

Lausanne, 25 et 26 septembre 2008

- 5èmes journées de formation de la SOHF
- 44èmes journées de formation de l'ANMTEPH



● **Risques biologiques  
en établissement de santé**



C'est avec grand plaisir que nous vous accueillons à ce premier symposium de formation continue organisé conjointement par l'Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux (ANMTEPH) et l'Association suisse des Médecins d'entreprise des établissements de soins (SOHF). Bien que notre activité de médecine du travail diffère par des aspects législatifs et organisationnels, notre préoccupation première, c'est-à-dire la santé au travail et, au-delà, la santé des institutions dans lesquelles le personnel travaille, représente un but totalement partagé. Nous espérons que ce symposium commun conduira à élargir et approfondir notre vision des risques biologiques et de leur prévention pour le personnel des établissements de santé, ceci à la lumière de nos pratiques respectives.

L'ANMTEPH, association loi de 1901, créée en 1963, regroupe avec plus de 300 adhérents la grande majorité des médecins du travail des établissements de santé de métropole et des départements et territoires d'outre-mer français. Elle a une vocation formatrice: chaque année elle organise des journées nationales de formation pour les médecins du travail et les personnels des services de santé au travail des établissements de santé ainsi que différentes formations thématiques. L'association édite un bulletin d'information trimestriel, support de publications et de renseignements professionnels adressé gracieusement aux adhérents. Elle anime également un site web ([www.anmtph.fr](http://www.anmtph.fr)) proposant des informations professionnelles actualisées et un espace de communication entre adhérents.

La SOHF est une association médicale suisse fondée en 2003 et regroupant environ 70 médecins du personnel travaillant pour les établissements de santé. L'association est soutenue par plus de 40 institutions de soins. Les buts de la SOHF sont de promouvoir les échanges entre ses membres, d'émettre ou de collaborer à l'élaboration de recommandations touchant son domaine et de représenter un interlocuteur pour les instances officielles. La SOHF participe à la formation des médecins du personnel et des infirmiers de santé au travail en milieux de soins, en organisant des cours et des congrès et par la mise à disposition, sur son site internet ([www.sohf.ch](http://www.sohf.ch)), d'informations concernant la médecine du travail en milieu de soins.

**Merci à nos collègues qui ont aimablement accepté de traduire les résumés de ce programme**

Dr Martha Arnold, Lucerne  
Dr Karin Locher, Reha-Klinik Rheinfelden, Rheinfelden  
Dr Daniela Margelli, Universitätsspital, Bâle  
Dr Michael Trippel, Lucerne

**Merci aux sponsors qui ont beaucoup soutenu et permis ainsi la réalisation de ce symposium**

B|Braun - Becton Dickinson - BODE - Crucell Berna - Novartis - Sanofi Pasteur MSD

**Merci aux autres exposants qui ont également soutenu ce symposium :**

GlaxoSmithkline et Spirig

## Jeudi 25 septembre 2008

10h00	F. Zysset	Bienvenue du Président de la SOHF
10h15	L. Sctrick	Bienvenue du Président de l'ANMTEPH

## INFECTIONS NOSOCOMIALES ET COMMUNAUTAIRES

### Modérateurs :

Dr Marie-Line Lepori	<i>Médecin du travail, CHU Brabois, Vandoeuvre Les Nancy, FR</i>
Dr Nicolas Troillet	<i>Infectiologue, Institut Central des Hôpitaux Valaisans, Sion, CH</i>

10h40	G. Zanetti	Grippe aviaire/pandémie: où en sommes-nous en 2008?	4
11h00	C. Pétignat	Norovirus et autres diarrhées à l'hôpital: quelles mesures pour le personnel?	5
11h30	S. Erny	Epidémiologie de l'hépatite A: qui est à risque de s'infecter?	6
11h50	S. Harbarth	MRSA communautaire: un problème pour les EMS et les hôpitaux?	7
12h10	J.L. Marande	Risques infectieux et toxiques des lasers	8
12h40		<b>Repas (restaurant Chante-Pierre et du CHUV)</b>	
13h40		<b>Café (Hall du congrès), visite des posters et des expositions</b>	

## EXPOSITIONS AU SANG (AES)

### Modérateurs :

Dr Josette Juan	<i>Médecin du travail, CHU, Nimes, FR</i>
Dr Christiane Pétignat	<i>Médecin spécialiste HPCI, CHUV, Lausanne, CH</i>
Prof. Giorgio Zanetti	<i>Infectiologue, CHUV, Lausanne, CH</i>

14h10	V. Masserey	Soignants infectés par VHB, VHC ET VIH: recommandations suisses	9
14h40	D. Abiteboul	Soignants infectés par VHB, VHC ET VIH: gestion du risque en France	10
15h00	M. Cavassini	Prise en charge des AES en Suisse: quoi de neuf depuis 2001 ?	11
15h20	F. Zysset	AES: le patient-source est-il souvent exposé?	12
15h30		<b>Pause</b>	
16h00	E. Bouvet	Prise en charge des AES avec patient-source à charge virale indétectable	13
16h45	D. Abiteboul	Utilisation d'instruments sécurisés: expérience française	14
16h45	P. Burgisser	Mutations de l'antigène HBs et AES	15
17h15		<b>Assemblées générales de l'ANMTEPH et de la SOHF</b>	
19h15		<b>Départ en car du CHUV - Apéritif - Dîner (pour les participants inscrits au repas)</b>	

### Les orateurs :

Prof. Giorgio ZANETTI, infectiologue, Service Méd. Préventive Hospitalière, CHUV, Lausanne  
Dr Christiane PETIGNAT, médecin spécialiste HPCI, Unité cantonale HPCI, CHUV, Lausanne  
Dr Samuel ERNY, Collaborateur scientifique, Division maladies transmissibles, OFSP, Berne  
Dr Stephan HARBARTH, Service de Prévention et Contrôle de l'infection, HUG, Genève  
Dr Jean-Luc MARANDE, médecin du travail, CH Cochin, Paris  
Dr Virginie MASSEREY SPICHER, Cheffe de section, Div. Maladies transmissibles, OFSP, Berne  
Dr Dominique ABITEBOUL, médecin du travail, GERES, CH Bichat-Claude Bernard, Paris  
Dr Matthias CAVASSINI, Chef de clinique, Service des maladies infectieuses, CHUV, Lausanne  
Dr Frédéric ZYSSET, médecine du travail interentreprise pour les établissements de santé, Lausanne  
Prof. Elisabeth BOUVET, infectiologue, Présidente GERES, CH Bichat-Claude Bernard, Paris  
Dr Philippe BÜRGISSER, Médecin FAMH, Laboratoire d'immuno-allergologie, CHUV, Lausanne

## Vendredi 26 septembre 2008

08h30 F. Zysset Informations sur le déroulement de la journée

## COMMUNICATIONS LIBRES

### Modérateurs :

Dr Jean-Luc Marande *Médecin du travail, CH Cochin, Paris, FR*  
Dr Carlo Balmelli *Infectiologue, Ente Ospedaliero Cantonale, Lugano, CH*

08h45 S. Touche Evaluation des risques infectieux en laboratoires d'analyses médicales: présentation d'un guide méthodologique 16  
09h15 F. Gauthier-David Risque infectieux CMV à l'hôpital 17  
09h35 V. Nael Suivi et dépistage des salariés manipulant des denrées alimentaires: bonnes pratiques en médecine du travail 18  
10h00 **Pause**  
10h30 E. Bouvet Chimio prophylaxie après AES à risque HIV 19

## TUBERCULOSE

11h10 C. Gandar Tests interféron gamma à visée diagnostique: expérience française 20  
11h45 F. Spertini Vaccins contre la tuberculose: hier et demain 21  
12h30 **Repas (restaurant Chante-Pierre et du CHUV)**  
13h30 **Café (Hall du congrès), visite des posters et des expositions**

## VACCINATIONS ET RISQUES BIOLOGIQUES

### Modérateurs :

Dr Héléne Montera *Médecin du travail, CH, Perpignan, FR*  
Dr C. Lazor-Blanchet *Médecin du travail, CHUV, Lausanne, CH*

14h00 B. Vaudaux Faut-il encore vacciner le personnel des hôpitaux contre la poliomyélite? 22  
14h15 L. Sctrick Coqueluche parmi le personnel d'un établissement de santé : impact médico-économique, intérêt de la vaccination. 23  
14h45 D. Pfeifer Vaccination des travailleuses enceintes dans le secteur de la santé : risques et bénéfices 24  
15h30 M. Trippel Sages-femmes: prévenir les risques infectieux 25  
15h50 Conclusions (L. Sctrick et F. Zysset)  
16h00 **Fin du symposium**

### Les orateurs :

Dr Sylvie TOUCHE, médecin du travail, membre du GERES, CHU, Reims  
Dr Florence GAUTHIER-DAVID, médecin du travail, CH, Annecy  
Dr Virginie NAEL, médecin du travail, CHU, Nantes  
Prof. Elisabeth BOUVET, infectiologue, Présidente GERES, CH Bichat-Claude Bernard, Paris  
Dr Catherine GANDAR, médecin du travail, CH Bichat-Claude Bernard, Paris  
Prof. François SPERTINI, Médecin-chef, Service d'immuno-allergologie, CHUV, Lausanne  
Dr Bernard VAUDAUX, Médecin associé, Pédiatrie, CHUV, Lausanne  
Dr Lionel SCTRICK, médecin du travail, CHI-Poissy-St-Germain-en-Laye, Île-de-France  
Dr Dina PFEIFER, Medical officer, Department of Immunization, WHO, Genève  
Dr Michael TRIPPEL, Médecin du travail, Kantonspital, Lucerne  
Dr Frédéric ZYSSET, médecine du travail interentreprise pour les établissements de santé, Lausanne



### **Grippe aviaire / pandémie : où en sommes nous en 2008?**

Dr Giorgio Zanetti  
Médecin adjoint, professeur assistant  
Service de Médecine Préventive Hospitalière et  
Service des Maladies Infectieuses, CHUV  
Lausanne, Suisse

Depuis 2003, l'épidémiologie du virus Influenza A H5N1 nous place en phase III de période d'alerte pandémique selon la classification de l'OMS. Cette phase se définit par la circulation d'un nouveau sous-type de virus grippal dans des populations animales, associée à des infections isolées et non transmissibles chez l'être humain. De fait, H5N1 est responsable d'une panzootie qui touche principalement diverses espèces aviaires et qui persiste en Asie, en Afrique et probablement au Moyen-Orient. Les résurgences périodiques constatées malgré d'importantes mesures de contrôle traduisent probablement une endémicité, en particulier chez certaines espèces de canards qui peuvent servir de réservoir et de vecteurs sur de longues distances. De cas humains d'infections par H5N1 ont été identifiés dans 12 pays. Ils restent exceptionnels (350 au printemps 2008), mais leur létalité est de 60 %. 25% des patients appartiennent à de petits groupes de 2 ou 3 cas: cela traduit le plus souvent des expositions communes, mais occasionnellement de probables transmissions interhumaines, qui restent toutefois très limitées et peut-être favorisées par des prédispositions génétiques.

Si la phase III causée par H5N1 dure depuis plusieurs années, il reste que le risque est toujours aussi présent que la situation dégénère en pandémie (au point que ce texte pourrait s'avérer désuet à sa publication!). Le virus continue d'évoluer, ce qui se traduit par l'existence d'une dizaine de lignées virales différentes. Alors que la transmissibilité interhumaine semble ne dépendre que d'un nombre très limité de mutations au niveau de l'hémagglutinine, un tel phénomène n'a pour l'heure pas été constaté avec H5N1.

Parmi les nombreux défis auxquels les hôpitaux doivent se préparer dans la perspective d'une pandémie grippale, la protection du personnel exposé repose sur plusieurs mesures.

- 1) En Suisse, une vaccination pré-pandémique - dirigée contre un virus circulant actuellement - sera proposée aux soignants comme à toute la population. Elle sera rapidement mise en œuvre dès le déclenchement d'une phase IV.
- 2) Une prophylaxie quotidienne d'Oseltamivir (Tamiflu) est prévue pour tous les soignants en contact avec des patients grippés.
- 3) Des mesures additionnelles contre la transmission par gouttelettes doivent être appliquées à l'échelle de grands collectifs de patients. En Suisse, des mesures de protection contre les aérosols ne sont recommandées que dans des situations particulières; le rôle joué par les aérosols dans la transmission de la grippe reste cependant l'objet de discussions.
- 4) Une réorganisation du travail peut diminuer la contagiosité de la grippe dans de nombreux secteurs.

Certes, aucune de ces mesures ne repose sur une efficacité démontrée. Le caractère exceptionnel d'une pandémie grippale impose pourtant des décisions, et il est important que celles-ci soient fondées sur une analyse minutieuse et continue des données épidémiologiques.



