3) l'amélioration de la qualité HH au niveau de l'hôpital.

Afin de satisfaire aux trois objectifs spécifiques susmentionnés, les données relatives aux indicateurs de qualité HH sont utilisées comme suit :

- (1) une publication des scores de qualité agrégés au niveau national et régional ;
- (2) une publication des scores de qualité par hôpital et
- (3) un rapport de qualité HH individualisé par hôpital.

Ce rapport présente les résultats de la troisième collecte de données (données recueillies en 2017 portant sur l'année 2016).

Méthodologie

En 2016, les indicateurs de qualité HH n'ont pas été modifiés, de sorte que les indicateurs de qualité et les résultats de 2016 ont pu être comparés avec ceux de 2013 et 2015.

L'ensemble des indicateurs de qualité HH englobe 5 catégories :

- 1) les indicateurs d'organisation,
- (2) les indicateurs de moyens,
- (3) les indicateurs d'activités,
- (4) les indicateurs de processus et
- (5) les indicateurs de résultats.

Chacune de ces catégories inclut à son tour différents indicateurs individuels. Les trois premières catégories ont été utilisées pour composer et calculer des scores de qualité, pour lesquels médianes et proportions au niveau national et régional ont été calculées. Au niveau de l'hôpital, le score de qualité a été calculé par groupe d'indicateurs et la qualité a été définie comme faible, moyenne ou bonne. Les indicateurs de processus et de résultats n'ont pas été utilisés dans le calcul des scores de qualité et ont été analysés et présentés séparément.

Les données, recueillies par entité administrative/code d'agrément («fusion») et non pas par site, ont été mises en ligne en avril 2017 par les hôpitaux eux-mêmes dans une application Internet développée spécifiquement à cet effet (NSIHweb2). La liste du nombre d'équivalents temps plein (ETP) financés, médecins et/ou infirmiers/infirmières en HH, a été fournie par le Service Public Fédéral (SPF) de Santé Publique. Pour la collecte des données d'un indicateur de processus

et de deux indicateurs de résultats, il a été fait appel aux surveillances coordonnées par le « Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid » - Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP).

Résultats

Au total, 104 hôpitaux ont enregistré des données relatives aux indicateurs de qualité pour 2016.

Globalement, les performances concernant les indicateurs d'organisation, de moyens et d'activités étaient très bonnes (0 %, 4 % et 3 % des hôpitaux présentaient respectivement un score faible pour ces catégories d'indicateurs).

En 2016, quelques améliorations importantes ont été constatées par rapport à 2015 :

- Augmentation du nombre d'hôpitaux qui ont au moins 1 infirmier/infirmière référent(e) en HH par service (82 % des hôpitaux en 2015, 91 % en 2016).

- Augmentation du nombre d'hôpitaux participant à la surveillance locale des infections aux soins intensifs (68 % en 2015, 72 % en 2016) et/ou la surveillance des infections du site opératoire (40 % en 2015, 50 % en 2016).

- Augmentation du nombre d'hôpitaux rapportant des audits de processus locaux :

- (1) hygiène des mains (79 % en 2015, 83 % en 2016),
- (2) cathéter veineux central (59 % en 2015, 72 % en 2016),
- (3) ventilation assistée (65 % en 2015, 67 % en 2016),
- (4) sondes urinaires (53 % en 2015, 66 % en 2016) et
- (5) prévention des infections du site opératoire (43 % en 2015, 44 % en 2016).

- Baisse de l'incidence des CLABSI (central line associated bloodstream infections) par 10 000 journées d'hospitalisation (2,2 en 2015 et 1,8 en 2016).

Les indicateurs relatifs à l'organisation d'audits de pratiques et d'activités en termes d'HH et les indicateurs relatifs au suivi des infections aux soins intensifs, ainsi que le suivi des infections du site opératoire restent des indicateurs qui enregistrent de moins bons scores malgré les améliorations déjà constatées.

Conclusions et recommandations

Les résultats du projet «indicateurs de qualité HH» montrent que la qualité du contrôle des infections en Belgique est très bonne. Cependant, il faut noter que le projet «indicateurs de qualité HH» ne mesure pas tous les aspects du contrôle des infections. Le projet utilise surtout des indicateurs «input et process» pour mesurer et évaluer la qualité de l'hygiène hospitalière. Cet ensemble d'indicateurs satisfait à l'objectif du projet en fournissant une vue d'ensemble de la présence ou non des conditions nécessaires pour réduire au maximum les infections liées aux soins.

Recommandations relatives au projet «indicateurs de qualité»:

- Un contrôle de qualité externe (validation) des données recueillies pour le projet sur les indicateurs de qualité HH.

- L'intégration du projet sur les indicateurs de qualité HH dans un projet global visant à mesurer et à améliorer la qualité des

soins au sein de l'hôpital.

Recommandations relatives à la qualité du contrôle des infections :

- Investiguer les raisons pour lesquelles la participation à une surveillance (locale et/ou nationale) des infections dans les unités de soins intensifs et des infections du site opératoire reste moindre et encourager la participation à ces surveillances.

