

Association suisse des médecins d'entreprise  
des établissements de soins (SOHF)

## 10<sup>ème</sup> Journée de formation de la SOHF

Lausanne - 2 septembre 2014



**Prévention des risques infectieux  
dans les établissements de santé**



## **Bienvenue**

Dr Frédéric Zysset  
Président de la SOHF

Lausanne

Madame, Monsieur, chers collègues, chers amis,

A l'occasion de son dixième symposium de formation continue, l'Association suisse des médecins d'entreprise des établissements de soins (SOHF) a le plaisir de vous convier à un congrès sur la prévention des risques infectieux dans les établissements de santé.

Depuis le dernier congrès consacré aux risques infectieux en 2008, différentes modifications des pratiques et des recommandations sont survenues. Ce sera aussi l'occasion d'apporter des réponses aux problèmes quotidiens qui se posent à nous, mais aussi d'aborder les développements en cours dans ce domaine.

Les conférences sont données par des orateurs disposant d'une grande expertise dans leurs domaines et source de renseignements utiles pour votre pratique.

Finalement, suite au succès rencontré l'année passée, nous vous proposons un mini-symposium complémentaire pendant la pause repas, sur le thème de la prévention des lombalgies.

Nous souhaitons finalement remercier les sponsors de ces journées qui, par leur soutien généreux, ont permis la réalisation de ce symposium. Il s'agit de Novartis, Beckton Dickinson, Greiner bio-one et Qiagen.

## Mardi 2 septembre 2014 - matin

### Modérateurs :

Dr Bernard Vaudaux  
Dr Michael Trippel

*Unité d'infectiologie pédiatrique et vaccinologie / CHUV & HEL, Lausanne  
Médecin du travail, SYMBA health@work, Einsiedeln, secrétaire SOHF*

09h10	F. Zysset	SHOMED: logiciel gratuit pour les services de médecine du personnel	4
09h40	M. Endrich	Un nouveau vaccin contre le méningocoque B	9
10h00	B. Vaudaux	Vaccination méningococcique universelle: peut-elle éviter le traitement post-exposition ?	11
10h20		Mini table ronde: vaccin méningococcique	
10h30	C. Bourquin	Vaccination contre la coqueluche - recommandation de l'OFSP	13
<b>11h50</b>		<b>Pause</b>	
11h20	F. Bally	Coqueluche: quelles mesures post-exposition dans les établissements de santé	17
11h40		Mini table ronde: vaccination coqueluche	
11h50	F. Spertini	Vaccination de la tuberculose: où en est-on en 2014 ?	21
12h10	J-P. Zellweger	Dépistage de la tuberculose par tests sanguins chez les travailleurs de la santé	23
12h30		Mini table ronde: tuberculose	
12h40	Ch. Petignat	MRSA, MSSA, ESBL, etc.: en quoi les services de santé au travail peuvent-ils être concernés ?	25
<b>13h00</b>		<b>Repas (restaurant HUG)</b>	
13h15	Lunch symposium	Mise en place pratique d'un programme de prévention des lombalgies. Maria Pichon, Karolinska Institute, Solna, Suède	27
<b>14h00</b>		<b>Dessert, café, visite des posters (Hall du congrès)</b>	

## Mardi 2 septembre 2014 - après-midi

### Modérateurs :

Dr Frank Bally  
Dr Sophie Rusca

*Infectiologue, Serv. maladies infectieuses, Hôpital du Valais, Sion  
Médecin du travail, Hôpital du Valais, Sion, membre du comité de la SOHF*

14h30	A. Iten/C. Bonfillon	Vaccination contre la grippe du personnel de soins: quelles évidences?	31
15h15		Mini table ronde: vaccination grippe	
<b>15h30</b>		<b>Pause</b>	
16h00	L. Senn	Maladies d'enfance chez l'adulte: quels sont les problèmes et pourquoi vacciner ?	32
16h20	S. Rusca	Matériel de sécurité: avons-nous le droit de ne pas l'utiliser ?	36
16h40	Ch. Chuard	Coronavirus et autres maladies émergentes: à quoi les établissements de santé doivent-ils se préparer ?	37
17h00	F. Zysset	Conclusion du congrès	
<b>17h15</b>		<b>Assemblée générale de la SOHF</b>	

## SHOMED: logiciel gratuit pour les services de médecine du personnel

Dr Frédéric Zysset, Médecin du travail, Lausanne



SHOMED : logiciel pour la gestion des données des salariés des établissements de santé.