### **Norovirus et autres diarrhées à l'hôpital: quelles mesures pour le personnel?**

Dr Christiane Petignat  
Médecin responsable  
Unité cantonale HPCI, SMPH  
Lausanne, Suisse

Les norovirus sont un groupe de virus à RNA, non enveloppés, responsables chez l'homme de gastro-entérites aiguës. Actuellement, il y a au moins cinq génogroupes connus. La transmission de ces virus se fait par voie fécale-orale, soit par la consommation d'aliments ou d'eau contaminés ou par contact direct de personne à personne. L'environnement peut être une source d'infection. Il existe de bonnes évidences de transmission du virus par voie aérienne, ceci par émission de gouttelettes de virus contenues dans les vomissements. Durant les épidémies de gastro-entérites à norovirus plusieurs modes de transmission ont été clairement identifiés. Les norovirus sont hautement contagieux et un très petit inoculum (<100 particules virales) est suffisant pour infecter un individu. L'excrétion virale commence d'habitude par le début de symptômes et peut persister jusqu'à pendant 2 semaines après le rétablissement. Les mécanismes d'immunité face au norovirus sont peu clairs. Il apparaît que l'immunité est spécifique et persiste seulement quelques mois. Plus de 50% des épidémies de gastro-entérites aiguës sont attribuées au norovirus. Une contamination alimentaire a été incriminée dans presque 60% des épidémies alors qu'une transmission de personne à personne a été reportée dans 15% des épidémies. Les principaux lieux d'éclosion d'épidémies incluent les restaurants et les cafétérias (36 %), les maisons de repos (23 %), les écoles (13 %) et les bateaux de croisière et autres lieux de vacances (10 %). Les épidémies sont fréquemment associées à la consommation de produits alimentaires froids (salades diverses, sandwichs et produits de boulangerie). Le diagnostic de norovirus s'est amélioré avec l'utilisation de méthode moléculaire et en particulier la reverse transcriptase PCR (RT-PCR). Aucune thérapie spécifique n'existe pour la gastro-entérite norovirus. Le traitement consiste en remplacer des pertes liquides et corriger les pertes d'électrolytes. Les norovirus sont relativement résistants dans l'environnement, sont capables de survivre à la congélation, à des températures de 60°C et dans de l'eau chlorée (jusqu'à 10 chlore ppm). Des mesures comme le traitement correct de produits alimentaires froids, l'hygiène des mains en cuisine, l'hygiène des mains après tout contact potentiel avec les liquides biologiques, l'éviction du lieu de travail, l'isolement des personnes malades en cas d'épidémie et la désinfection de l'environnement, peuvent réduire la transmission des norovirus. En milieu de soins, en présence de gastro-entérites aiguës, la mise en place rapide de mesures est essentielle pour interrompre la dissémination du virus. En l'absence de mesures, le taux d'attaque chez les patients et le personnel peut atteindre 90%. Les mesures préconisées sont la mise en place de mesures de confinement des cas atteint associées à des mesures additionnelles (port de gants, blouses et masques chirurgicaux pour les soignants) et pratique d'une hygiène des mains très stricte. Ces mesures sont à maintenir jusqu'à 48 heures après la fin des diarrhées. Les recommandations internationales préconisent que le personnel malade une éviction du personnel malade jusqu'à 48 heures après l'arrêt des symptômes. Ces mesures s'appliquent également aux travailleurs de l'alimentation.

## **Epidémiologie de l'hépatite A: qui est à risque de s'infecter?**

Dr. Samuel Erny  
Collaborateur scientifique  
Office fédéral de la Santé Publique (OFSP)  
Berne, Suisse

Le personnel du secteur de la santé présente-t-il un risque augmenté d'acquérir le virus de l'hépatite A (VHA)? Quelles sont les mesures de prévention les plus appropriées? Quelles sont les recommandations concernant la vaccination contre l'hépatite A du personnel du secteur de la santé?

Plusieurs enquêtes réalisées dans différents pays ont montré une prévalence similaire des anticorps anti-VHA parmi le personnel du secteur de la santé et parmi la population générale. De telles études de séroprévalence n'ont pas non plus démontré de différences entre les soignants des cliniques pédiatriques (supposées à plus haut risque) et ceux qui travaillent dans d'autres domaines. Si les soignants appliquent les précautions standard d'hygiène, la transmission du VHA peut être prévenue efficacement. En conséquence, les lignes directrices et recommandations pour la prévention de l'hépatite A émises par l'Office Fédéral de la Santé publique (OFSP) ne recommandent pas la vaccination de tous les travailleurs du secteur de la santé en Suisse. Toutefois, la vaccination est recommandée pour des sujets en contact étroit avec des personnes présentant un risque accru d'acquisition d'une hépatite A, par exemple les utilisateurs de drogues intraveineuses ou les personnes provenant de pays d'endémicité moyenne à élevée, comme les réfugiés. La vaccination est aussi recommandée pour le personnel de laboratoire qui manipule le VHA ou qui traite des échantillons de selles. Sinon, aucun groupe spécifique de travailleurs du secteur de la santé devant être vacciné ne peut être identifié.

Quels sont les risques non professionnels de transmission du VHA pour les travailleurs du secteur de la santé? Peut-il être rentable pour les employeurs d'offrir la vaccination aux travailleurs en considérant les risques non professionnels?

Parmi les cas de VHA rapportés à l'OFSP, la voie d'acquisition la plus souvent suspectée était associée à des voyages dans des pays à endémicité moyenne ou élevée pour le VHA, dans les cas où une voie d'acquisition suspectée était mentionnée. Le deuxième mode d'infection fréquemment rapporté (suspecté) était le contact avec une personne infectée. Dans les comparaisons internationales, la Suisse a l'un des taux les plus élevés de voyages outre-mer par habitant et par année. Il n'est ainsi pas surprenant qu'une enquête pratiquée en 2007 parmi des résidents suisses âgés de 20 à 60 ans ait montré une prévalence de 73.5% de voyages dans de tels pays à risque pour le VHA durant la vie entière (contre une prévalence de 82.5% d'être exposé à un risque quelconque d'acquisition du VHA). Le VHA est l'un des risques liés aux voyages les plus communs pouvant être prévenu par vaccination. Toutefois, les voyageurs sous-estiment ou ignorent souvent ce risque, ce qui se reflète par un faible taux de couverture vaccinale. Les employeurs peuvent considérer l'intérêt de prendre en charge des coûts de la vaccination pour leurs employés même s'ils ne présentent pas les risques professionnels mentionnés plus haut. En moyenne, l'arrêt de travail est de 27 jours par cas de VHA. Le coût supplémentaire par personne vaccinée est modéré si le vaccin combiné A et B est utilisé à la place du vaccin contre l'hépatite B seule, qui est recommandé pour tous les travailleurs du secteur de la santé.



### **MRSA communautaire: un problème pour les EMS et les hôpitaux?**

Dr. Stephan Harbarth  
Médecin Adjoint Agrégé  
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)  
Genève, Suisse

Des épidémies communautaires d'infections à methicillin-resistant Staphylococcus aureus MRSA ont été décrites depuis les années 1990 en Australie, Amérique du Nord et Europe. Hormis des personnes en contact avec une structure de soins, ces épisodes concernaient des communautés spécifiques (Indiens d'Amérique ou aborigènes), des usagers de drogue et des communautés fermées (équipes sportives, prisons) où des défauts d'hygiène étaient constatés. Il n'existe actuellement aucune recommandation pour le contrôle des infections à MRSA dans ces populations. Aux Etats-Unis, on note en plus l'émergence du MRSA communautaire comme une cause importante d'infections nosocomiales (surtout infections du site opératoire) en secteur hospitalier.

Récemment, nous avons décrit 2 épidémies à MRSA dans plusieurs EMS en Bavière (Wagenlehner FM et al. J Hosp Infect 2007;67:114-20) et à la maternité des HUG (Sax H et al. J Hosp Infect 2006;63:93-100), avec des cas groupés d'infection cutanée à MRSA producteurs d'une exotoxine particulière (leucocidine de Panton-Valentine). Dans les 2 épidémies, la source a été d'origine communautaire d'abord avec transmission nosocomiale ensuite. Le cas index de l'épidémie aux HUG était une patiente travaillant comme infirmière dans une clinique privée à Genève. Sept bébés et 2 mamans ont été contaminés au total. Par contre, aucun personnel soignant n'était colonisé par la souche épidémique. L'épidémie à MRSA communautaire en Bavière a touché plus que 100 patients et soignants dans plusieurs EMS allemands. La propagation a été facilitée par une réponse tardive des autorités sanitaires. La diffusion des MRSA s'est fait essentiellement par manuportage, entre patients via le personnel soignant ou entre résidents d'un même EMS. La décolonisation topique par pommade nasale et douches anti-septiques a pu terminer le portage MRSA dans une grande partie des cas documentés.

L'association d'une virulence spécifique et d'une résistance à des antibiotiques habituellement efficaces en pratique clinique, rend préoccupante l'émergence de ces souches de MRSA en milieu hospitalier et d'EMS. Des dépistages précoces, une bonne observance aux mesures de prévention et une sensibilisation du personnel au risque infectieux nosocomial assureront une bonne gestion de ces mini-épidémies et éviteront l'évolution vers l'endémicité.



## Risques infectieux et toxiques des lasers

Dr. Jean-Luc MARANDE  
Médecin du travail  
GH Cochin –Saint-Vincent de Paul AP-HP  
Paris, France

De nouveaux risques pour les personnels des blocs opératoires sont apparus avec le développement de la chirurgie laser en plus des risques d'atteinte cutanée et ophtalmologique classiques liés au faisceau laser.

L'utilisation de lasers lors des interventions chirurgicales est à l'origine de la production de fumées chirurgicales. Des produits de combustion toxiques et potentiellement infectieux sont présents dans l'air ambiant. En dehors des dégagements d'odeur désagréables et déplaisantes, ils gênent la visibilité des opérateurs pouvant perturber leur concentration et mettent en danger toute l'équipe opératoire lorsqu'ils ne sont pas immédiatement aspirés et filtrés à la source.

Dans les fumées générées par les lasers, ont été retrouvés des sous-produits des protéines et des lipides calcinés, hautement toxiques et cancérigènes : oxydes de carbone, cyanure d'hydrogène, acroléine, benzène, formaldéhyde... Des auteurs ont mis en évidence le pouvoir mutagène et/ou cytotoxique des fumées. En plus des effets potentiels à long terme, ces substances chimiques peuvent provoquer des maux de tête ainsi qu'une irritation et une sensation douloureuse au niveau des yeux, du nez et de la gorge.

Des virus viables ont été identifiés dans les fumées de laser. L'ARN du VIH contenu dans les fumées produites par un laser à CO<sub>2</sub> peut rester intact jusqu'à 14 jours. L'inhalation de fumées contenant des papillomavirus humains augmente le risque de développement de verrues naso-pharyngées chez les chirurgiens. Des papillomatoses laryngées ont été décrites chez des gynécologues vaporisant au laser à CO<sub>2</sub> des condylomes.

Dans les fumées des lasers à CO<sub>2</sub> des particules dont la taille varie de 0,07 à 25 µm ont été identifiées. Chez l'animal, l'inhalation de ces particules a provoqué le développement d'une pneumopathie interstitielle, d'une bronchiolite et d'un emphysème.

Enfin, il a été montré que des cellules intactes et des éléments sanguins sont aérosolisés par les lasers. Chez des patients ayant subi une chirurgie laparoscopique, on a démontré la présence de métastases au niveau des sites de trocart, à distance de la zone d'ablation du tissu cancéreux, par la libération de cellules viables.

En plus des recommandations classiques pour l'utilisation de laser (accès réglementé, absence d'objet ou surface réfléchissants, port de lunettes protectrices adaptées à la longueur d'onde du laser), la ventilation générale et l'aération des locaux sont indispensables. En cas d'émission de fumées, il faut les capter au plus proche de leur source et à mesure de leur production : aspirateur de fumée, mécanisme de filtration des fumées en coelochirurgie. Les masques chirurgicaux non filtrants standard ne procurent pas une protection adéquate pour le personnel exposé aux fumées générées par les lasers. Le port de masques à haute efficacité de filtration (0,1µm) est recommandé par certains auteurs.



### **Soignants infectés par VHB, VHC ET VIH: recommandations suisses**

Dr. Virginie Masserey Spicher  
Cheffe de section Vaccinations  
Office fédéral de la santé publique  
Berne, Suisse

Le risque lié aux virus transmissibles par le sang dans le secteur sanitaire est déterminé par le risque d'accidents exposant au sang lors de gestes médicaux invasifs. La généralisation des précautions standard a considérablement réduit le risque. La gravité des infections concernées (hépatites B ou C, VIH), le devoir de protection des patients, ainsi que les demandes des principaux intéressés (professionnels de santé, employeurs, autorités de santé publique) ont conduit à l'élaboration de recommandations concernant l'activité professionnelle des soignants infectés. Elles ont été développées pour la Suisse avec l'aide d'experts, sur la base de considérations épidémiologiques, éthiques et juridiques, dans le but de définir un processus décisionnel transparent et respectueux des droits fondamentaux.

Le risque de transmission aux patients est essentiellement associé à la pratique d'actes à haut risque d'exposition au sang ("exposure-prone procedures"): procédures invasives au cours desquelles les mains du soignant peuvent entrer en contact avec des objets piquants ou tranchants dans un site anatomique étroit, échappant au contrôle visuel. Le risque de transmission est le plus élevé pour le VHB, lorsque l'antigène HBe est positif ou que le taux circulant de virus est élevé (0.24-2.4/1000 procédures). Des transmissions de VHC et de VIH ont aussi été décrites quoique plus rarement encore (estimations du risque: 0.05-0.5/1000 et < 0.02/1000 procédures, respectivement).