- Investiguer les raisons pour lesquelles la participation aux audits de processus suivants est moindre et encourager la participation à ces audits :

- la pose et les soins d'un cathéter veineux central
- la ventilation assistée
- la pose et les soins des cathéters urinaires
- la prévention des infections postopératoires

Pour en savoir plus : http://www.nsih.be/download/IQ/Rapport_QI_2017_FR.pdf

La voix du patient

Une analyse sur l'expérience des patients vis-à-vis de la 7^{ème} campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains.

De Pauw H.¹, Uwineza A.¹, Benhammadi N.¹, Dr Catry B.¹

Groupe de travail de la campagne pour l'hygiène des mains de la Plate-forme fédérale pour l'hygiène hospitalière : Prof. Dr. Anne Simon², Dr. Leen Popleu³, An Willemse⁴, Francine De Meerleer⁴,

Aldo Spettante, Patricia Taminiau, Albertine Metango⁵, Françoise Antoine⁶

¹ Sciensano, Epidemiology and public health, Healthcare-associated infections and antimicrobial resistance, Bruxelles

² Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles

³ Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven, Kortenberg

⁴ Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis, Aalst

⁵ Centre Hospitalier Universitaire Brugmann, Bruxelles

⁶ Centre Hospitalier Universitaire St-Pierre, Bruxelles



Introduction

Depuis 2004 et tous les deux ans, le Service Public Fédéral (SPF) Santé, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, avec la Commission Belge pour la Coordination de la Politique Antibiotique (BAPCOC), finance et organise une campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains (HDM) sous le slogan : «Vous êtes en de bonnes mains». La 7^{ème} campagne nationale (2016-2017) s'est concentrée sur l'implication du patient, de sa famille et de la direction de l'hôpital, avec un message de campagne intitulé « Tous ensemble, évitons les infections ! ». Parmi les nombreuses initiatives de sensibilisation menées pendant la campagne, l'implication du patient a été encouragée et analysée via la réalisation d'une enquête par questionnaire.

L'enquête auprès des patients, intitulée «La voix du patient», permet d'analyser les expériences des patients en ce qui concerne la 7^{ème} campagne d'hygiène des mains.

Méthodologie

La campagne nationale d'hygiène des mains «La voix du patient» a eu lieu durant la période de sensibilisation de la 7^{ème} campagne, du 27 février 2017 au 31 mars 2017. La base de sondage est constituée de patients d'hôpitaux belges aigus, chroniques ou psychiatriques participant à la 7^{ème} campagne et qui ont accepté de participer à l'enquête. La collecte des données de l'enquête a été effectuée à l'aide d'un questionnaire papier, à lecture optique, remis aux patients.

Résultats

Nonante-sept sites / hôpitaux belges (sur les 170 participants à la septième campagne) ont envoyé des questionnaires sur une base volontaire. Au total, 17 454 questionnaires ont été inclus dans l'analyse. Parmi les participants, 81,6% ont rempli le questionnaire eux-mêmes.

L'enquête a montré que 59,0% des participants ont déclaré savoir que l'hôpital participait à la campagne d'hygiène des mains (contre 35,6% qui ne le savaient pas). En ce qui concerne l'hygiène des mains des soignants, 74,4% des patients ont indiqué qu'un soignant s'était désinfecté les mains dans les 24 heures précédant l'enquête. Si un soignant ne se désinfectait pas les mains avant un soin, la majorité des patients ne ferait rien. À l'inverse, 28,4% des patients en parleraient directement au soignant.

Pendant leur séjour à l'hôpital, 4,2% des participants ont signalé qu'ils avaient rappelé à un soignant de se désinfecter les mains avant un contact direct. La majorité de ces patients se sentait « à l'aise » (29,7%), ou « tout à fait à l'aise » (28,5%) de rappeler cela aux soignants.

L'enquête a montré que 88,6% des participants se sentaient rassurés par le fait que l'hôpital participait à la campagne nationale pour la promotion de l'hygiène des mains.

Discussion

Cette enquête devra être répétée lors d'une prochaine campagne. Le ressenti des patients vis-à-vis des campagnes est moteur dans l'amélioration des comportements sur le terrain. Comme le mentionne la révision récente des recommandations du CSS concernant l'hygiène des mains, il est important que l'implication des patients augmente. Ils participent ainsi à l'amélioration de la qualité de leurs soins et à l'amélioration de la culture sécurité des institutions qui les prennent en charge.

Pour en savoir plus :

http://www.nsih.be/surv_hh/download/Sciensano%20Enquête%20Patient%20HDM%202016-2017.pdf

On a lu pour vous

Z. Kadi ; M.-L. Atif ; A. Brenet ; S. Izoard ; P. Astagneau

Barriers of influenza vaccination in health care personnel in France.

American Journal of Infection Control, 2016, 44 (3) : 361-362

L'objectif de cette étude est d'identifier les barrières à la vaccination parmi le personnel de soins contre l'*influenza* dans le Nord de la France. Nous avons réalisé une étude de classe croisée dans les services de soins. Nous avons rempli 3.213 questionnaires dans 67 unités de soins. Avec une analyse multivariée utilisant un modèle logistique, la couverture vaccinale dans le personnel de soins est significativement associée au niveau de connaissance au sujet de la maladie et de la vaccination.