Une base de données:

- > développée par un médecin du travail
- > gère les données personnelles des salariés pris en charge
- > besoin d'un logiciel multilingue pour la Suisse



Développé avec Filemaker Pro 12

- > Logiciel de base de données
- > prix abordable (480 CHF/poste)
- > Mac Os / Microsoft Window
- > multilingue
- > multi-utilisateurs (maximum 9 utilisateurs simultanés)
- > utilisation simple y compris pour des non-informaticiens



SHOMED : logiciel pour la gestion des données des salariés des établissements de santé.

### Données générales

No Dossier: 10157 No Employé: 30002980 Nom: Lalouette Prénom: Charles-Denis Genre: M Titre: Date Naiss: 18.12.1987 Nationalité: Suisse Pays Naiss: Italie Etat Civil: Marié Nom d: Rue(s): Rue de la roulotte 2 Ville: G/O Marcelle Lachat Code Postal: 1008 Localité: Jourd'ns-Mézery Tél. privé: +33 874356273 Tél. mobile: Tél. prof: Fax: Courriel: lalouette@bluewin.ch Remarque: Zysset Cabinet 28.04.2014	Unité: Soins aigus CSSC Service: CSSC Fonction: CSSC Taux activité: 100 % Début activité: 12.2.2014 Fin activité: Entité MSP: 12.3.2014 Entité MSP: Catégorie sans: Ass. maladie: No assuré: Ass. accident: BASLER VERSICHERUNG No AVS: 706.2342.1234.23 Médecin: BOOMER Spécialité: dermatologie Lieu: NYON Spécialité: BETTSCHART Spécialité: psychiatrie Lieu: LAUSANNE Agenda: Infirmiers 28.04.14 11:00 2ème vaccin hépatite B Médecin 12.03.14 11:00 Visite d'entrée
---	--



SHOMED : logiciel pour la gestion des données des salariés des établissements de santé.

### Agenda

Heure	Service	Nom	Prénom	Service	Remarque
08:30	20	Lalouette	Charles-Denis	EMS Mont-Blanc	
08:30	10	Darlain	Stéphane	La Luna	entrée sans ROR + voir pas venu
08:45	45	Vegier	Fabien	La Luna	entrée ok
09:30	45	Zacharakis	Mohamed	La Luna	entrée ok
10:15	45	Zelli	José Alberts	La Luna	entrée pas venu
12:30	10	Camacho	Barbara	EMS Le Hérou	DCHB pas venu
12:40	45	Sermier	Sylviane	EMS Le Hérou	entrée ok
13:25	20	Wieland	Mica	EMS Le Hérou	triv l'entrée: HA, T-aptot revoir pour ROR 2ème dose / FZJ
13:45	45	Via	Elisenda	EMS La Chouette	entrée ok
14:30	45	Viquinat	Claudia	EMS Le Hérou	entrée
15:15	10	Akongu	Clélie	EMS Le Hérou	2ème vaccin

## SHOMED: logiciel gratuit pour les services de médecine du personnel

Dr Frédéric Zysset, Médecin du travail, Lausanne

 SHOMED : logiciel pour la gestion des données des salariés des établissements de santé.

### Hépatites / HIV / Sérologies

Lettre de Charles-Denis 18.12.1987			
<b>Vaccins Hépatite B</b>			
Date	Vaccin	N	Remarque
1999	Cominvac B	2	2 vaccins
28.04.2014	Engerix B	3	X
<b>Hépatite</b>			
Date	Type	Forme	Remarque
12.04.2012	A	gélule	étiologie sérologique X
<b>Autres sérologies</b>			
Date	Test	Résultat	Remarque
1.3.2012	anti-HCV	Négatif	AES X
12.04.2012	anti-HA	Positif	X
<b>ALAT</b>			
Date	Résultat	Remarque	VII
1.3.2012	Négatif	AES	X
<b>Sérum en réserve</b>			
Date	Résultat	Remarque	
1.3.2012	AES	X	X

Remarque: Hépatite A dans l'enfance à l'occasion d'un voyage en Afrique du nord.