Les soignants devraient être informés des risques, être formés quant aux précautions à respecter et annoncer immédiatement tout accident exposant au sang. Le dépistage (VHB, VHC, VIH) est recommandé pour les professionnels de la santé exerçant des actes à haut risque, de préférence avant ou en début de formation; il est également recommandé aux soignants à risque (réponse insuffisante au vaccin contre l'hépatite B, exposition). Aucune activité professionnelle n'est interdite aux soignants infectés. Il leur est recommandé de consulter les spécialistes compétents pour le traitement de l'infection (réduction de la virémie) et l'optimisation des mesures de précaution. La pratique d'actes à haut risque est déconseillée avec une virémie VHB  $\geq 104$  copies/ml. Il appartient au soignant infecté de décider en connaissance de cause de poursuivre une formation ou une activité comportant des actes à haut risque. Lorsqu'un patient est accidentellement exposé au sang d'un soignant, il doit pouvoir bénéficier le cas échéant d'une prophylaxie post-expositionnelle (VHB, VIH) et d'un suivi (VHB, VHC, VIH). Dans la mesure du possible, la confidentialité concernant le soignant infecté sera respectée. Cela implique la mise en place préalable d'un processus approprié. Des groupes consultatifs d'experts devraient être constitués au niveau régional (ou cantonal) afin de contribuer à l'évaluation des situations concrètes et de faire des recommandations spécifiques.

S'il n'est pas certain que ces nouvelles recommandations amélioreront la sécurité des patients, déjà très élevée en Suisse, elles devraient contribuer à l'homogénéité des attitudes et conseils envers les professionnels de santé concernés.



### **Soignants infectés par VHB, VHC ET VIH: gestion du risque en France**

Dr. Dominique Abiteboul  
Service de santé au travail  
Hopital Bichat-Claude Bernard / GERES  
Paris, France

Le risque de transmission des virus VIH, VHC et VHB d'un professionnel de santé infecté à un patient existe, même s'il est très faible, plus faible pour le VIH que pour le VHB et le VHC. Au 30.12.2003, le nombre de cas de transmission du VIH de soignant à patient publiés était 4 pour le VIH, 16 pour le VHC et plus de 50 pour le VHB.

Les facteurs de risque de transmission virale de soignant à patient ont été bien étudiés : les contaminations surviennent lors de procédures invasives pouvant mettre en contact les tissus profonds du patient avec le sang du soignant : sont donc surtout en cause les chirurgiens, obstétriciens et dentistes. Souvent, le mécanisme exact n'est pas élucidé. Lors d'un acte de soins, le risque de transmission d'un virus au patient par un soignant infecté est fonction de la prévalence de l'infection chez les soignants, de la probabilité d'AES avec re-contact et de l'infectiosité du virus qui dépend en grande partie du niveau de la charge virale plasmatique chez le soignant.

En France, des recommandations ont été faites en 2003 pour le VHB et le VHC, en 2005 pour le VIH, par le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF), instance d'expertise placée auprès du Ministère de la santé. Le CSHPF rappelle que la prévention du risque de transmission soignant-soigné passe par celle des AES au cours des soins invasifs, tout particulièrement au bloc opératoire, ainsi que par la vaccination obligatoire pour le VHB. Pour le VIH et le VHC, il n'est pas favorable à un dépistage obligatoire qui apporterait une fausse sécurité. Cependant, le dépistage volontaire chez les soignants est fortement recommandé, en particulier chez ceux pratiquant des gestes à risque d'AES et de re-contact ainsi que chez les étudiants des filières de santé : ce dépistage doit être régulièrement effectué en particulier en cas de conduite à risque non professionnelle et aussi à l'occasion d'un AES. Pour le VHB, des textes réglementaires de 2007 exigent de vérifier l'absence d'Antigène anti-HBs chez les étudiants et personnels de santé réalisant des gestes invasifs et vaccinés après l'âge de 13 ans.

Il recommande que les soignants infectés ne soient pas systématiquement exclus des soins sur le seul critère de leur séropositivité qu'une Commission Nationale «ad hoc » soit créée dont le rôle serait de juger de l'aptitude du soignant à poursuivre son activité professionnelle, en fonction notamment de son type d'exercice et du niveau de sa virémie, tout en assurant la confidentialité et le caractère homogène des avis rendus.

Ces recommandations du CSHPF viennent clarifier un sujet difficile mais certains problèmes demeurent. Pour l'instant, elles n'ont pas été reprises dans des textes officiels et n'ont donc pas de valeur réglementaire, sauf pour le dépistage après vaccination anti-VHB. La commission reste à créer La notion de geste invasif demeure imprécise : elle est claire pour les actes chirurgicaux, mais s'applique-t-elle à tous les actes avec matériel vulnérant ? Actuellement en l'absence de commission nationale « ad hoc » les situations de ce type restent réglées localement au cas par cas.

**Prise en charge des accidents avec exposition à du sang en Suisse : quoi de neuf depuis 2001 ?**

Dr. Matthias Cavassini  
Chef de Clinique  
Service des Maladies Infectieuses, CHUV  
Lausanne, Suisse

Les expositions professionnelles au sang (ou aux autres liquides biologiques) sont associées à un risque d'infection par des agents pathogènes, en particulier par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC). En Suisse, 11721 accidents avec expositions à des liquides biologiques ont été déclarés de 1990 à fin 2004 représentant un risque moyen par infirmière de 0.8 accident par année de travail. A ce jour 2 séroconversions VIH, 3 séroconversions VHB et 8 séroconversions VHC ont été déclarées en Suisse. La prise en charge appropriée des personnes exposées au sang est un élément indispensable de la stratégie de prévention des infections professionnelles. Elle permet non seulement de réduire le risque d'infection mais également de répondre à l'anxiété liée à l'accident et de renforcer les messages de prévention. A ce jour plusieurs pays ont émis des recommandations (avec mise à jour) de prise en charge du personnel de santé après accident exposant à du sang démontrant bien le besoin d'avoir une approche standardisée afin de faciliter les prises de décisions. Les conséquences purement asséculo-logiques (par exemple prise en charge financière par l'assurance accident d'une infection VIH !) ne sont pas à minimiser et doivent être considérées par la médecine du personnel de l'institution et ses employés.

La prise en charge d'un accident avec exposition à du sang passe par 4 étapes principales : 1) déclaration urgente et précise de l'accident et vérification du status vaccinal (HBV) du blessé ; 2) anamnèse et dépistage sérologique ciblé de la personne source en urgence ; 3) Décision de l'instauration d'une prophylaxie anti-VIH et/ou anti-VHB post expositionnelle ; 4) suivi clinique et sérologique du blessé depuis le moment de l'accident jusqu'à 6 mois après l'accident.

L'efficacité d'une prophylaxie post-expositionnelle anti-VIH est dépendante de la rapidité de son instauration. Les possibilités d'associations de substances antirétrovirales sont nombreuses, cependant chaque institution doit définir à l'avance quel traitement doit être débuté en urgence. Ce dernier pourra toujours être modifié dans un second temps après discussion avec un spécialiste en cas d'effet secondaire, souci de résistance antirétrovirale chez la personne source ou problème d'interaction médicamenteuse. La vaccination contre l'hépatite B à l'engagement de toute personne impliquée dans les soins demeure essentielle compte tenu de sa grande efficacité (>95%). La documentation de la réponse immunitaire doit être effectuée 1-2 mois après la dernière dose. Le risque de transmission de l'hépatite C a été revu à la baisse (0.5% par accident). En l'absence de prophylaxie efficace, la prise en charge repose sur le suivi clinique et sérologique du blessé. En cas de séroconversion au HCV un traitement au stade aigu de l'infection doit être discuté avec un spécialiste.



### **AES: le patient-source est-il souvent exposé?**

Dr. Frédéric Zysset  
Président de la SOHF  
Méd. du travail interentreprise pour les établis. de santé  
Lausanne, Suisse

Lors de la prise en charge des accidents avec exposition aux liquides biologiques (AES), l'exposition possible ou avérée du patient-source doit être systématiquement évaluée, ceci pour prévenir la transmission d'infections du soignant blessé au patient-source. Généralement, il convient de déterminer en détail les conditions de survenue de l'AES, tant pour évaluer le risque de contamination du blessé, que les possibilités d'exposition du patient-source au sang du blessé en principe indentifiables sur la base de cette anamnèse. Les expositions de patients peuvent être suspectées par exemple :

- lors de blessures per-opératoire, particulièrement si la blessure a lieu dans la cavité opératoire ou si l'objet ne peut être éliminé sans que la zone contaminée rentre en contact avec les tissus du patient ou lorsqu'il y a saignement du soignant dans la plaie opératoire
- lors de blessures per-opératoires non remarquées et constatée en fin d'intervention (en enlevant les gants par exemple)
- lorsque le soignant constate un saignement dans les gants et que leur intégrité n'a pas pu être vérifiée
- lorsque le soignant omet de jeter l'objet après blessure et que la zone contaminée de cet objet entre à nouveau en contact avec les tissus du patient
- lorsque l'objet ne peut être éliminé sans que la zone souillée par le sang du soignant entre en contact avec les tissus du patient
- en cas de morsure avec saignement du soignant

Pratiquement, sur la base de l'expérience du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), environ 7% des AES survenus en cours d'intervention dans le bloc opératoire ont conduit à une exposition possible du patient qui justifie une prise en charge. En chirurgie orthopédique, le taux d'exposition du patient peut atteindre près de 20% des AES. Dans les services de soins, la possibilité d'exposition du patient survient dans environ 4% des AES. Ce risque est augmenté lorsqu'il s'agit de soignants inexpérimentés (étudiants) et peut atteindre 13% des accidents, alors que la fréquence est de 3% chez les infirmiers.

La prise en charge du patient-source s'il est exposé se fait selon une procédure identique à celle pratiquée pour le soignant lors d'AES, soit une anamnèse du soignant à la recherche de facteurs de risque et la réalisation de sérologie VIH, VHC et, si indiqué, VHB, afin d'écartier ces infections. Selon les risques anamnestiques ou en présence d'une infection du soignant, la prise en charge du patient-source se fera selon les mêmes modalités que le soignant. Dans ce cas, le patient-source sera toujours informé de la survenue de l'exposition et des mesures éventuelles proposées dans ce contexte.

La survenue fréquente d'expositions du patient lors d'AES met en évidence l'importance d'une déclaration systématique des AES par les soignants et particulièrement par les chirurgiens qui ont souvent tendance à les banaliser, mais aussi l'importance de l'application des précautions standard et de la vaccination contre l'hépatite B des étudiants tant médecins qu'infirmiers, non seulement pour les protéger, mais aussi pour la protection des patients.



### **Prise en charge des AES avec patient-source à charge virale indétectable**

Prof. Elisabeth Bouvet  
PU PH, Présidente du GERES  
Service infectiologie, Hôpital Bichat Claude Bernard  
Paris, France

Parmi les facteurs de risque de transmission du VIH après AES Accident d'exposition au sang l'intensité de la charge virale plasmatique chez le patient source est l'élément fondamental. Les autres facteurs de risque sont la profondeur de la blessure, la nature creuse de l'aiguille, le fait qu'elle ait été placée directement dans un vaisseau et qu'elle soit visiblement souillée de sang. Lorsque l'on analyse les séroconversions post AES survenues depuis les HAART dans les publications internationales on constate qu'il n'a jamais été rapporté de séroconversion après AES avec patient source à charge virale indétectable. Doit-on pour autant changer les recommandations de traitement post exposition et remettre en questions le traitement en cas de charge virale indétectable ? Les recommandations nationales françaises et étrangères ne prennent pas en compte ce paramètre pour le moment. Il est vraisemblable que la survenue d'un AES avec un liquide biologique à charge virale indétectable est à risque pratiquement nul de transmission du VIH. Les recommandations doivent-elles en être modifiées ? L'AES comporte une exposition au sang total qui est constitué de plasma mais aussi de cellules, en particulier des lymphocytes qui peuvent contenir des particules virales et surtout de l'ADN pro viral intégré susceptible d'engendrer une réplication virale. La charge virale habituellement mesurée est la charge virale plasmatique et non la charge virale cellulaire, qui peut être différente et donc plus élevée. De plus, l'indétectabilité est relative au seuil de détection.

Une autre limite à cette information tient au fait qu'une charge virale indétectable un jour donné peut ne plus l'être quelques jours plus tard. Il suffit que le traitement antirétroviral soit interrompu pendant plusieurs jours pour que la réplication virale se reproduise et que la charge virale plasmatique augmente. Il est exceptionnel que l'on connaisse la charge virale au moment de l'accident. Il faudrait en tout cas pouvoir vérifier l'indétectabilité au moment de l'AES avant de pouvoir considérer l'absence de risque.

D'un autre côté si la charge virale plasmatique est réellement inférieure à 50 copies dans le plasma depuis plusieurs mois, ce qui est fréquent chez les patients régulièrement traités et suivis, la charge virale cellulaire a toute chance d'être elle aussi indétectable et très basse et le risque de contamination probablement nul. La prescription d'un traitement post exposition devient alors injustifiée.

La conjonction d'une charge virale plasmatique indétectable et d'autres facteurs de risque très faibles tels qu'une piqûre superficielle, avec une aiguille pleine ou une aiguille à sous cutanée par exemple ne justifie probablement pas un traitement post exposition compte tenu de la balance bénéfique risque, en défaveur du traitement.

La décision de chimioprophylaxie dans ces cas où tous les facteurs de risque de transmission sont absents doit être prise par le médecin référent spécialiste du VIH qui dispose de tous les éléments nécessaires à la décision et peut prescrire les compléments biologiques nécessaires.