S. L. LaVela ; J. N. Hill ; B. M. Smith ; C. T. Evans ; B. Goldstein ; R. Martinello

Healthcare worker influenza declination form program.

American Journal of Infection Control, 2015, 43 (6): 624-628

Le taux de vaccination du personnel de soins (HCW) a été très bas pendant plusieurs années (approximativement 50 %). Notre objectif est d'implémenter un programme formel pour l'*influenza* (DFP) pour évaluer la faisabilité, la participation, la vaccination de HCW et les coûts. Nous avons utilisé une étude pilote interventionnelle prospective utilisant différentes méthodes pour évaluer l'implémentation du processus et les résultats de DFP. Nous avons réalisé des interviews et une évaluation formative ; les données sont transcrites et codées en différents thèmes. Les résultats secondaires comprennent la compréhension de la vaccination contre l'*influenza* (pré/post étude) rapportée par les HCW et les coûts du programme ; les données sont évaluées par des analyses descriptives et bivariées. Le DFP est compatible avec des stratégies progressives et la culture de l'unité de soins. Les facilitateurs comprennent des stratégies complémentaires progressives et l'engagement de la Direction. Le taux de vaccination des HCW sont plus élevés post versus pré implémentation (77,4 % vs 53,5 % ; P = 0,01). Pour implémenter le DFP sur le site 1 en utilisant une carte mobile de grippe, 100 % des documents formels sont remplis en 42,5 heures le temps de travail du personnel en moins de 2 mois. Sur le site 2, en utilisant un tableau de vaccination tous les jours de staff, 49 % des documents sont remplis en 26,5 heures sur 4,5 mois. Le coût moyen en personnel est de 2093 \$ par site. Nous concluons que l'implémentation de DFP demande des ressources limitées et conduit à des taux de vaccination contre l'*influenza* plus élevés ; ceci peut avoir des implications cliniques positives pour le contrôle/prévention de l'infection à *influenza*.

D. W. Lim ; L. T. Lee ; W. M. Kyaw ; A. Chow

Psychological determinants of influenza vaccination intention : a cross-sectional study on impatient nurses in Singapore.

American Journal of Infection Control, 2017, 45 (10) e115-e11

Les infirmières ont des interactions très proches avec les patients hospitalisés et pourraient transmettre l'*influenza* aux patients. Par un questionnaire rempli individuellement parmi les infirmières en hospitalisation dans un hôpital universitaire, nous avons observé que les facteurs les plus associés à l'intention d'une future vaccination sont les bénéfices perçus et ou les motivation pour la vaccination (Odds ratio ajusté [aOR], 3,30 ; intervalle de confiance à 95 % [CI], 2,55-4,27) et la non sensibilisation à l'*influenza* perçue et la préférence pour les alternatives à la vaccination (aOR, 0,26 ; 95 % CI, 0,20-0,34). Ces facteurs devraient être exposés pour augmenter la compréhension de la vaccination et prévenir la transmission nosocomiale.

M. Murti ; C.K. Fung ; K. Chan ; M. Bingham

Duration of influenza outbreaks in long-term care facilities after antiviral prophylaxis initiation : Fraser health, British Columbia, 2014-2017.

American Journal of Infection Control, 2018, ISSN 0196-6553

Pour évaluer la durée de la prophylaxie antivirale (AP), nous avons réalisé une revue rétrospective des épidémies sur une période de 3 saisons, en recherchant le taux d'attaque des maladies respiratoires aiguës (ARI) après 5 jours de AP. Sur 114 épidémies au niveau des institutions comprenant 352 épidémies au niveau du service de soins, nous avons trouvé seulement 1 cas d'*influenza* confirmé par laboratoire après 5 jours d'AP. Les nouveaux cas d'ARI après 5 jours d'AP devraient être analysés et des recommandations pour raccourcir à 7-8 jours d'AP ou moins pourraient être proposées.

I. Helanterä ; R. Janes ; V.-J. Anttila

Clinical efficacy of seasonal influenza vaccination : characteristics of two outbreaks of influenza A (H1 N1) in immunocompromised patients.

Journal of Hospital Infection online 8 december 2017

L'influenza A (H1N1) provoque de sérieuses complications chez les patients immuno compromis. Nous posons la question de l'efficacité de la vaccination saisonnière de ces patients. L'objectif de l'étude est de décrire 2 épidémies d'influenza A (H1 N1) chez des patients immuno compromis. Deux épidémies à *influenza A* (H1 N1) sont survenues dans notre institution : dans l'unité de transplantation rénale en 2014 incluant des patients rapidement après greffe rénale ou greffe simultanée rein-pancréas et dans l'unité d'oncologie en 2016 incluant des patients recevant une chimiothérapie pour tumeurs malignes. Nous analysons les facteurs conduisant ces deux épidémies et l'efficacité clinique de la vaccination contre l'influenza saisonnière. En totalité, 86 patients ont été exposés à l'influenza A (H1 N1) pendant les épidémies et le statut vaccinal anti *influenza* saisonnière était inconnu pour 10 d'entre eux. Seulement 3 des 38 patients vaccinés ont été infectés par l'influenza A (H1 N1) comparés aux 20 parmi les 38 patients non vaccinés (P = 0,02). La mort d'un des patients parmi les 38 vaccinés est associée à l'influenza comparée à 7 des 38 patients non vaccinés (P = 0,06). Des facteurs communs en dehors des deux épidémies incluent un environnement matériel non adapté pour le traitement de patient immuno déprimés. La couverture vaccinale chez les patients était basse, entre 40 % et 70 % malgré l'offre de vaccination gratuite pour tous les patients. La couverture vaccinale du personnel de soins à l'unité de transplantation était faible (46 %) mais, malgré une couverture vaccinale élevée dans l'unité d'oncologie (92 %), l'épidémie a eu lieu. Nous concluons que la vaccination anti *influenza* saisonnière est cliniquement efficace avec un risque moindre d'infection à *influenza* et une tendance à moins de mortalité chez ces patients immuno compromis. Des causes séparées ont été identifiées pour ces deux épidémies qui requièrent une attention continue chez les professionnels pour éviter de futures épidémies.