 SHOMED : logiciel pour la gestion des données des salariés des établissements de santé.

### DiTePerPol et autres vaccins

Lettre de Charles-Denis 18.12.1987			
<b>DiTePer</b>			
Date	Type	Vaccin	Remarque
19.2.1999	DiTePer	Indéterminé	3 vaccins X
2009	DiTe	Clamix	X
28.04.2014	DiTePer	Bevacix	X
<b>Autres vaccinations</b>			
Date	Type	Vaccin	Remarque
8.9.2013	Févre jaune	Arthax	X
<b>Polio</b>			
Date	Vaccin	Remarque	
19.2.1999	Poliovac	5 vaccins	X
<b>Méningite</b>			
Date	Vaccin	Remarque	
19.2.1999	Infanrix tetra	X	X
<b>Grippe</b>			
Date	Vaccin	Remarque	

Remarque:

 SHOMED : logiciel pour la gestion des données des salariés des établissements de santé.

### Maladies d'enfance et anamnèse

Lettre de Denis 14.3.1987			
<b>Varicelle</b>			
Date	Vaccin	Remarque	Sérum IgG
08.09.2013	Varivax	Positif	X
<b>ROR</b>			
Date	Type	Vaccin	Remarque
6.09.2013	ROR	Proteas	X
<b>Antécédents médicaux</b>			
Date	Diagnostics	Remarque	
Enfance	Appendicéctomie	X	X
1998	Décompensation asthmatique	Hospitalisation	X
2009	Burnout	AT 6 mois	X
<b>Allergies médicaments</b>			
Médicament	Type	Remarque	
Penicilline	orales	X	X
<b>Autres allergies</b>			
Allergène	Type	Remarque	
Acariens	asthme	X	X
<b>Traitement</b>			
Traitement	Freq.	Remarque	
Benicidol	HSO	X	X

Remarque:

## SHOMED: logiciel gratuit pour les services de médecine du personnel

Dr Frédéric Zysset, Médecin du travail, Lausanne

 SHOMED : logiciel pour la gestion des données des salariés des établissements de santé.

### Tuberculose

Libourette Denis 14.3.1987

**TB** Primo traité: Oui Date: 15.6.2012

**BCC** Date: 1988 Remarque: X

**Dépistage TB**

Date	Test	Résultat	Taille	Remarque
1987	Papan	Négatif		X
12.7.1990	Mt 2TJ	8 mm	8	X
12.6.2012	Quantiferon	Positif	1.4 UML	X

**Expositions TB**

Date	Exposition	Circonstances	Remarque
15.6.2012	Prof.	CHUV	Contact avec un patient bacillaire

**Traitement TB**

Date	Durée	Traitement	Remarque
15.6.2012	6	Rimactan	

**Rx Thorax**

Date	Lieu	Document	Aspect	Remarque
15.6.2012	CHUV	Radiorapport	Normal	X

 SHOMED : logiciel pour la gestion des données des salariés des établissements de santé.

### Habitudes, examens paracliniques

Libourette Denis 14.3.1987

**Alcool**

Consommation: Ccc  
Type: Vin blanc  
Quantité: 0 Unités/an  
Remarque:

**Tabac**

Consommation: Ccc  
Quantité: 1 sigs/jour  
Début: 2003 (années)  
Fin: (années) P.A.: 5  
Remarque:

**Drogue**

Consommation: Stop  
Type: Cannabis/cocaine  
Remarque: Prof. stop en 2007

**Sport**

Sport: Jog  
Type: Fitness  
Prés: 3 Parfois/sovent  
Remarque:

**Examens de laboratoire**

Date	Examen	Unité	Résultat	Norme	Remarque
08.09.2013	Paréolite	µg/L	84	18 - 200	X

**Fonctions pulmonaires**

Date	Résultat	Remarque

 SHOMED : logiciel pour la gestion des données des salariés des établissements de santé.