### **Utilisation d'instruments sécurisés: expérience française**

Dr Dominique Abiteboul  
Service de santé au travail  
Hopital Bichat-Claude Bernard / GERES  
Paris, France

En 1990, le Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES) a identifié, lors de sa première enquête nationale les gestes invasifs les plus dangereux, incitant tant les instances nationales que les fabricants à améliorer la sécurité de ces gestes. Depuis, de nombreuses actions de prévention des AES ont été menées, des matériels dits de sécurité\* ont été acquis et une surveillance de ces accidents mise en place dans de nombreux hôpitaux. Une nouvelle enquête du GERES menée en 2000 auprès de 1506 infirmier(e)s volontaires de 32 hôpitaux a montré une incidence des piqûres a été divisée par 4 en 10 ans : 0.07/IDE/an en 2000 pour 0.3/IDE/an en 1990 ; 4.72/100 000 gestes réalisés en 2000 pour 18.12/100 000 en 1990. Cette décroissance est certainement due à une meilleure application des mesures de prévention (39% des piqûres évitables par les « précautions standards » en 2000 pour 53% en 1990) mais l'utilisation de matériels de sécurité a également un impact. Ainsi, la décroissance la plus forte est observée pour les prélèvements capillaires et les hémocultures avec un risque divisé par 7 et 6.6, sachant que 91% des services participant disposent de matériels sécurisés pour le prélèvement capillaire et 64% pour les hémocultures. Le taux de piqûre pour 100 000 gestes réalisés en intraveineux (prélèvement simple et pour hémoculture, pose et dépose de perfusion) est de 4.4/100 000 dans les services équipés de matériels sécurisés (plus de 66% de leurs commandes en matériel sécurisé) pour chacun de ces 4 gestes, alors qu'il est de 17.8/100 000 dans les services non dotés (moins de 33% des commandes en matériel sécurisé (risque relatif 0.24 ; intervalle de confiance à 95% ; 0.11-0.55). Ces résultats sont retrouvés dans d'autres pays, confirmant l'intérêt des matériels de sécurité.

Néanmoins, ces dispositifs peuvent également être à l'origine d'accidents dont le nombre devient notable dans les structures bien dotées en matériels de sécurité. Il semble, malgré le faible nombre d'AES documentés, que certains types de matériels (du fait d'une utilisation inadaptée ou d'un geste d'activation difficile à réaliser) soient plus représentés dans ces AES avec matériels de sécurité, données qui mériteraient d'être confirmées : une enquête est en cours au GERES dont les résultats seront présentés.

*\*Les matériels de sécurité destinés à la prévention des AES sont des dispositifs pourvus d'un système de protection permettant la neutralisation de l'aiguille ou de la lame du dispositif après le geste.*



### Mutations de l'antigène HBs et AES

Dr Philippe Bürgisser  
Médecin FAMH, resp. analyses HIV, hépatites, cytométrie  
Service d'immunologie et allergie, CHUV  
Lausanne, Suisse

La quasi-totalité des épitopes reconnus par les anticorps anti-HBs est localisée sur une boucle de l'Ag HBs exposée à la surface du virus de l'hépatite B (VHB). Cette région immunodominante est caractérisée par une variation **naturelle** bien connue permettant de définir 9 sérotypes, dont la prévalence diffère d'une région du monde à une autre. Ces variants naturels sont tous détectés par les tests EIA pour l'Ag HBs et chaque sérotype induit la synthèse d'anti-HBs dont l'effet neutralisant s'étend à tous les autres sérotypes (cross-neutralisation).

Par ailleurs, on observe depuis une quinzaine d'années la survenue d'autres mutations dans la boucle immunodominante de l'Ag HBs. Ces mutations apparaissent surtout chez des enfants de mères VHB+ lesquels ont reçu des immunoglobulines anti-HBs et/ou ont été vaccinés dans la période périnatale et qui ont malgré tout été infectés. Cette situation peut se voir également en cas de transplantation hépatique chez des patients VHB+ ayant reçu le même traitement pour prévenir l'infection du greffon. Dans de tels cas, il s'agit d'une variation **induite** par la pression sélective des anti-HBs acquis passivement ou activement. Elle permet au virus mutant de survivre en présence d'anti-HBs contre le virus "wild-type" (mutations d'échappement à la réponse immune humorale). Ces mutants sont bien connus à Taiwan en raison de la prévalence très élevée de l'hépatite B et d'une campagne de vaccination en masse des nouveau-nés. De 1984 (avant le début de la vaccination) à 1994, la prévalence des anti-HBs chez les enfants taiwanais est passée de 3.8% à 75.2%, illustrant le succès de cette campagne. Le revers de la médaille est représenté par la proportion d'enfants infectés par un VHB avec Ag HBs mutant qui est passée de 7.8% en 1984 à 28.1% en 1994. Il semble qu'en 1999 cette proportion se soit stabilisée à 23.1%. La prévalence de ces mutants ailleurs dans le monde est mal connue et irait de 1.1% au moins des patients aux USA à 12.5% en Espagne. Nous présenterons 2 cas identifiés dans notre laboratoire. Ces mutations induites représentent un défi en cas d'exposition professionnelle. En effet, l'Ag HBs mutant peut causer une fausse négativité du test de dépistage et le diagnostic d'hépatite B sera manqué. Mais même si l'Ag est détecté, il ne sera pas identifié comme mutant et l'administration d'anti-HBs et/ou une vaccination s'avèreront probablement inefficaces sans qu'on puisse le prévoir. Par chance, certains de ces mutants pourraient avoir une infectiosité diminuée en raison d'une réplication virale moins efficace. D'un autre côté, on peut craindre l'apparition de nouvelles mutations de l'Ag HBs, résultant indirectement de mutations de résistance aux antiviraux utilisés de plus en plus fréquemment contre le VHB. Une solution consisterait à produire des vaccins incluant des séquences avec mutations. Toutefois, même à Taiwan, on considère que la situation ne justifie pas encore une adaptation des vaccins actuels. Pour le futur, on peut espérer qu'une PEP par antiviraux similaire à celle mise en place pour VIH verra le jour.



**Evaluation des risques infectieux en laboratoires  
d'analyses médicales: présentation d'un guide  
méthodologique**

Dr. Sylvie Touche  
Praticien Hospitalier Médecine du Travail  
C.H.U.  
Reims, France

Les laboratoires d'analyses médicales représentent un secteur d'activité où il existe une grande diversité d'expositions professionnelles. Leur évaluation, outre son caractère réglementaire, constitue un préalable nécessaire à l'instauration de mesures de prévention adaptées. Cette évaluation est particulièrement importante vis-à-vis du risque biologique dont l'appréhension qualitative et quantitative est relativement complexe. Le potentiel infectieux des prélèvements est en effet très variable selon la nature des produits biologiques traités, leur provenance, leurs conditions de conservation. L'infectiosité dépend également des voies de transmission des agents pathogènes présents et des conditions d'exposition générées par leur manipulation (voies respiratoires, orales, percutanées,...).

Un groupe de travail pluridisciplinaire dédié aux risques infectieux en laboratoires s'est constitué à l'initiative conjointe de l'Institut National Recherche et Sécurité (I.N.R.S.) et du Groupe d'Etude sur les Risques d'Exposition des Soignants (G.E.R.E.S.).

Les travaux de ce groupe ont conduit à l'élaboration d'un guide dont l'objectif est de proposer des outils d'évaluation et des pistes de solution en termes de prévention technique et organisationnelle, corrélées aux mesures de prévention et de confinement préconisées par l'arrêté du 16 juillet 2007, lequel s'applique à tous types de laboratoires de biologie.

Les deux premières parties sont consacrées, d'une part aux aspects principaux et aux données épidémiologiques des transmissions infectieuses en laboratoires, et, d'autre part, à la méthodologie générale d'évaluation des risques.

Un questionnaire est ensuite proposé aux fins de réaliser un état des lieux de l'ensemble du laboratoire vis-à-vis du risque biologique. Sa formulation est telle que toutes les réponses doivent être positives pour répondre aux prescriptions réglementaires - dont les principales sont référencées au fur et à mesure des questions. Ce document est destiné à être complété avec toutes les parties concernées : biologistes, cadre, techniciens,...

Des exemples d'évaluation ciblée par procédures de travail sont ensuite présentés. Ces exemples ont été choisis pour leur représentativité des activités en laboratoires : soit de techniques fréquentes (centrifugation, décantation, ECBU,...) soit de techniques associées à un risque infectieux spécifique (culture de BK, examen coprologique,...). Le but est que chacun puisse s'approprier la méthode d'analyse des risques et la reproduire à tous les postes de travail.

Enfin sont présentées des fiches de synthèse sur les bonnes pratiques, les moyens de protection et les conduites à tenir en cas d'accident.



### **Risque infectieux CMV à l'hôpital**

Dr Stéphanie Grégoire, médecin du travail  
Groupe hospitalier Cochin-Saint Vincent de Paul  
Paris, France

Dr Florence Gauthier-David, médecin du travail  
Centre Hospitalier de la Région d'Annecy  
Annecy, France

Le risque cytomégalovirus (CMV) à l'hôpital concerne les soignantes enceintes.

Le cytomégalovirus est un herpes virus de répartition mondiale, responsable d'infections endémiques tout au long de l'année.

Sa transmission est exclusivement inter humaine, par l'intermédiaire des gouttelettes de sécrétions oro-pharyngées ou par contact des muqueuses avec des mains souillées par des liquides biologiques infectés.

Le CMV est la première cause d'infection virale materno-fœtale.

Le plus souvent, la maladie est inapparente chez la femme enceinte.

Le risque est surtout celui de la transmission materno-foetale retrouvée dans 30 à 40% des primo-infections maternelles dont 10 à 15 % seront responsables d'infections symptomatiques chez le nouveau-né, notamment de maladie des inclusions cytomégaliennes au pronostic très sévère.

Aujourd'hui, le diagnostic d'infection maternelle à CMV pose donc essentiellement la question de la réalisation d'une interruption médicale de grossesse (IMG) si le fœtus est atteint d'une affection de gravité particulière.

En France, un groupe d'experts a travaillé sur l'intérêt du dépistage du CMV chez les femmes enceintes, dans la population générale et dans le cas particulier d'une population exposée en milieu de soins ou dans des collectivités d'enfants.

Dans ses conclusions rendues en septembre 2004, ce groupe préconise de ne pas effectuer de dépistage systématique du fait de l'absence de traitement, de données épidémiologiques incomplètes (infection secondaire, séquelles sensorielles tardives), de performances des tests sérologiques variables, de la difficulté d'établir le pronostic, de la prise en charge non consensuelle en cas de séroconversion et des conséquences négatives du dépistage (anxiété, fausses couches iatrogènes liées à l'amniocentèse, IMG). Pour ces mêmes raisons, un dépistage en préconceptionnel ou ciblé sur la population à risque ne paraît pas pertinent (dimension large de la population, incertitudes sur les infections secondaires).

En revanche, dans le cas d'un accident d'exposition au sang impliquant une victime enceinte et un patient source CMV positif, il est alors nécessaire de programmer un suivi sérologique et d'orienter la patiente vers une équipe pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

Dans tous les cas, l'information concernant les mesures d'hygiène universelles doit être donnée aux femmes enceintes.

Il n'y a pas de restriction au poste de travail.

### **Suivi et dépistage des salariés manipulant des denrées alimentaires: bonnes pratiques en médecine du travail**

Dr Virginie Nael, Dr Claire Gordeeff et Dr Dominique Tripodi  
Service de Médecine du Travail et des Risques Professionnels  
CHU Nantes  
Nantes, France

En France, 662 foyers de TIAC (toxico-infections alimentaires collectives) ont été déclarés en 1998. On observe une augmentation de 10% par an du nombre de cas déclarés.

Tout personnel manipulant des denrées alimentaires doit avoir subi chaque année, dans le respect de la réglementation en vigueur, des visites médicales obligatoires pour constater son aptitude médicale à ses fonctions. En France, Il n'existe aucune vaccination obligatoire. La circulaire du 26 avril 1998 du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle recommande néanmoins la vaccination contre l'Hépatite A. La prévention des TIAC par la recherche systématique de porteur de staphylocoques parmi les personnels de l'industrie alimentaire (arrêté du 22 décembre 1966) est onéreuse et peu rentable et devrait être remplacée par un effort d'éducation du personnel et stricte application des règles d'hygiène professionnelle.

En dehors des examens prévus lors du recrutement et après une interruption de travail supérieure à 6 mois, aucune pratique systématique d'examen bactériologiques ou parasitologiques n'est obligatoire. Seul le médecin peut être le prescripteur des analyses suivantes qui sont préconisées et pratiquées dans les usages :

- la coproculture,
- un examen parasitologique des selles,
- une recherche des staphylocoques pathogènes dans les fosses nasales et rhinopharyngées,
- une recherche des streptocoques hémolytiques dans le pharynx.

Le médecin jugera de l'opportunité de faire effectuer des examens de surveillance complémentaire. L'information et l'éducation sanitaire des personnels constituent, selon les textes, l'essentiel de la prévention. La formation est réalisée sous la responsabilité de l'employeur. Néanmoins, la surveillance médicale, doit aussi aborder la formation, l'analyse des postes de travail et des risques et repose sur le médecin du travail. La surveillance médicale de ces personnels comporte aussi l'éviction, la prise en charge et le traitement des sujets présentant une infection cutanée, oropharyngée ou digestive.

#### Conduite à tenir en cas de TIAC :

##### a/ PROCEDURES IMMEDIATES

Prévenir le médecin du travail, le CLIN (si en établissement de santé), la Direction de l'établissement. Prévenir la DDASS, la DSV si besoin. Identifier les malades ayant eu des signes, les délais d'incubation. Effectuer des prélèvements de selle et vomissements chez les malades, voire rechercher d'éventuels porteurs sains. Identifier les malades n'ayant pas eu de signes (utile pour l'enquête épidémiologique cas-témoin). Faire la liste des aliments consommés et menus des trois jours précédents. Conserver les denrées alimentaires des trois derniers jours au réfrigérateur.