E. K. H. Cheung ; S. Lee ; S. S. Lee

Pattern of exposure to information and its impact on seasonal influenza vaccination uptake in nurses.

Journal of Hospital Infection, 2017, 97(4) : 376-383

La compréhension de la vaccination anti influenza du personnel de soins (HCWs) varie et elle reste à un niveau suboptimal dans beaucoup de régions. Vu que les HCWs sont souvent exposés à une foule d'informations variées à propos de la vaccination, le modèle d'exposition peut influencer sa décision ; cela dessert les investigations futures. Les infirmières actives à Hong Kong sont invitées à participer anonymement à une surveillance en ligne en février 2016, après le pic saisonnier hivernal. Le questionnaire couvre des données démographiques, la nature du travail et les expériences, la compréhension de l'histoire de la vaccination et les raisons de décision de vaccination. Nous avons déterminé deux catégories comportementales pour l'accès à l'information – l'exposition passive à l'information et la recherche active de l'information – différenciées par la source, le type et la nature de l'information reçue. Pour comparer les infirmières vaccinées et non vaccinées, nous utilisons les tests de chi carré, le test U de Mann-Whitney et la régression logistique. Nous avons reçu 1177 réponses valides de la part des infirmières. L'âge médian des répondantes est de 32 ans et 86 % sont des femmes. Le taux global de vaccination est de 33 %. L'exposition passive à l'information sur le lieu de travail, le corps de métier et le réseau social ne sont pas prédictifs de la décision de vaccination (Odds Ratio [OR] 1,78). La recherche active d'information telle que la consultation d'une personne expérimentée (OR 2,46), l'organisation d'activités de promotion (OR 2,85) et entreprendre une recherche d'information (OR 2,43) sont significativement associées à une meilleure compréhension de la vaccination. Un effet cumulatif peut être démontré pour la recherche active d'information (OR 1,86) mais pas pour une exposition passive à l'information. Nous concluons que la stratégie actuelle de promotion et les campagnes pour la vaccination anti influenza saisonnière chez les travailleurs peut ne pas être efficace pour augmenter la couverture vaccinale. Les mesures visant les comportements de recherche d'information peuvent servir d'approche alternative.

X. Yue; C. Black; S. Ball ; S. Donahue ; M. A. De Perio ; A. S. Laney ; S. Geby.

Workplace interventions associated with influenza vaccination coverage among healthcare personnel in ambulatory care settings during the 2013-2014 and 2014-2015 influenza seasons.

American Journal of Infection Control, 2017, 45 (11) : 1243-1248

La vaccination du personnel de soins (HCP) peut réduire les morbidité et mortalité associées parmi les HCP et leurs patients. L'étude s'intéresse aux politiques sur le lieu de travail associées à une vaccination contre l'influenza parmi les HCP qui travaillent dans des unités de soins ambulatoires sans exigence de vaccination anti influenza. Les données sont obtenues par des surveillances on line pendant avril 2014 et avril 2015 parmi des échantillons non statistiques de HCP recrutés à partir de deux panels nationaux internet pré-existants. Nous avons demandé le statut vaccinal des répondants, les politiques du lieu de travail et les interventions liées à la vaccination. Nous avons utilisé les modèles de régression logistique pour évaluer les associations indépendantes entre chaque intervention sur le lieu de travail et la vaccination anti influenza lors du contrôle de l'occupation, de l'âge et de la race ou de l'ethnie. Parmi les HCP travaillant dans les unités de soins ambulatoires sans obligation de vaccination (n = 866), 65,7 % rapportent avoir reçu une vaccination anti influenza pour la saison précédente. Le taux plus élevé de couverture vaccinale est indépendamment associé avec une vaccination gratuite sur le site pendant un jour (Ratio de prévalence [PR], 1,38 ; intervalle de confiance [CI] 1 à 95 %, 1,07-1,78 ou > 1jour PR, 1,58 ; CI 95 % 1,29-1,94) et les employeurs envoyant des rappels de vaccination au personnel (PR 1,20 ; 95 % CI 0,99-1,46). Pour un âge >65 ans (PR 1,30 ; 95 % CI 1,07-1,56) et travaillant comme professionnel (PR 1,26 ; 95 % CI 1,06-1,50) ou non professionnel clinique (PR 1,28 ; 95 % CI 1,03-1,60) sont ainsi associés avec une couverture meilleure. La couverture vaccinale augmente avec l'augmentation du nombre d'interventions ou des interventions sur le lieu de travail. Nous concluons que la mise en place d'interventions de vaccination sur le lieu de travail dans les unités de

soins ambulatoires incluant la fourniture gratuite du vaccin anti influenza promue activement pourrait augmenter la vaccination anti influenza parmi le personnel soignant.