### Examen physique et informations de prévention

Libourette Denis 14.3.1987

**Tension artérielle**

Date	TA	FC	Paq	Remarque
8.9.2013	120/80	87	Paq	X

**Taille** 180 cm

**Poids**

Date	Pds	IMC	DMS	Remarque
8.9.2013	82	25.4	Surpoids	X

**Examen de la vision**

Date	Pres	PL	Cor	Di	Remarque
8.9.2013	Pres	0	0	0	X
8.9.2013	Exam	Cor	0.8	15.0	X

**Risques professionnels**

Date	Risques	Info
8.9.2013	Cytostatiques	Oui X

**Examens périodiques**

Date	Type	Résultat	Remarque	Date Doi
08.09.2013	Radioprotection	Apte		08.09.2018



## SHOMED: logiciel gratuit pour les services de médecine du personnel

Dr Frédéric Zysset, Médecin du travail, Lausanne



SHOMED : logiciel pour la gestion des données des salariés des établissements de santé.

La base de données n'est pas protégée

- > Les formats peuvent être modifiés librement (sauf copyright).
- > La structure est accessible librement et peut adaptée aux besoins de l'institution ou à des besoins spécifiques des services de santé au travail.
- > La programmation est simple et accessible à des utilisateurs avertis non informaticiens.
- > Le principe est que les établissement s'approprient la base.
- > Il n'y a pas de support prévu, mais des upgrades devraient être ultérieurement disponibles.
- > Des séances de formation seront organisées pour les utilisateurs intéressés. Ces séances seront payantes.



SHOMED : logiciel pour la gestion des données des salariés des établissements de santé.

Conditions pour acquérir SHOMED:

Engagement à utiliser la base de données dans des conditions déontologiques satisfaisantes:

- > Service de santé au travail « autonome » au sein de l'établissement ou hors de l'établissement, permettant de garantir la confidentialité de la prise en charge des employés
- > Absence d'accès à la base de données à des tiers (employés, direction ou cadres de l'établissement)



SHOMED : logiciel pour la gestion des données des salariés des établissements de santé.

Ce qui est gratuit:

- > Mise à disposition du logiciel Medipho
- > Mises à jour ultérieures du logiciel

Services payants envisageables (sous réserve disponibilité):

- > Formation structurée des utilisateurs sous forme de séances en groupe (1 journée) ou de formations sur site
- > Aide à l'installation du logiciel et au transfert de données préexistantes à partir d'autres supports
- > Aide en cas de difficultés éventuelles d'utilisation (pas de hotline !)
- > Développements spécifiques de la base de donnée

Si intérêt: [fzysset@mtravail.ch](mailto:fzysset@mtravail.ch)

## Un nouveau vaccin contre le méningocoque B

Dr Michael Endrich, Medical Director Vaccines Novartis Switzerland

Les maladies invasives à méningocoques (MIM) peuvent prendre une tournure fulgurante et dévastatrice associée à une mortalité élevée ou à des séquelles à vie pour les survivants. Les MIM sont causées par des diplocoques à gram négatif et à capsule de type *Neisseria meningitidis*. Les différentes structures polysaccharidiques de la capsule permettent de distinguer 13 sérogroupes de *N. meningitidis*, dont 5 (A, B, C, W et Y) sont responsables de la majorité des cas de MIM dans le monde. La répartition mondiale des sérogroupes est très dynamique et imprévisible et varie entre les régions et les pays. L'incidence des MIM la plus élevée est observée chez les nourrissons, avec un autre pic chez les adolescents et les jeunes adultes de 15 à 24 ans. Aujourd'hui, la plupart des cas de MIM dans les pays développés sont dus aux méningocoques du séro groupe B (MenB).

Les dernières décennies ont permis de développer des vaccins contre les 4 sérogroupes A, C, W et Y sur la base des polysaccharides de la capsule des bactéries correspondantes. En revanche, les approches analogues sur la base des polysaccharides de la capsule contre les méningocoques de type B ont échoué. Les polysaccharides de la capsule du MenB possèdent en effet une immunogénicité faible, très probablement parce qu'ils contiennent des unités d'acide polysialique structurellement semblables à des molécules endogènes présentes dans le tissu neuronal humain.