##### b/ PROCEDURES DIFFEREES :

- 1° enquête épidémiologique qui permet - de décrire le phénomène et de connaître les circonstances de l'évènement (lieu, temps et personnes) et distribution dans le temps et dans l'espace de l'apparition des cas, caractéristiques des personnes atteintes, - de déterminer le ou les aliments ayant la plus grande probabilité d'être à l'origine des troubles, - d'orienter ou de confirmer les analyses microbiologiques
- 2° des prélèvements en vue d'analyses microbiologiques chez les malades et dans les aliments;
- 3° une enquête sanitaire comportant l'étude de la chaîne alimentaire afin de déterminer les facteurs favorisant le développement microbien ou la production de toxine, la traçabilité de l'aliment incriminé et la mise en place de mesures préventives
- 4° Rédaction d'un rapport
- 5° Maladies à déclaration obligatoire



### **Chimioprophylaxie après AES à risque HIV**

Prof. Elisabeth Bouvet  
PU PH, Présidente du GERES  
Service infectiologie, Hôpital Bichat Claude Bernard  
Paris, France

Lorsque la mise en route d'une prophylaxie antirétrovirale est décidée elle doit être débutée le plus rapidement possible (au mieux dans les 4 heures qui suivent l'exposition, au plus tard jusqu'à 48 heures). Le Traitement Post Exposition (TPE) doit préférentiellement consister en une trithérapie comportant 2 inhibiteurs nucléosidiques (IN) et un Inhibiteur de protéase (IP).

Les Inhibiteurs nucléosidiques recommandés sont les suivants : zidovudine, lamivudine, emtricitabine, stavudine et ténofovir. Les formes associées Combivir® ou Truvada® sont particulièrement intéressantes dans cette indication.

Parmi les IP/r (fosamprénavir, lopinavir et saquinavir) le lopinavir/ritonavir (Kaletra®, 2 comprimés matin et soir) présente plusieurs avantages, dont la bonne expérience et la simplicité des prises sans adjonction de norvir, déjà inclus dans la formulation.

Du fait du risque de survenue d'effets indésirables graves, il est recommandé de ne pas utiliser les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (névirapine et l'éfavirenz), l'abacavir, l'indinavir ou l'association didanosine + stavudine .

L'utilisation des associations Truvada® + IP/r ou Combivir® + IP/r peut donc être recommandée en première intention. En cas de patient source connu et infecté par le VIH, le choix du traitement antirétroviral se fera au cas par cas. Un recours à un médecin référent VIH s'impose alors d'emblée : le TPE de la personne exposée sera, dans la mesure du possible, adapté à l'historique des traitements anti-rétroviraux reçus par le patient source. On s'aidera si nécessaire des tests génotypiques de résistance, si le patient source est à risque ou porteur d'un virus muté; ceci pourra permettre de corriger la prescription initiale après quelques jours. On peut éventuellement utiliser le traitement habituel du patient source si celui-ci n'est pas en échec virologique. Cette alternative doit être envisagée en amont de l'accident lors d'un entretien entre le patient source potentiel, son médecin et son partenaire séronégatif. Cette automédication doit être limitée aux quelques prises initiales, avant la consultation auprès d'un médecin référent.

Le TPE est initialement prescrit pour une durée de 48 à 96 heures, à l'issue desquelles le patient est revu par un médecin référent VIH. Ce dernier pourra être amené à modifier le schéma thérapeutique (passage à une bithérapie), voire à l'interrompre selon le contexte : résultat négatif de la sérologie VIH du patient source, réévaluation du risque, mauvaise tolérance. S'il décide la poursuite du traitement, le médecin référent reconduira la prescription pour une durée totale de 28 jours.



**Utilisation des tests de détection de la production  
d'interféron gamma à visée diagnostique, expérience  
française :**

Dr. Catherine Gandar \*  
Médecin du travail  
AP-HP Hôpital Bichat Claude Bernard  
Paris - France

\*et P. Nicaise<sup>2</sup>, S. Chollet-Martin<sup>2</sup>, JC Lucet<sup>3</sup>, E. Bouvet<sup>4</sup>, D. Abiteboul<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de santé au travail, <sup>2</sup> Laboratoire d'immunologie, <sup>3</sup> Unité d'Hygiène et de Lutte contre les Infections Nosocomiales, <sup>4</sup> Service des Maladies Infectieuses Hôpital Bichat Claude Bernard PARIS.

Le seul test utilisé en routine pour le dépistage précoce de l'infection tuberculeuse latente (ITL) chez les professionnels de santé était, jusqu'à récemment, l'intradermoréaction à la tuberculine (IDR). Ce test présente plusieurs limites (réalisation, lecture, interprétation et adhésion du personnel), et manque de spécificité, notamment chez les personnes vaccinées par le BCG ce qui est le cas du personnel de santé pour lequel le BCG est obligatoire en France.

Les indications de l'IDR sont définies par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, pour la surveillance des personnels de la santé et des travailleurs sociaux. Les agents de la fonction publique hospitalière ont réglementairement, lors de leur embauche, une IDR et une radio pulmonaire datant de moins de trois mois.

Deux tests sanguins basés sur la détection d'interféron gamma, nouvellement mis sur le marché (T-SPOT.TB® ou QuantiFERON®-TB Gold) sont nettement plus spécifiques, surtout en cas de vaccination antérieure par le BCG, et au moins aussi sensibles que l'IDR. La Haute autorité de santé (HAS) a proposé, en décembre 2006, l'utilisation des tests interféron gamma pour le diagnostic de l'ITL, en remplacement de l'IDR, dans trois situations : visite d'embauche des personnels de santé, enquêtes autour d'un cas et surveillance des personnels très exposés.

L'hôpital Bichat Claude Bernard prend en charge plus de 100 patients tuberculeux par an. Nous utilisons le test QuantiFERON®-TB Gold couplée à l'IDR dans les indications suivantes : lors d'une étude « enquête autour d'un cas », (44 suivis), pour la surveillance des personnels très exposés en laboratoire de bactériologie, et devant la découverte d'une IDR supérieure à 15 mm réalisée à l'occasion d'une visite médicale (enquête, embauche, visite périodique). Au total plus de 200 personnes ont bénéficié de ce test réalisé le plus souvent en complément d'une IDR, depuis août 2005.

S'il semble qu'à terme, on puisse remplacer l'IDR par le dosage de l'interféron gamma, néanmoins, certaines questions restent posées, comme l'indication du traitement pour les personnels ayant un résultat positif, l'interprétation d'un résultat proche du seuil et la conduite thérapeutique, la poursuite du suivi lorsque l'IDR a une taille supérieure à 15 mm et que le test est négatif.

Le suivi longitudinal actuel des personnels positifs, qu'ils aient été traités ou non, sera déterminant pour compléter notre arbre décisionnel.



### **Vaccins contre la tuberculose: hier et demain**

Prof François Spertini  
Médecin chef  
Service d'Immuno-allergologie, CHUV  
Lausanne, Suisse

Bien que le BCG se soit révélé efficace dans les atteintes tuberculeuses les plus sévères chez l'enfant, il n'en est pas de même chez l'adulte. De nouvelles approches vaccinales sont donc attendues impatiemment, ceci d'autant plus que les résistances aux combinaisons thérapeutiques conventionnelles augmentent. Diverses lignes de développement sont en plein essor. D'une part des approches classiques basées sur des vaccins peptidiques (Ag85, Mtb72) combinés à un adjuvant (IC31, ASO2), ou délivré par un vecteur viral (vaccinia). D'autre part, le BCG lui-même a fait l'objet de modification génétique afin d'augmenter son immunogénicité et peut être utilisé comme vaccin vivant. Pareille approche est en phase préclinique pour MTB elle-même, mutée sur l'un de ses sites de virulence PhoP. Les vaccins peptidiques ont passé les épreuves cliniques de phase I et sont actuellement testés soit chez des patients avec tuberculose latente, soit dans les populations à risque, tels que les patients HIV positifs. Dans le cas des vaccins peptides comme dans celui des vaccins vivants, la stratégie vaccinale visera à renforcer l'immunogénicité du BCG (stratégie de type prime/boost), et s'adresse avant tout aux populations infantiles des pays endémiques ainsi qu'aux groupes à risque.



### **Faut-il encore vacciner le personnel des hôpitaux contre la poliomyélite?**

Dr. Bernard Vaudaux  
Médecin associé  
Unité d'infectiologie pédiatrique et vaccinologie, DMCP  
CHUV et Hôpital de l'enfance.  
Lausanne, Suisse

La région Europe de l'OMS est certifiée libre de poliomyélite indigène depuis 2002. Le dernier cas d'infection autochtone date de 1982 en Suisse et 1989 en France. Le cas importé le plus récent remonte à 1987 en Suisse et 1995 en France. Dans ces deux pays, le calendrier vaccinal comporte suffisamment de doses de vaccin poliomyélitique pour induire la mémoire immune chez les sujets vaccinés et la couverture vaccinale y est élevée chez les enfants. La France recommande l'entretien de la vaccination poliomyélitique chez l'adulte et l'impose au personnel de soins. La Suisse ne préconise pas l'entretien de cette vaccination chez l'adulte. L'importation du virus poliomyélitique sauvage dans une population dont la couverture vaccinale est globalement élevée ne donne lieu à des cas secondaires que si cette population comporte des groupes de sujets non vaccinés ayant entre eux des contacts sociaux étroits et affecte exclusivement les individus non vaccinés. La probabilité est infime que le personnel des hôpitaux suisses ou français soit amené à dispenser des soins à un malade souffrant de poliomyélite aiguë pour autant que l'immunité contre cette infection soit entretenue chez les ressortissants de ces deux pays programmant un voyage en zone endémique.



**Coqueluche parmi le personnel d'un établissement de santé :  
impact médico-économique, intérêt de la vaccination.**

Dr. Lionel Sctrick  
Médecin du travail  
Service de Santé au Travail  
CHI. Poissy-St-Germain-en-Laye  
Poissy, France

La coqueluche est actuellement une maladie en recrudescence; infection bactérienne de l'arbre respiratoire peu ou pas fébrile, elle est caractérisée par sa haute contagiosité; la forme maligne de cette affection chez le nourrisson, se traduisant par une détresse respiratoire suivie d'une défaillance poly-viscérale, a été responsable d'une dizaine de décès au cours de l'année 2000 en France (taux de létalité à 1,7%).

La survenue de cas groupés de coqueluche parmi le personnel médical et non médical d'un service de maternité pose avant tout le problème du risque nosocomial chez les nouveau-nés ou chez les très jeunes nourrissons non encore immunisés.

C'est dire toute l'importance de la stratégie à mettre en œuvre le plus rapidement possible de façon coordonnée entre les différents acteurs concernés et qui devra prendre en compte l'enquête épidémiologique, les mesures de prévention individuelles et collectives, le dépistage de cas suspects, la confirmation diagnostique par la biologie et la prophylaxie.

Entre le 1er juin et le 31 octobre 2006, 26 cas de coqueluche ont été identifiés parmi le personnel de notre établissement : 9 services différents ont été concernés, dont 5 services de soins, 3 services transversaux et la maternité.

Les stratégies préventives développées en direction des patients, d'une part, et des personnels, d'autre part, ont nécessité une étroite collaboration, au quotidien, des services de santé au travail et d'hygiène, ainsi qu'une forte implication de l'administration, des cadres responsables et du personnel des services concernés.

L'impact médico-économique global, au niveau de l'établissement, des cas groupés de coqueluche identifiés n'a pu être déterminé que d'une manière approximative en raison de la difficulté habituellement rencontrée pour évaluer les coûts indirects et de la difficulté d'évaluer, pour notre part, les coûts des mesures prises en direction des patients.

S'agissant des mesures mises en œuvre en direction du personnel de l'établissement, leurs coûts peuvent être appréciés avec exactitude en ce qui concerne le coût pharmaceutique, le coût des examens biologiques, le coût de la fourniture de masques, le coût des arrêts de travail ; par contre, seront évalués d'une façon approximative le coût des consultations effectuées par le SST, le coût infirmier et de secrétariat du SST, le coût de la gestion des dossiers par le service des ressources humaines.

Même si, au coût exact des vaccins utilisés, doit s'ajouter une évaluation approximative du coût d'une campagne de vaccination ciblant les personnels des services susceptibles d'être au contact de nourrissons et de très jeunes enfants, ce coût étant notamment évalué en terme de temps de travail exclusivement et nécessairement consacré à cette tâche (temps de consultation, temps de secrétariat, temps infirmier du SST), la vaccination apparaît réellement comme la stratégie de prévention ayant, sans équivoque, le meilleur rapport coût / efficacité ; elle doit être systématiquement recommandée aux personnels médicaux et non médicaux de ces services , ainsi qu'aux élèves et étudiants des instituts de soins infirmiers et des écoles de puériculture et de sages-femmes.



### **Vaccination des travailleuses enceintes dans le secteur de la santé : risques et bénéfices**

Dr. Dina Pfeifer  
Medical Officer  
World Health Organization, Department of Immunization  
Vaccines and Biologicals,  
Genève, Suisse

Les vaccins sont parmi les agents pharmaceutiques les plus largement utilisés et apportent des bénéfices incontestables. Alors que leur innocuité est prouvée dans la population enfantine, la sécurité pour l'embryon ou le fœtus n'a pas été étudiée, et par conséquent la grande majorité des vaccins n'ont pas de licence pour un usage lors de la grossesse. A moins qu'un vaccin ne soit spécifiquement indiqué pour une immunisation maternelle, aucune donnée n'est obtenue sur la sécurité vaccinale avant l'obtention de la licence. Jusqu'à récemment, très peu de vaccins ont été testés à propos de leur toxicité en relation avec la reproduction dans des modèles animaux.