E. Meunier-Marion ; T. Bénet ; C. Dananché ; S. Soing-Altach ; S. Maugat ; S. Vaux ; P. Vanhems

Outbreaks of health care-associated influenza-like illness in France : impact of electronic notification.

American Journal of Infection Control, 2017, 45(11) : 1249-1253

La notification obligatoire des infections associées aux soins (HA), incluant les épidémies de maladies ressemblant à l'influenza (ILI), ont été mise en place en France depuis 2001. En 2012, le système a évolué vers une notification électronique des infections HA (e-SIN). Les objectifs de cette étude sont de décrire les notifications des épidémies ILI à la Santé Publique de France (SPF), l'agence nationale de santé publique française, et d'évaluer l'impact de la dématérialisation de la notification. Toutes les notifications d'épidémies HA ou ILI entre juillet 2001 et juin 2012 sont incluses. Les notifications avant et après l'instauration de e-SIN sont comparées selon le délai de notification et l'exhaustivité des informations. Au total, 506 épidémies HA ILI sont rapportées concernant 7861 patients et professionnels de santé. Le délai moyen entre l'apparition du premier cas et la notification est respectivement de 32 et 13 jours avant et après l'utilisation de e-SIN ($P < 0,001$). L'exhaustivité des données a été augmentée par la notification électronique par rapport à l'état HA (8,5 % de données manquées avant et 2,3 % après e-SIN, $P = 0,003$), les hypothèses quant à la cause (25 % de données manquées avant vs 8,0 % après e-SIN, $P < 0,001$) et le niveau de contrôle de l'événement (23,7 % de données manquées avant vs 7,5 % après e-SIN, $P < 0,001$). Nous concluons que les notifications des HA influenza, incluant les HA ILI ou influenza aux autorités sanitaires sont essentielles pour guider les décisions des instances et les pratiques de soins. La notification électronique a augmenté la rapidité et la qualité des informations transmises.

K.A. Thompson ; A. M. Bennett

Persistence of influenza on surfaces

Journal of Hospital Infection, 2017, 95, (2) : 194-199

La transmission par contact direct (direct ou gouttes/droplet nuclei) est considérée comme le plus grand moyen de transmission des épidémies d'influenza mais nous disposons de peu d'informations concernant le rôle des vomissements dans la transmission. L'objectif de l'étude est d'investiguer la stabilité des colonies d'influenza sur les surfaces et ensuite, le rôle des vomissements dans la transmission. A différents moments, nous avons évalué la viabilité et le signal quantitatif de la réaction en chaîne reverse transcription-polymerase (qt-RT-PCR) de 5 souches d'influenza (A/PR/8/34/H1N1, A/Cal/7/09/H1N1, A/Cal/4/09/H1N1, A/Sol/54/06/H1N1 et A/Bnris/59/07/H1N1) déposées sur 3 surfaces (coton, microfibre et acier inoxydable). Les morceaux de matériaux sontensemencés avec 10 µL d'une suspension titrée à 106-108 pfu/mL de cellules virales issues d'une culture additionnées d'albumine de bovin à 0,3 %. Les morceaux sont analysés par assay sur plaque et qt-RT-PCR à 1 h, 24 h et hebdomadairement pendant 6 semaines en utilisant la méthode d'éluion de vortex mix. Des virus viables sont trouvés sur les morceaux jusqu'à 2 semaines (acier inoxydable) et 1 semaine (coton et microfibre) malgré que la détection des virus par PCR ait été faite pendant les 7 semaines de la totalité de l'étude. Aucune différence n'a été remarquée entre les souches. Une réduction de valeur de 99 % (comme fonction du stock d'ensemencement) a été évaluée à 17,7 h pour le coton ($R_2 = 0,86$), 34,3 h pour la microfibre ($R_2 = 0,80$) et 174,9h pour l'acier inoxydable ($R_2 = 0,98$). Nous concluons que l'influenza viable a été trouvée sur les surfaces jusqu'à 2 semaines. Par opposition, l'influenza pourrait être détectée par PCR pour plus de 7 semaines. Ces résultats ont des implications importantes pour déterminer les protocoles de contrôle de l'infection, les modes de nettoyage et les méthodes d'échantillonnage dans les services de soins.

E. Frenzel ; R. F. Chemaly ; E. Ariza-Heredia ; Y. Jiang ; D. P Shah ; G. Thomas ; L. Graviss ; I. Raad

Association of increased influenza vaccination in health care workers with a reduction in nosocomial influenza infections in cancer patients.