L'approche sur la base des polysaccharides de la capsule du MenB s'étant révélée peu prometteuse, des stratégies alternatives se sont concentrées sur des antigènes non-capsulaires. La diversité antigénique et l'expression variable des antigènes immunodominants constituent toujours un défi pour le développement d'un vaccin anti-MenB à large spectre.

De même, vu la diversité génétique des souches de MenB en circulation, les vaccins basés sur un seul composant antigénique devraient rester inefficaces. Une approche multi-composants avec plusieurs antigènes paraît nécessaire afin de pouvoir garantir une protection large et durable.

La génomique et un processus appelé «vaccinologie inverse» ont permis de développer un vaccin anti-MenB à composants multiples (4CMenB). Grâce à ce processus, 350 antigènes ont pu être identifiés initialement en tant qu'antigènes potentiels pour un vaccin. Afin d'être sélectionnés, ces antigènes devaient posséder les caractéristiques suivantes:

- (1) une exposition sur la surface bactérienne où les antigènes seraient identifiables par les anticorps
- (2) une expression élevée pour susciter une réponse immunitaire forte
- (3) une immunogénicité suffisante (capacité à induire des anticorps bactéricides)
- (4) une conservation (séquence génique) à travers un large spectre de souches pathogènes

Pour la formulation finale du vaccin qui a été enregistré en 2013 en l'Union européenne, en Canada et en Australie sous le nom de marque Bexsero®, 4 antigènes ont été sélectionnés sur la base de leur survie, de leur fonction, de leur virulence ou pathogénicité ainsi que de leur conservation à travers un large spectre de souches et leur réactions immunitaires bactéricides: protéine de liaison au facteur H (fHbP), adhésine neisserienne A (NadA), antigène de liaison à l'héparine neisserienne (NHBA) et vésicule de membrane extérieure (OMV) de la souche qui a fait son apparition en Nouvelle-Zélande. La réponse immunitaire aux vaccins OMV vise principalement la protéine de membrane extérieure (PorA).

Les antigènes contenus dans Bexsero® ont été sélectionnés de manière ciblée afin d'offrir une protection contre la majorité des souches de MenB circulant dans le monde. Bexsero® déclenche une réponse immunitaire protectrice chez les personnes d'âge différent, y compris chez les nourrissons âgés de 2 mois, soit le groupe présentant le risque de maladie le plus élevé. L'emploi de Bexsero® à partir de 2 mois a fait l'objet d'études parallèles dans le cadre de différents schémas de vaccination. La sécurité de Bexsero® a été examinée dans 8 études cliniques dont 7 études randomisées et contrôlées. Le vaccin est bien toléré par tous les groupes d'âge. Administré seul, le taux de réactions non-désirés par rapport à Bexsero® se situait au même niveau de celui d'autres vaccins de routine (administrés seuls). Lorsque Bexsero® a été administré en même temps que d'autres vaccins (de routine), de la fièvre a été observée plus souvent selon un schéma prévisible.

Grâce au développement de Bexsero®, premier vaccin anti-MenB homologué susceptible d'être efficace contre la majorité des souches de MenB présentes dans le monde, les MIM causées par le sérotype B aussi deviennent une maladie infectieuse évitable par vaccination.

Bexsero® n'est pas encore enregistré en Suisse.

#### Referenzen

- Rosenstein NE, Perkins BA, Stephens DS, Popovic T, Hughes JM. Meningococcal disease. *N Engl J Med.* 2001;344(18):1378-1388.
- Pizza M, Scarlato V, Masignani V, et al. Identification of vaccine candidates against serogroup B meningococcus by whole-genome sequencing. *Science.* 2000;287(5459):1816-1820.
- Serruto D, Bottomley MJ, Ram S, Giuliani MM, Rappuoli R. The new multicomponent vaccine against meningococcal serogroup B, 4CMenB: immunological, functional and structural characterization of the antigens. *Vaccine.* 2012;30(Suppl 2):B87-97.
- Vesikari T, Esposito S, Prymula R, et al, EU Meningococcal B Infant Vaccine Study Group. Immunogenicity and safety of an investigational multicomponent, recombinant, meningococcal serogroup B vaccine (4CMenB) administered concomitantly with routine infant and child vaccinations: results of two randomised trials. *Lancet.* 2013 [in press].
- Gossger N, Snape MD, Yu LM, et al. Immunogenicity and tolerability of recombinant serogroup B meningococcal vaccine administered with or without routine infant vaccinations according to different immunization schedules: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2012;307(6):573-582.
- Vogel U, Taha MK, Vazquez JA, et al. Predicted starin coverage of a meningococcal multicomponent vaccine(4CMenB) in Europe. *Lancet Infect Dis.* 2013 [in press].