Néanmoins, les programmes de vaccination incluent fréquemment les femmes en âge de procréer ou ciblent spécifiquement les femmes enceintes. Les connaissances actuelles sur la sécurité vaccinale durant la grossesse sont limitées aux cas documentés de vaccination par inadvertance durant la grossesse ou à la vaccination de femmes enceintes, dans des situations spécifiques où un bénéfice élevé de la vaccination est attendu (ex : épidémies, prophylaxie post-expositionnelle, risque particulier d'infection materno-fœtale). Malgré le peu de données à disposition, les risques pour le fœtus en développement, liés à la vaccination de la mère durant la grossesse, demeurent essentiellement théoriques. Il n'y a aucune évidence quant aux risques à vacciner une femme enceinte avec des vaccins toxoïdes, bactériens ou viraux inactivés. Les vaccins vivants atténués présentent un risque théorique et rarement observé de passage de la barrière placentaire par le virus atténué. Les autres risques potentiels incluent des réactions toxiques ou idiosyncrasiques; un risque très ténu qu'un constituant du vaccin puisse induire des effets sur la reproduction, des malformations congénitales, un avortement spontané, un retard de croissance ou la naissance d'un enfant mort-né ; et un risque que le vaccin puisse être inefficace.

La présentation abordera les risques et bénéfices potentiels des vaccins spécifiques administrés au personnel du secteur de la santé, en relation avec la grossesse. L'accent sera porté sur les vaccins indiqués pour la protection individuelle ou dans le contexte des mesures de contrôle de l'infection dans les institutions. Le conseil des personnes vaccinées et la documentation des effets sur la grossesse et la petite enfance à la suite d'une vaccination seront abordés, ainsi que des considérations de régulation et d'éthique concernant la vaccination durant la grossesse.



### **Sages-femmes: prévenir les risques infectieux**

Dr. Michael Trippel  
Service de Médecine de Travail  
Luzerner Kantonsspital  
Lucerne, Suisse

Les sages-femmes - comme toutes les employées du secteur de la santé - sont soumises à un risque augmenté d'acquérir une maladie infectieuse lors de leur activité professionnelle. Deux types de circonstance sont à distinguer: a) Les « accidents avec exposition au sang et autres liquides biologiques » (AES), qui impliquent une contamination par le biais d'une lésion cutanée. b) Les autres expositions professionnelles aux agents infectieux qui proviennent de germes biologiquement actifs transmis par l'air sous forme de gouttelettes, d'aérosols ou de suspension dans des liquides, comme de l'eau ou des liquides biologiques.

Une prévention efficace nécessite la connaissance des dangers et des modalités possibles d'infections, ainsi que des risques pour la santé qui leur sont liés. Les situations de travail à risque d'infections doivent être connues des sages-femmes, afin qu'elles puissent adopter un comportement adéquat de prévention, impliquant l'application de règles de précaution et de sécurité et/ou le port d'équipements de protection individuelle (EPI).

Une recherche de littérature (Medline) a été réalisée pour estimer les risques infectieux des sages-femmes en comparaison aux employés des autres secteurs hospitaliers.

Dans le monde hospitalier, la profession de sage-femme est particulière dans le sens que cette activité se déroule dans le contexte « normal et naturel » de la naissance. Cette condition peut partiellement expliquer la difficulté à développer une réflexion sur sa propre sécurité dans un contexte où il s'agit de promouvoir une ambiance naturelle, détendue et ayant une apparence le moins possible « clinique ».

En se basant sur la hiérarchie des procédures de précaution promues par la médecine de travail, l'évaluation du risque et les améliorations nécessaires concernent prioritairement les aspects d'organisation, du matériel de protection individuel, de la prévention médicale, ainsi que les restrictions d'occupation (ces aspects seront présentés en détail). Un dépistage systématique des femmes avant accouchement dans le dessein d'adapter le mode d'accouchement pour la sécurité des sages-femmes n'a pas de sens. Les parturientes doivent pouvoir rester libres du choix de la méthode d'accouchement, en l'absence de contre-indication obstétricale. L'objectif de la médecine de travail est toutefois d'offrir les bases pour l'élaboration de conditions de sécurité optimale dans l'activité professionnelle des collaboratrices.

## **Poster : « Epidémie à Norovirus »**

### **Auteurs :**

Liliane Blanchard, infirmière référente HPCI, GHOL  
Dr L. Christin, infectiologue, chef de clinique, GHOL  
Cécile Sordet, coordinatrice CHyPCI, ARC  
Martine Risuleo, référente HPCI

### **INTRODUCTION:**

Sur la base de l'expérience de terrain de plusieurs épidémies à Norovirus, dans différents types d'établissements, de la résolution de l'épidémie aux coulisses, un tableau qui passe par l'application des connaissances jusqu'aux situations quasi burlesques en cas de déclaration d'épidémie

### **OBJECTIFS:**

Révéler les côtés officiels et les côtés « cachés » vécus lors d'épidémies à Norovirus  
Confronter les expériences professionnelles en HPCI dans ce genre de situation  
Donner des pistes à ceux qui auront à les vivre ou offrir un comparatif à ceux qui les ont vécu.

### **METHODE:**

Récapitulatif de l'historique de l'épidémie  
Description synthétique des mesures mises en place pour la juguler  
Descriptions des situations qui ne sont pas habituellement rapportées mais que la spécialiste en Hygiène Prévention et Contrôle de l'Infection (HPCI) est appelée à rencontrer. Celles dont on rit « après »...

### **RESULTATS:**

Résolution de l'épidémie à moindre coût  
Création de protocole adapté à l'alerte norovirus  
Identifier les difficultés vécues et... les solutions apportées.

### **CONCLUSION:**

Le travail « tout terrain » des spécialistes HPCI dans les moments particuliers de l'épidémie

## Liste des participants

Nom	Prénom	Profession	Institution	Ville
Abdelmoula	Marc	Médecin du personnel	GHOL	Gland
Abiteboul	Dominique	Médecin du travail	Hôpital Bichat	Paris
Aime	Catherine	Médecin du travail	EPS Ville	Neuilly/Seine
Alonso Herrero	Manuel	Médecin du travail	Hospital univ. Vall d'Hebron	Barcelone
Althaus Rochat	Muriel	Infirmière coordinatrice	Vidy Med SA	Lausanne
Alvarin	José	Chargé d'enseignement HES	Haute école de santé Genève	Genève
Arzan	Karin	Responsable service de vente	Becton Dickinson AG	Allschwil
Attal	Guy	Médecin du travail		Marseille
Attinger	Monica	Infirmière	Service santé publique	Lausanne
Babin	Carole	Médecin du travail	HCL CH Lyon Sud	Pierre Benite
Baborier	Nicole	Médecin du travail	CH	Lons Le Saunier
Bachmann-Henrioud	Frédérique	Délégué médical	Sanofi Pasteur MSD AG	Baar
Balmelli	Carlo	Médecine Interne, Infectiologie	Ente Ospedaliero Cantonale	Lugano
Banctel	Dominique	Médecin du travail	CHG BP	Grasse
Bärenfaller	Maria	Gesundheitswissenschaftlerin	Spitalzentrum Oberwallis	Brig
Barlet-Ghaleb	Catherine	Médecin du travail	Serv. santé personnel de l'Etat	Genève
Basily Desaulles	Annick	Médecin du travail	Centre hospitalier	Champery
Bayssiere	Nathalie	Médecin du travail	Hôpital St Jean Roussillon	Perpignan
Beaumont-Laigle	Annick	Médecin du travail	CH de la Dracéne	Draguignan
Beringuier	Hélène	Médecin du travail	Hôp. St Jean Roussillon	Perpignan
Bernard	Erika	Regional Sales Manager	B.Braun Medical AG	Sempach
Berthoud	Dominique	Infirmière resp. de service	Réseau Santé de la Glâne	Billens
Bertisch	Barbara	Aerztin	Kantonsspital St Gallen	St Gallen
Betschart	Edith	Aerztin	HES de Genève	Adligenswil
Bilancioni	Stéphanie	Médecin du personnel	EMS Béthanie	Prilly
Bilancioni	Stéphanie	Médecine générale FMH	EMS Béthanie	Prilly
Binkert	Ludwig	Journalist	IZA - sécurité et santé	Dornach
Blanc Berrocosa	Eliane	Adjointe de Direction	ISV Armée du Salut	Lausanne
Blanchet	Nelly	Médecin du travail	CHU Hôpital de Cimiez	Nice
Blatter	Marianne	Ärztin	Spital Netz Bern Ziegler	Bern
Boekholt	Ines	Inspectrice du travail	SPE / marché du travail	Fribourg
Bogard	Georgette	Médecin du travail	CHCB	Pontivy
Bolliger	Françoise	Infirmière santé du personnel	GHOL	Nyon
Bonfillon	Chantal	Médecin du travail	HUG	Genève
Bonin	Bertrand	Médecin du travail	CHS	La Charité/Loire
Bonjour	Sarah	Infirmière de santé au travail	Hôpital de la Providence	Neuchâtel
Bopp	Jacques	Médecin du travail	CH Hôp. du Hasenrain	Mulhouse
Boufercha	Rafika	Médecin du travail	AP-HM	Marseille
Boumaref	Redouane	Délégué médical	Sanofi Pasteur MSD AG	Baar
Bourquin	Catherine	Médecin	OFSP	Berne
Boursier	Sylvie	Médecin du travail	CH A. Boulloche	Montbelliard
Bouvet	Elisabeth	Présidente du GERES	Hôpital Bichat	Paris
Brand	Dominique	Médecin chef	Hôpital du Jura bernois	Saint-Imier
Brandon	Catherine	Médecin du travail	CH	Laon
Brandt	Iris	Anästhesiefachärztin	Pallas Klinik	Küttigkofen
Brauchli	Stefan	Médecin	Service santé publique	Lausanne
Braun	Anne-Marie	Médecin du travail	SIST-EHL	Luxembourg
Bressler	Sylvie	Médecin du travail	CHU Bicêtre	Le Kremlin Bicetre
Briane	Magali	Médecin du travail	STVB	Villefranche/Saone
Bricq	Annie	Médecin du travail	CHU	Limoges
Brigaud	Thierry	Médecin du travail	CH	Valenciennes
Brischoux	Pascale	Médecin du travail	Centre Hospitalier	Pontarlier
Brughera	Sandra	Infirmière	Clinique Bois-Cerf / Hirslanden	Lausanne
Buogo	Cristina	Infirmière HPCI	Hôp. fribourgeois - Site Fribourg	Neyruz
Buonaccorsi	Annie	Médecin du travail	CHI	Poissy
Burgaud	Fabienne	Médecin du travail	CH G. Mazurelle	La Roche sur Yon
Bürgisser	Philippe	Médecin spécialiste FAMH	CHUV	Lausanne
Burkhalter	Maya	Infirmière adjointe	Fondation Les Eglantines	Vevey