American Journal of Infection control, 2017, 44(9) : 1016-1021

La vaccination du personnel de soins (HCWs) reste une stratégie clé pour réduire la charge des infections à influenza chez les patients cancéreux. Dans cette étude couvrant 8 ans, nous évaluons l'effet d'une approche multifactorielle, incluant un programme de vaccination obligatoire, sur le taux de vaccination chez HCW et ses effets sur les infections nosocomiales à influenza chez les patients cancéreux. Le taux de vaccination de tous les employée a augmenté significativement de 56 % (8762/15693) en 2006-2007 à 94 % (17927/19114) en 2013-2014 ($P < 0,0001$). Le programme obligatoire de participation de 2009 a augmenté le taux de vaccination de HCW dans les groupes cible ($P < 0,0001$) et l'addition d'une politique institutionnelle en 2012 requérant la vaccination anti influenza ou le port du masque chirurgical lors de tout contact patient a aussi augmenté le taux de vaccination de 10-18 % pour tous les groupes en 1 an. La proportion d'infections nosocomiales à influenza ont significativement diminué ($P = 0,45$) pendant la période de l'étude et est significativement associée au taux de vaccination des HCW dans les équipes de soins ($P = 0,043$) et dans le personnel travaillant dans un environnement à haut risque ($P = 0,0497$). Les programmes de vaccination anti influenza multifactoriels supporté par une politique de l'institution augmentent effectivement le taux de vaccination des HCW. Les taux plus élevés de vaccination des HCW sont associés à une réduction de la proportion des infections nosocomiales à influenza chez les patients cancéreux immuno déprimés.

S. S. Field

Reasons for influenza vaccination underutilization : a case-control study

American Journal of Infection Control, 2017, 44 (10) : 1084-1088

Beaucoup de patients (131/140) d'une pratique pédiatrique qui ont été testés pour l'influenza pendant la saison 2012-2013 sont enrôlés. Les dossiers médicaux et les questionnaires déterminent les historiques de vaccination et des maladies passées et les attitudes de vaccination. Les cas testés influenza négatifs (n = 65) et les cas contrôle négatifs (n = 110) ont été intimement associés par l'âge à 55 cas testés positivement et sont comparés aux cas influenza positifs (n = 66) en regardant d'abord l'influenza, l'efficacité du vaccin et l'étroitesse de la saison vaccinale par rapport à la date de naissance et le timing de la consultation préventive pour déterminer la validité des raisons données pour la sous-utilisation. La raison la plus commune de non vaccination est le défaut de nécessité perçue. Une histoire d'influenza précédente est significativement associée avec la maladie (P < 0,0001). Le taux de vaccination par virus atténué est plus grand dans le contrôle que chez les malades d'influenza pour les âges de 2-18 ans (P < 0,005) et pour les âges 6-18 ans (P < 0,0001) bien que le taux de vaccination par injection ne le soit pas (P = 0,30 et P = 0,60 respectivement). Beaucoup de cas positifs (59 %) et de contrôles (89 %) ne présentent pas d'influenza précédente. Nous concluons qu'une influenza précédente peut être un facteur de risque qui pourrait influencer le bénéfice de la vaccination. Le vaccin vivant atténué dépasse l'efficacité du vaccin inactivé anti influenza trivalent. L'expérience limitée de la maladie chez des individus à taux faible de vaccination anti influenza, tout en s'accordant avec les limitations de la vaccination, aide à une certaine sous- utilisation.

K. W. To ; A. Lai ; K. C. K. Lee ; D. Koh ; S. S. Lee

Increasing the coverage of influenza vaccination in healthcare workers : review of challenges and solutions.

Journal of Hospital Infection, 2018, 94 (2) : 133-142

La compréhension du taux de vaccination anti influenza saisonnière du personnel de soins (HCWs) varie fortement de < 5% à > 90 % dans le monde. La perception de l'efficacité du vaccin et des effets secondaires sont des facteurs conventionnels affectant la compréhension des taux. Ces facteurs peuvent agir à un niveau personnel et social, influençant les attitudes et les comportements des HCWs. Le taux de vaccination est aussi sous l'influence de l'apparition d'autres pandémies non saisonnières à influenza comme la grippe aviaire. Différentes stratégies ont été mises en place pour augmenter la compréhension de la vaccination dont la plus importante inclut le renforcement des recommandations des autorités locales, la promulgation de recommandations pour la pratique des soins et la politique de vaccination obligatoire. Pratiquée dans certaines régions en Amérique du Nord, les politiques d'obligation ont conduit à un taux de vaccination plus élevé mais ne sont pas sans problèmes. Les effets des programmes conventionnels de formation et les campagnes ont généralement un impact modeste. L'accessibilité aux services de vaccination, telle que le dossier mobile de vaccination et le rôle de modèle des personnels de soins seniors recevant la vaccination sont parmi les stratégies que nous avons observées comme augmentant la compréhension du taux de vaccination. Une approche multi facettes est donc nécessaire pour persuader les HCWs de participer à un programme de vaccination, spécialement dans des régions à faible taux de compréhension.

H. C. Maltezou ; O. Christophilea ; A. Tedoma ; P. Katerelos ; G. Dounias

Vaccination of healthcare workers against influenza : does a day off make a difference ?