Nom	Prénom	Profession	Institution	Ville
Caes	Renée	Médecin du travail	Pitié Salpêtrière	Paris
Calderari	Fabien	Médecin interniste	Clinique de Montchoisi	Lausanne
Calderari	Maïté	Infirmière HPCI	Clinique de Montchoisi	Lausanne
Carpenter	Katharina	Personalärztin	Klinik Barmelweid	Barmelweid
Causse	Elodie	Médecin du travail	Hôtel Dieu	Paris
Cavanagh Leuenberger	Hélène	infirmière du travail	Hôpital neuchâtelois	Neuchâtel
Cavassini	Matthias	Chef de Clinique	CHUV	Lausanne
Chatelain-Not	Chantal	Médecine du travail	CH Carcassonne	Carcassonne
Chaudieres	Marie-Françoise	Médecin du travail	CH	Montereau
Chedru	Isabelle	Médecin du travail	ADESTI	Rouen
Chièze	Philippe	Resp. sécurité santé au travail	Ensemble Hosp. de la Côte	Morges
Claude	Dominique	Médecin du travail	CH Hôp. du Hasenrain	Mulhouse
Clément	Isabelle	Médecin du travail	CHU	Besançon
Clerc-Baud	Valérie	infirmière chef	Fondation Louis Boissonnet	Lausanne
Clerc-Baud	Valérie	infirmière chef	Fondation Louis Boissonnet	Lausanne
Collin	Renée	Médecin du travail	CHRU	Grenoble
Collomb	Christophe	Médecin du travail	AMETRA	Metz
Colly	Denise	Médecin du travail	Centre Psychothérap. de l'Ain	Bourg en Bresse
Conne-Perréard	Elisabeth	Médecin du travail FMH	OCIRT	Genève La Praille
Cornette	Christine	Médecin du travail	CH G. Régnier	Rennes
Cottin	Edith	Médecin du travail	CHI Bonnet	Frejus
Courcier	Marie-Laure	Médecin du travail	CH	Mulhouse
Crettaz	Nathalie	Inf. resp. méd. du personnel	Hopital Fribourgeois	Fribourg
Cuanillon Gavillet	Laurence	Infirmière coordinatrice PCI	ASCOR	Vevey
Dalivoust	Geneviève	Médecin du travail	AP-HM	Marseille
Dantec-Pérennou	Claire	Médecine du travail	Indépendant	Bevaix
De Dieuleveut	Florence	Directrice	Home médicalisé Les Arbres	La Chaux-de-fonds
De Ginestet	Anne	Médecin du travail	CH	Béiers
De Roberty	Martine	Médecin du travail	CH Moulins Yzeure	Yzeure
Debaille	Anne-Danièle	Médecin du travail	CHI	Toulon
Declercq	Oriane	Infirmière cheffe adj.	Home médicalisé les Arbres	La Chaux-de-fonds
Dehar	Abdel	Infirmier Resp. Formation	Home Saint-Joseph	Cressier
Delamarre	Marie-Odile	Médecin du travail	CH Bretagne Atlantique	Vannes
Delavelle	Anne-Catherine	Médecin du travail	CHU Hôpital Maison Blanche	Reims
Deloraine	Olivier	Médecin du travail	CH St Philibert	Lomme
Descamps Douau	Marie-Catherine	Médecin du travail	CH V. Dupuy	Argenteuil
Devoucoux	Patrick	Médecin du travail	CH	Erstein
Di Gruttola	Arlette	Assistante médicale	ARAM	Corcelles-Concise
Domart Rancon	Martine	Médecin du travail	HEGP	Paris
Dorner	Frank	Médecine Générale FMH	EMS Clémence	Lausanne
Dos Santos Caldeira	Irène	Infirmière cheffe	Fondation Beau-séjour	Vevey
Drouart	Joëlle	Médecin du travail	CH	Valenciennes
Dudczak	Jaroslav	Arzt	Berner Klinik Montana	Crans-Montana
Dujardin	Nathalie	Chef de produit	B. Braun Medical	Bologne
Dumas Kern	Anne	Médecin du travail	CHU	Grenoble
Dumur	Marie-Christine	Infirmière chef	Clinique La Colline	Genève
Dupas	Dominique Aline	Médecin du travail	CHU	Nantes
Dupont	Stéphanie	Infirmière	CHUV	Lausanne
Dupuis	Jean-Claude	Médecin du travail	CHU	Montpellier
Durand	Karine	Médecin du travail	AMEDICLEN	Neuilly
Durand	Marc	Délégué médicale	Crucell   Berna	Basel
Duruz	Henri	Médecin du personnel	La Tour Réseau de soins SA	Meyrin
Eckhardt	Martin	Leitender Arzt Innere Medizin	Psychiatrische Dienste Aargau	Brugg
Ehlinger	Jocelyne	Médecin du travail	CHG	Bar le Duc
Erny	Samuel	Collaborateur scientifique	Bundesamt für Gesundheit	Bern
Fabin	Claire	Médecin du travail	ACMS	Suresnes
Fantino	Corinne	Médecin du travail	CH	Brignoles
Fasseur	Fabienne	Psychologue santé au travail	Université de Lausanne	Dorigny
Faure	Michel	Médecin du travail	CH	Meulan
Favre	Olivier	Hygiéniste du travail	CHUV	Lausanne
Filleul	Clotilde	Médecin du travail	ADESTI	Rouen
Fiol	Sandrine	Infirmière	Nouvelle Clinique Vert-Pré	Conches

Nom	Prénom	Profession	Institution	Ville
Fleury	Séverine	Infirmière du personnel	H-JU site Delémont	Delémont
Foreste	Hélène	Responsable Qualité	Clinique La Colline	Genève
Forster	Corinne	Infirmière	NOMAD - SST	La Chaux-de-Fonds
Fortier	Muriel	Médecin du travail	Hôtel Dieu	Paris
Fouquet	Frédérique	Médecin du travail	CHIV	Villeneuve St Georges
Fournier	Jean-François	Médecin du travail	CHI	Clermont de l'Oise
Frank	Kurt W.	Personalarzt	Kanton. Spital und Pflegeheim	Appenzell
Fries	Robert	Personalarzt	Stadtspital Triemli	Zürich
Gagnepain	Françoise	Médecin du travail	CH	Macon
Gandar	Catherine	Médecin du travail	CH. Bichat-CI.Bernard	Paris
Garnier	Emmanuelle	Direction des soins CPG	Hôpital cantonal de Perreux	Pereux
Gauthier-David	Florence	Médecin du travail	CH	Annecy
Gazan	Véronique	Médecin du travail	ADESTI	Rouen
Gazazian	Ghislaine	Médecin du travail	AP-HM	Marseille
Genoud Hermann	Sandra	Infirmière Santé Publique	CMSR de Sierre	Veyras
Gerber	Véronique	Médecine interne	Home Le Martagon SA	Les Ponts de Martel
Gisselbaek-Rappaz	Jacqueline	Infirmière de santé publique	HUG	Genève
Gloor	Denise	Personalarzt	Medizinische Universitätsklinik	Liestal
Godreuil	Jenny	Médecin du travail	CH St Louis	La Rochelle
Goyanes	Erica	Représentante BD	Becton Dickinson AG	Allschwil
Grange	Annie	Infirmière chef	Clinique Générale Beaulieu	Genève
Gras	Pierre-Alain	Pharmacien-biologiste FAMH	Laboratoire e-lab.ch	Meyrin
Groleau	Bertrand	Médecin du travail	HLI de la Presqu'île	Guérande
Guinot	Isabelle	Médecin du travail	Centre Hospitalier	Chambery
Guiraud	Christine	Médecin du travail	Centre Hospitalier	Montarlier
Guirauden	Martine	Médecin du travail	CHU	Montpellier
Gusmini	Walter	Médecin du travail	Hopital Neuchâtelois	La Chaux-de-fonds
Hale - Mc Mullen	Marie-Louise	Médecin assistante	CHUV	Lausanne
Hall	Heidi	Regional Sales Manager	B. Braun Medical AG	Sempach
Hambura	Johannes	Médecin du travail	SIST	Colmar
Harbarth	Stephan Jürgen	Médecin	HUG	Genève
Harwig Garcia	Neeltje	Infirmière de santé	Clinique de la Source	Lausanne
Haussmann	Marc-Olivier	Regional Sales Manager	B.Braun Medical AG	Sempach
Hayek	Désirée	Médecine interne FMH	Clinique générale Beaulieu	Genève
Hiestand	Gabrielle	Infirmière de santé publique	Haute école de santé Genève	Genève
Hildbrand	Denise	Gesundheitspflege Fachfrau	St. Claraspital AG	Basel
Himelfarb	Marie	Médecin du travail	AMEDICLEN	Levallois
Holtz	Jacques	Médecin du travail FMH		Grolley
Houdan	Edith	Médecin du travail	CH Germon et Gauthier	Bethune
Houée	Céline	Infirmière	Home le Martagon SA	Les Ponts de Martel
Huberdeau	Josiane	Infirmière PCI	Serv. cant. de la santé publique	Neuchâtel
Hubmann	Peter	Personalarzt	Universitätsspital Zürich	Zürich
Hubmann	Peter	Innere Medizin	Universitätsspital Zürich	Zürich
Hubscher	Marie-Anne	Médecin du travail	Gpe Hospitalier du Havre	Le Havre
Hussenot	Marion	Médecin du travail	Syndicat Interhosp.	Caudan
Iseli	Patricia	Personalärztin	Inselspital	Bern
Izac	Martine	Médecin du travail	CHU	Limoges
Jacquelin	Hélène	Médecin du travail	CH	Arpajon
Jacquemaire	Marie-Aimée	Médecin du travail	Hôpitaux Civils de Colmar	Colmar
Jacquin	Marie-Claude	Médecin du travail	GIMS	Marseille
Jalabert	Françine	Médecin du travail	CHU	Montpellier
Jaubert	Bernadette	Médecin du travail	CHI	Toulouse
Jolidon	René-Marc	Méd. interne, infectiologie	Hôpital d'Yverdon	Yverdon
Juan	Josette	Médecin du travail	CHU	Nimes
Karac	Nicole	Représentante BD	Becton Dickinson AG	Allschwil
Kasmi	Badredine	Délégué médical	Sanofi Pasteur MSD AG	Baar
Kiener	Béatrice	Regional Sales Manager	B.Braun Medical AG	Sempach
Kirchner	Nicolas	Médecin	Hôpital Riviera - site Samaritain	Vevey
Knauf-Hübel	Dorothee	Arbeitsmediziner	Serv. Santé au Travail Multisect.	Luxembourg
Kolyvanos Naumann	Urania	Personalärztin	Kinderspital Zürich	Zürich
Kozoullia	Marie-Claude	Médecin du travail	CGD	Marseille
Krai	Dominique	Médecin du travail	CH J. Monnet	Epinal

Nom	Prénom	Profession	Institution	Ville
Kurth	Roland	KAM	Novartis Vaccines & Diagnostics	Bern
Lacherez	Jean-Paul	Médecin du travail	CHD Les Oudairies	La Roche sur Yon
Laffely	Katherin	Infirmière chef	EMS La Venoge	Penthalaz
Lafossas	Sophie	Médecin du travail	CH	Rochefort
Lämmli	Bettina	Personalärztin	Inselspital	Bern
Lapie	Dominique	Infirmière en Santé au Travail	CHI	Poissy
Laplaud	Jacqueline	Médecin du travail	CHU	Limoges
Laprade	Dominique	Médecin du travail	Syndicat Interhosp. de la Creuse	St Vaury
Latour	Norbert		Becton Dickinson France	Le Pont-de-Claix
Lazor-Blanchet	Catherine	Médecin du travail	CHUV	Lausanne
Lebel	Véronique	Médecin du travail	CHAM	Rang du Fliers
Leboeuf	Marie-Ange	Médecin du travail	CHIAS	Gap
Lebraut	Brigitte	Médecin du travail	AIST	Tulle
Lecuyer	Bernard	Médecin du travail	CH	Laon
Lefebvre	Christine	Médecin du travail	Centre Hospitalier	Rouffach
Lepori	Marie-Line	Médecin du travail	CHU Brabois	Vandœuvre Ls Nancy
Lery	Louis	Médecin du travail	Hôpital Cardiologique	Bron
Lourdell	Hervé	Médecin du travail	CH	Dunkerque
Loyer	Chantal	Médecin du travail	GIMS	Marseille
Mahe-Nguyen	Hélène	Médecin du travail	CH de Saintonge	Saintes
Manteaux	Christine	Médecin du travail	CHU	Besançon
Marande	Jean-Luc	Médecin du travail	Gpe Hospitalier Cochin	Paris
Marchal	Veronique	Infirmière spécialiste HPCI	Clinique Générale Beau lieu	Genève
Marcieux	Isabelle	Médecin du travail	CH Edmond Garcin	Aubagne
Margelli	Daniela	Allg. Medizin	Unispital Basel	Basel
Martin	Pascale	Médecin du travail	Hôpital St Joseph	Marseille
Masserey Spicher	Virginie	Médecin	OFSP	Bern
Mercier-Gallay	Monique	Médecin du travail	CH.AR.ME	Aubenas
Merz	Brigitte	Arbeitsärztin	SUVA	Luzern
Meyer	Daniel	Infirmier chef	SPJBB	Bellelay
Minger	Mary-France	Responsable UPCI	Hôpital du Jura bernois SA	Moutier
Mir	Patrick	Médecin du travail	CH Loire-Vendée-Océan	Challans
Missenard	Véronique	Médecin du travail	Maternité A. Pinard	Nancy
Moens	Christiane	Infirmière santé au travail	Hopital Neuchâtelois	La Chaux-de-Fonds
Morattel	Jean-Paul	Médecine générale	EMS La Colline	Chexbres
Morineaud	François-Xavier	Médecin du travail	CH Quartier St Christoph	Digne les Bains
Moser Corciulo	Marie-Claude	Infirmière cheffe	Home médicalisé Les Arbres	La Chaux-de-fonds
Mosimann	Madeleine	Innere Medizin FMH	Praxis Bubenber	Bern
Mouizi Dumas	Christine	Infirmière santé du personnel	Apromad (soins à domicile)	Renens
Müller	Alexandra	Assistante di studio medico	Clinica Hildebrand	Brissago
Nael	Virginie	Médecin du travail	CH Le Tourville	Nantes
Nicole	Véronique	infirmière HPCI	ARCOS	Lausanne
Nicolet	Jean-François	Médecin - chef	Clinique Miremont	Leysin
Nigg	Christel	Aerztin	Universitätsspital Zürich	Zürich
Noel	Maryline	Déléguée médicale	Cruell   Berna	Basel
Oppliger	Anne	Biologiste	IST	Lausanne
Oster	Véronique	Médecin du travail	Hôpitaux Civils de Colmar	Colmar
Ottesen Montangero	Sandrine	Médecin	CHUV	Lausanne
Ouvry	Brigitte	Médecin du travail	ADESTI	Rouen
Padovani	Xavier	Médecin du travail	CH	Laon
Page-Dorsaz	Lucie	Enseignante	CEFOPS	Genève
Panter Brick	Brigitte	Médecin du travail	CHR	Thionville
Pech	Françoise	Médecin du travail	SMTI Tarn et Garonne	Montauban
Pedrozo	Ernesto	Infirmier	Hôpital Psy Cantonal Perreux	Boudry
Pellaux	Aurélia	Psychologue du travail	ERGOrama SA	Genève
Peltier	Marie-Pierre	Médecin du travail	CHU	Poitiers
Pequart	Claude	Médecin du travail	CH	Saint Briec
Perret	Daniel	Hygiéniste inspecteur du travail	Etat de Neuchâtel - SIST	Peseux
Perrod	Anne	Consultante en hygiène hosp.	Indépendante	Pully
Petignat	Christiane	Chef de clinique	CHUV	Lausanne
Petiot	Christine	Infirmière référente méd. pers.	EHNV	Pompaples
Peucat	Martine	Médecin du travail	CH	Cahors

Nom	Prénom	Profession	Institution	Ville
Pfander	Hans Rudolf	Innere Medizin FMH	MedicalService SBB	Ostermundigen
Pfeifer	Dina	Medical officer	World Health Organization	Geneva
Philipponnet	Claude	Médecin du travail	CH	Aix en Provence
Picard	Carole	Médecin du travail	SIST-EHL	Luxembourg
Pierron	Daniel	Médecin du travail	Centre Hospitalier	Beauvais
Pitault	Patricia	Médecin du travail	CH Mayotte	Mamoudzou
Plouzenne-Colas	Joëlle	Médecin du travail	CH René Pleven	Dinan
Poirier	Catherine	Infirmière HPCI	La Tour Réseau de soins SA	Meyrin
Poncet	Isabelle	Infirmière HPCI / Méd. pers.	HIB Payerne	Payerne
Poncet	Rosie	Médecin du travail	CHU	Montpellier
Praplan	Sylvie	Hygiéniste du travail	CHUV	Lausanne
Praz-Christinaz	Sophie-Maria	Médecin du travail	IST	Lausanne
Prunier Duchesne	Sylvie	Médecin du travail	CH	Saint Quentin
Pugliese	Pauline	Infirmière	CHUV	Lausanne
Quievreux	Jean-Louis	Médecin du travail	EPSM	Saint André Lez Lille
Raffray	Monique	Médecin du travail	HL St Alexandre	Mortagne sur Sèvre
Raine	M. Dominique	Médecin du travail	AMET	Rosny/Bois
Rapin	Marlise	ICUS	Clinique Bois-Cerf / Hirslanden	Lausanne
Rebell	Bettina	Médecine interne	Hopital Neuchâtelois	St-Blaise
Recher	Astrid	Pflegefachfrau	Unispital Basel	Basel
Redelsperger	Monique	Médecin du travail	CH	Melun
Rejou	Patrice	Médecin du travail	Pavillon Huriez	Lille
Rezette	Jean-Pierre	Médecin du travail	CHU	Charleroi
Ricci	Evelyne	Infirmière cheffe	EMS Clair-Soleil	Ecublens
Richard	Roger	Médecin du travail		Nice
Robert	Annie	Médecin du travail	Hospices Civils de Lyon	Lyon
Robert	Marie-France	Chargée sécurité au travail	Covance CLS SA	Meyrin
Rolin	Danielle	Médecin du travail	CHU Morvan	Brest
Rouiller	Anne-Françoise	Infirmière ICUS	Foyer St-Joseph	Sâles
Rousset	Annie	Médecin du travail	CHB	Blois
Rusca	Sophie	Médecin du travail	Hôpital Foch	Suresnes
Rusch	Brigitta	Pflegefachfrau	Kantonsspital St Gallen	St Gallen
Sauvaget	Pascale	Médecin du travail	Hôpital Maison Blanche	Neuilly/Seine
Scherrer	Yvan	Médecin du travail	Serv. de santé du pers.de l'Etat	Genève
Schmid	Katharina	Personalärztin	Kantonsspital Aarau	Aarau
Schmider Regard	Christine	Infirmière référente HPCI	Fondation de la Côte	Nyon
Schneider	Corine	Infirmière santé au travail	HES La Source	Lausanne
Schönenberger	Peter	Allg. Med. und Arbeitsmedizin		Belp
Schwaninger	Ulrich	Allg. Med. und Arbeitsmedizin	SECO	Zürich
Sctrick	Lionel	Médecin du travail	CH	Poissy
Seiffert	Bruno	Allg. Medizin und Arbeitsmed.	F. Hoffmann-La Roche AG	Basel
Siboni	M. Hélène	Médecin du travail	CH Moulins Yzeure	Yzeure
Siero	Christophe	Infirmier chef	Fondation Les Baumettes	Renens
Sigrist	Karin	Pflegefachfrau	Kinderspital Basel UKBB	Basel
Sivel	Pascale	Médecin du travail	ALSMT	Nancy
Sondag	Anne	Médecin du travail	CH Hôp. du Hasenrain	Mulhouse
Sordet	Cécile	Coordnatrice CHyPCI	Ass. réseaux de soins de la Côte	Rolle
Soublin	Sylvie	Médecin du travail	CHS	Caen
Spertini	François	Professeur associé	CHUV	Lausanne
Spychiger	Katharina	Dipl. Gesundheitsschwester	Spital Netz Bern Ziegler	Bern
Steuillet Wintgens	Nathalie	Infirmière en méd. du travail	Hôpital neuchâtelois	Neuchâtel
Sulocki	Françoise	Médecin du travail	CH	Chateauroux
Taboada	Louis	Infirmier chef	CSSC / Hôpital Ste-Croix	Ste-Croix
Taddei	Isabelle	médecine interne	Klinik Linde	Biel/Bienne
Tagand	Armelle	Professeur HES	HECV Santé	Lausanne
Tarchini	Nelda	Directrice d'EMS	Résidence de la Courtine	Lajoux
Tempesta	Serge	Médecin du travail	Centre Hospitalier	Antibes
Thoma	Eva	Pflegefachfrau	Unispital Basel	Basel
Tissière Lovey	Lysiane	Laborantine-cheffe	ICHV	Sion
Tomic	Milanka	Beraterin für Infektpräev. + PAD	Felix Platter-Spital	Basel
Touche	Sylvie	Médecin du travail	Hopital Maison Blanche	Reims
Trapateau	Françoise	Médecin du travail	CH d'Angoulême	Saint Michel

Nom	Prénom	Profession	Institution	Ville
Trippel	Michael	Arbeitsmedizin FMH	Luzerner Kantonsspital	Luzern
Troillet	Nicolas	Infectiologie, méd. interne	ICHV	Sion
Turbant-Castel	Emmanuelle	Médecin du travail	CHU	Amiens Cedex
Turkalj	Igor	Arzt	Gesundheitszentrum Fricktal	Laufenburg
Vandenas	Pascale	Médecin du travail	EPDSAE	Lille
Vandenbulke	Corinne	Infirmière hygiéniste	Clinique Cécil	Lausanne
Vanderavero	Pierre	Infirmier resp. unité PCI	Hôpital Neuchâtelois	La Chaux-de-Fonds
Vaudaux	Bernard	Médecin associé	CHUV	Lausanne
Vaudois	Brigitte	Infirmière HPCI	CSSC / Hôpital Ste-Croix	Ste-Croix
Verclytte	Marie	Médecin du travail	CHS	Seclin
Viel	Isabelle	Médecin du travail	Hôpitaux du Léman	Thonon les Bains
Viera	Salomé	Professeur HES	HECV Santé	Lausanne
Vilaysane	Camille	Infirmière	Clinique la Prairie	Clarens
Vizio	Laurence	Infirmière méd. personnel	Hôpital Riviera	Vevey
Vuillermet	Catherine	Médecin du travail	AIMTPAS	Aix
Wach	Elisabeth	AST67-Alsace	AST67-Alsace	Strasbourg
Walker	Monique	Agente de sécurité	Résidence de la Courtine	Lajoux
Wertenschlag	Elie	Médecin du travail	CH EPSAN	Brumath
Wolfensberger	Nathalie	Infirmière resp. méd. personnel	Hôpital Riviera	Vevey
Wyler-Ducret	Francoise	Infirmière santé au travail	ASMADO	Vevey
Zanetti	Giorgio	Médecin	CHUV	Lausanne
Zaugg	Ruth	MTA	Unispital Basel	Basel
Ziegler	Chantal	Infirmière PCI	Hôpital Neuchâtelois	Neuchâtel
Zimmermann	Marianne	Personalärztin	Spital Zollikerberg	Zollikerberg
Zufferey	Christiane	Infirmière chef	EMS Résidence Dents-du-Midi	Collombey
Zysset	Frédéric	Médecin du travail FMH	Med. du travail interentreprise	Lausanne

Association suisse des Médecins d'entreprise des Etablissements de soins

## ADHEREZ A LA SOHF !

Vous êtes responsable d'un établissement de santé (hôpital, EMS, CMS, CTR, clinique, laboratoire, école de soins) et vous souhaitez soutenir notre association et vous engager à promouvoir une médecine d'entreprise de qualité (votre médecin du personnel devient automatiquement membre de la SOHF en cas d'adhésion de votre institution):

ou

Vous êtes médecin en charge de la santé du personnel d'un établissement de soins :

Joignez votre force aux nôtres et devenez membre de la SOHF !

Les avantages pour votre institution et votre médecin du travail :

- favoriser les développements de la SOHF (formations, site WEB, brochures, etc.)
- disposer au besoin de conseils pour les questions professionnelles éventuelles ou lors de situations difficiles
- avoir la possibilité de partager vos expériences professionnelles avec d'autres médecins exerçant la même activité
- accéder aux formations à tarifs préférentiel
- être informé des manifestations de la société et des documents élaborés

La cotisation des membres ordinaire est actuellement fixée à 100 CHF par année. La cotisation pour les institutions membres dépend de leur taille (nombre de salariés), et peut varier de 200.- à 1000.- CHF.

---

Je souhaite obtenir plus d'informations sur les possibilités d'adhérer à la SOHF:

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_

Faxer ce talon au numéro 021 3129315  
ou l'envoyer à: F. Zysset, Président SOHF, Rue Sainte-Beuve 2, 1005 Lausanne

**S** Swiss Medical Society for **O**ccupational Health in **H**ealth Care **F**acilities  
**O** Association suisse des Médecins d'entreprise des Etablissements de soins  
**H** Schweizerischer Verband der Betriebsärzte im Gesundheitsdienst  
**F** Associazione svizzera dei Medici d'azienda degli Stabilimenti di cura



Recommandations de la SOHF concernant  
l'organisation de la Médecine du personnel  
dans les établissements de soins

© SOHF

1ère édition: août 2007

Je souhaite obtenir la brochure \*Recommandations de la SOHF concernant  
l'organisation de la Médecine du personnel dans les établissements de soins\*:

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_

Faxer ce talon au numéro 021 3129315  
ou l'envoyer à: F. Zysset, Président SOHF, Rue Sainte-Beuve 2, 1005 Lausanne



ASSOCIATION NATIONALE DE MEDECINE DU TRAVAIL  
ET D'ERGONOMIE DU PERSONNEL DES HOPITAUX

Organisme de formation reconnu n°82690795869 en date du 3/8/84  
N° SIRET 352 084 255 000 38 - Code APE 804D - Association Loi 1901

Site Internet de L'ANMTEPH : [www.anmtph.fr](http://www.anmtph.fr)

**Bulletin d'information FMC / EPP n° 72**

**du 15 mars 2008**

**NUMERO THEMATIQUE**

**BONNES PRATIQUES  
en SANTE au TRAVAIL**

**face aux  
RISQUES BIOLOGIQUES  
PROFESSIONNELS**

---

***Coqueluche, Cytomégalo virus, Gale, Grippe saisonnière,  
Hépatite virale A, Hépatite virale B, Hépatite virale C,  
Herpès, Leptospiroses, Méningocoques (infections invasives à),  
Oreillons, Rougeole, Rubéole, Toxi-infections alimentaires collectives  
Tuberculose, Varicelle, VIH, Zona***

---

Directeur de publication : Dr L.Setrick

Impression : Fac Copies 17, av des Diabes Bleus - 06300 Nice - Prix de l'abonnement aux 4 numéros annuels : 58 €  
Date dépôt légal : 15 décembre 2007 ISSN 1952-9929



**ASSOCIATION NATIONALE DE MEDECINE DU TRAVAIL  
ET D'ERGONOMIE DU PERSONNEL DES HOPITAUX**

Organisme de formation reconnu n°82690795869  
en date du 3/8/84  
N° SIRET 352 084 255 000 38 - Code NAF 804D -  
Association Loi 1901

Site Internet de l'ANMTEPH : [www.anmtph.fr](http://www.anmtph.fr)

Secrétariat : ANMTEPH 4, av. de Bruxelles - 06000 NICE  
Tél. : 04 93 81 57 89 - Fax : 04 93 81 15 55 (9h à 12h - 14h à 16h  
mercredi excepté)  
[secretariat@anmtph.fr](mailto:secretariat@anmtph.fr)

## **B O N D E C O M M A N D E**

**de l'ouvrage édité le 15 mars 2008 :**

*« Bonnes Pratiques en Santé au Travail  
face aux risques biologiques professionnels » .*

**M...le Docteur (NOM).....(Prénom).....**

**Spécialité : .....**

**adresse postale : .....**

.....

**code postal : .....ville :.....**

**pays : .....**

**E-mail : .....**

**Tél. : .....**

**commande un exemplaire de l'ouvrage en question,**

**et adresse à cet effet, au secrétariat de l'ANMTEPH  
4, avenue de Bruxelles 06000 Nice ,**

**ce formulaire renseigné accompagné d'un chèque de 30 euros.**

**Un reçu vous sera adressé avec l'ouvrage.**

**Pour tout règlement par virement bancaire, contactez notre secrétariat.**

Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie  
du Personnel des Hôpitaux (ANMTEPH, [www.anmtph.fr](http://www.anmtph.fr))



Association suisse des Médecins d'entreprise  
des Etablissements de soins (SOHF, [www.sohf.ch](http://www.sohf.ch))

Un symposium organisé par la SOHF et l'ANMTEPH et soutenu par