Journal of Hospital Infection, 2018, 99 (2) :181-184

Cet article présente les résultats d'actions prises pour augmenter la compréhension de la vaccination anti influenza par les soignants (HCWs) en Grèce pendant la saison d'influenza 2016-2017. La vaccination anti influenza chez les HCWs a augmenté de 10,9 % dans les hôpitaux aigus et de 24,3 % dans les centres de premiers soins en 2015-2016 à 18 % dans les hôpitaux aigus et 34,6 % dans les centres de premiers soins en 2016-2017. La vaccination sur le lieu de travail et l'utilisation de systèmes de rappel sont significativement associés avec un taux de vaccination élevé. L'offre d'un jour de congé au travailleur est associé à l'augmentation la plus importante de vaccination anti influenza.

B.A. Lehmann ; R. A.C. Ruiter ; D. van Dam ; S. Wicker ; G. Kok

Sociocognitive predictors of the intentions of healthcare workers to receive the influenza vaccine in belgian, dutch and german hospital settings

Journal of Hospital Infection, 2015,89 (3): 202-209

La vaccination anti influenza du personnel de soins (HCWs) est recommandée pour prévenir l'influenza à des patients fragiles. Cependant, le taux de couverture vaccinale de HCWs en Europe est bas. L'objectif de l'étude est d'investiguer la solidité combinée et relative des variables socio-cognitives à partir d'étude passée, la théorie et l'étude de qualité dans l'explication de la motivation de HCWs à se faire vacciner. Un questionnaire en ligne anonyme est distribué au personnel de soins dans les institutions de soins en Belgique, Allemagne et Pays-Bas entre février et avril 2013. L'attitude et la compréhension antérieure de la vaccination expliquent une variation importante dans l'intention des HCWs de se faire vacciner. En plus, des normes sociales peu perçues, l'omission des biais, des normes morales faibles, devenir plus âgé, ne pas avoir de contact avec le patient et être belge ou hollandais (comparé à l'allemand) augmente la possibilité de ne pas avoir l'intention de se faire vacciner contre la grippe par rapport à l'indécision, à la vaccination. Une intention forte de se faire vacciner contre la grippe se montre mieux que l'attitude d'indécision au sujet de la vaccination quand les HCWs perçoivent une grande susceptibilité de contracter la grippe, ont de faibles vues naturalistes et une pauvre motivation de se faire vacciner uniquement pour leur protection personnelle. Nous concluons que des interventions spécifiques en fonction de la région et une attention particulière sur les différentes variables socio cognitives dépendant de l'intention /non intention des HCWs de se faire vacciner contre la grippe peut être bénéfique pour promouvoir la compréhension de la vaccination.

A. C. O'Halloran ; P.-J. Lu ; W. W. Williams ; P. Schumacher ; A. Sussel ; J. Birdsey ; W. L. Boal ; M. Haring Sweeny ; S. E. Luckhaupt ; C. L. Black ; T. A. Santibanez

Influenza vaccination among workers-21 U.S. states 2013

American Journal of Infection Control, 2017, 45 (14) : 410-416<

La maladie grippale peut conduire à des jours d'absence au travail et à des coûts sociaux mais la vaccination anti grippale peut réduire le risque de maladie. La connaissance de la couverture vaccinale par genre de travail et occupation peuvent aider à guider les efforts et être utiles pendant une prévision de pandémie grippale. Nous avons analysé les données de 21 états en utilisant le module genre de travail-occupation du système de surveillance des facteurs de risque comportementaux. La couverture de vaccination anti grippale est rapportée par groupe de genre de travail et d'occupation sélectionné incluant le personnel de soins (HCP) et d'autres groupes professionnels qui pouvaient être prioritaires pour être vaccinés pendant une pandémie (rang 1). Nous avons utilisé les t tests pour faire les comparaisons entre groupes. La couverture vaccinale varie en fonction du genre de travail et de l'occupation avec une grande couverture chez les personnes travaillant dans les services et les occupations de soins. Environ la moitié des personnes classées dans le premier rang ont été vaccinées et la couverture vaccinale dans le rang 1 et les groupes de HCP varient fortement par état. Ce rapport s'intéresse particulièrement aux activités et occupations pour lesquelles une augmentation de la vaccination anti grippale est nécessaire. Avant une pandémie, une spécificité plus grande des codes d'occupation pour définir les activités et occupations exactes dans chaque catégorie pourraient être bénéfiques pour la mise en place de programmes étendus de vaccination antigrippale et pour la gestion du succès de ces programmes.

IDEES OU EXPERIENCES A PARTAGER

**Vos expériences
nous intéressent,
celles des uns profitent
aux autres.**

Noso-info peut faire le lien.

Racontez-nous vos épidémies :
nombre de cas, quel processus
a été mis en place,
résultats obtenus, coût.

SITES WEB

■ Les adresses à ne pas oublier

- BAPCOC :
<http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d-avis-et-de-concertation/commissions/bapcoc>
- Swiss noso :
<https://www.swissnoso.ch/fr/>
- Conseil supérieur de la Santé :
<https://www.health.belgium.be/fr/conseil-superieur-de-la-sante>
- CDC/HICPAC :
<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/index.html>
- Belgian Infection Control Society (BICS) :
<http://www.belgianinfectioncontrolsociety.be>
- Noso-info :
<http://www.nosoinfo.be>
- World health organization (OMS) :
<http://www.who.int/gpsc/en/>
- “Tuesday seminars”, Section épidémiologie :
<http://www.iph.fgov.be/epidemiology/epifr/agenda.htm>
- Avis et recommandations du Conseil Supérieur de la Santé :
http://www.CSS_HGR.be
- Plate-forme Fédérale d'Hygiène Hospitalière (HIC = Hospital Infection Control) :
<http://www.hicplatform.be>
- Clean care is safer care :
<http://www.who.int/gpsc/en/index.html>
- The Infection Prevention Working Party (WIP) (Nederland) :
<http://www.wip.nl/UK/contentbrowser/onderwerpsort.asp>
- ABIHH : Association Belge des Infirmiers en Hygiène Hospitalière :
<http://www.abihh.be>
- Sciensano fr :
<https://www.sciensano.be/fr>

AGENDA SCIENTIFIQUE

I Faites nous part des différentes manifestations que vous organisez ! *(Formation, symposium, etc)*

- **23 – 26 AOUT 2018**
Emerging Infectious diseases
 Lieu : Zurich, Suisse
 Renseignements : <https://emerging-diseases.infectiousconferences.com/>

- **23 – 26 AOUT 2018**
ISSSI
18th Symposium International sur les Staphylococci et les Infections aux Staphylocoques
 Lieu : Copenhagen, Danemark
 Renseignements : <http://issisi2018.org/>

- **27 – 28 SEPTEMBRE 2018**
Rencontres Francophones des Infirmier(e)s en Hygiène et Prévention des Infections
 Locatie : Lausanne, Suisse

- **27 – 28 SEPTEMBRE 2018**
ESCMID
Management of Mycobacterial Infections and Associated Comorbidities
 Lieu : Italie
 Site web : <https://escmid.pulselinks.com/event/14886>

- **3 – 7 OCTOBRE**
ID WEEK Advancing Science Improving Care
 Lieu : San Francisco, USA
 Renseignements : www.idweek.org.uk

- **11 OCTOBRE 2018**
Belgian Infection Control Society (BICS)
 Renseignements : www.belgianinfectioncontrolsociety.be

- **26 – 28 NOVEMBRE 2018**
Health Care Infection Society (HIS)
 Lieu : ACC, Liverpool, United Kingdom
 Site web : www.his.org.uk

- **29 NOVEMBRE 2018**
Symposium de la Plateforme Régionale d'Hygiène Hospitalière du Hainaut
« Gestion du circuit urinaire : de la théorie à la pratique »
 Public visé : Médecins et infirmiers(ères) travaillant en MR/MRS
 Lieu : Hôpital Vésale, Montignies-le Tilleul, Belgique
 Renseignements : dina.webber@chu-charleroi.be ou Tél 071/924730

- **10 DECEMBRE 2018**
26ste editie van onze Dag Infectiepreventie
 Lieu : Gent
 Site web : <http://www.daginfectiepreventie.be>

Comité de rédaction

Comité de rédaction

B. Catry, G. Demaiter, T. De Beer,
S. Milas, A. Simon, A. Spettante,
F. Van Laer, Y. Velghe, N. Verbraeken.
Membres d'honneur: M. Zumofen, J. J. Haxhe

Coordination rédactionnelle

A. Simon

Secrétariat de rédaction

A. Simon
UCL – Hygiène Hospitalière
Av. Mounier,
Tour Franklin, - 2 Sud
1200 Bruxelles
Tél: 02/764.67.33
Email : anne.simon@uclouvain.be

Noso-info publie des articles, correspondances et revues ayant trait à la prévention et la maîtrise des infections liées aux soins. Ceux-ci sont sélectionnés par le comité de rédaction et publiés en français et en néerlandais (traduction assurée par la revue). Le contenu des publications n'engage que la responsabilité de leurs auteurs.

Partenaires

Pour tout renseignement concernant l'Institut de Santé Publique (WIV-ISP)

Service Infections liées aux soins & Antibiorésistance
14 av. J. Wytsmans
1050 Bruxelles
www.wiv-isp.be/epidemi/epifr
www.nsih.be



NVKVV - Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Voedvrouwen

Pour tout renseignement concernant le groupe de travail hygiène hospitalière NVKVV

Mr. P. Braekeveld, président
Mme G. De Mey, collaboratrice
Tél: 02/737.97.85
Fax: 02/734.84.60
Email: navorming@nvkvv.be



ABIHH

Pour tout renseignement concernant l'ABIHH

Groupe infirmier francophone
Mr Yves Velghe
Tél: 02/477.25.43
Email: info@abihh.be
www.ABIHH.be



BICS – Belgian Infection Control Society

Pour tout renseignement concernant l'inscription au BICS, veuillez vous adresser au secrétaire BICS :

Dr Sandrine Roisin
Hôpital Erasme,
Route de Lennik, 808,
1070 Bruxelles.
Tél: 02/555.6643-4541
Fax: 02/555.85.44
Email : Sandrine.Roisin@erasme.ulb.ac.be



COTISATIONS BICS :

Inscription comme membre du BICS :

Infirmier(e)s 25 €
Médecins 60 €
Médecins en formation 25 €
via www.belgianinfectioncontrolsociety.be

noso info est également disponible sur internet : www.nosoinfo.be