## **Vaccination méningococcique universelle: peut-elle éviter le traitement post-exposition ?**

Dr Bernard Vaudaux, Unité d'infectiologie pédiatrique et vaccinologie, CHUV & HEL

Trois formulations de vaccins méningococciques sont actuellement disponibles: une formulation polysaccharidique pure (dirigée contre les groupes A, C, W135, Y; exemple Mencevax® ACWY), une formulation polysaccharidique conjuguée (dirigée également contre les groupes A, C, W135, Y; exemple Menveo®) et une formulation protéinique (dirigée contre le groupe B; exemple Bexero®).

La vaccination méningococcique devrait impérativement satisfaire à quatre critères pour rendre le traitement post-exposition superflu:

Critère N°1: Protéger contre toutes les souches de tous les sérogroupes de méningocoques auxquels l'individu peut être exposé (A, B, C, W135, Y).

Critère N°2: Assurer l'immunité protectrice contre la maladie méningococcique invasive (en générant un taux sérique d'anticorps bactéricide égal au corrélat de protection).

Critère N°3: Assurer l'immunité protectrice contre le portage nasopharyngien (en générant un taux sérique d'anticorps bactéricide très supérieur au corrélat de protection, permettant ainsi la transsudation de l'anticorps vers la surface de la muqueuse du nasopharynx).

Critère N°4: Assurer une immunité protectrice permanente (en générant un taux sérique d'anticorps bactéricide constamment suffisant pour garantir la protection). Cette nécessité découle de l'observation que, l'incubation de la maladie pouvant être plus courte que la réactivation de l'immunité mémoire, il n'est pas possible de compter sur cette dernière pour garantir la protection. En conséquence, il est indispensable que l'immunité soit périodiquement réactivée par un rappel vaccinal.

Le critère N°1 est rempli pour les groupes A, C, W135 et Y mais pas tout-à-fait atteint pour le groupe B puisque toutes les souches ne sont pas "couvertes" par le vaccin protéinique actuel.

Le critère N°2 est satisfait par toutes les formulations de vaccins méningococciques.

Le critère N°3 n'est pas rempli par la formulation polysaccharidique pure mais l'est par la formulation polysaccharidique conjuguée et, vraisemblablement, par la formulation protéinique.

Le critère N°4 n'est pleinement satisfait par aucune des formulations. Le recours au rappel vaccinal périodique est: a) impossible avec la formulation polysaccharidique pure en raison du phénomène de tolérance immune; b) possible avec la formulation polysaccharidique conjuguée au prix d'une périodicité vaccinale de 5 ans; et c) vraisemblablement possible aussi avec la formulation protéinique au prix d'une périodicité prévisible de l'ordre de 10 ans.

En conclusion, une vaccination universelle reposant sur l'utilisation concomitante de la formulation polysaccharidique conjuguée (Menveo®) et de la formulation protéinique (Bexero®) assurerait la protection contre tous les représentants des groupes A, C, W135 et Y et contre la majorité des souches du groupe B...mais pas toutes en l'état actuel du vaccin concerné...et ce au prix de rappels vaccinaux extrêmement fréquents. Compte tenu du coût actuel de ces vaccins, le rapport coût/utilité d'une telle intervention aurait toutes probabilités d'être défavorable et très supérieur à celui du traitement post-exposition.



## Vaccination contre la coqueluche - recommandation de l'OFSP

Dr Catherine Bourquin, Office fédéral de la santé publique, Berne

 Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

 Département fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Unité de direction Santé publique

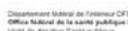
### La coqueluche

- Incubation: moyenne 9-10 jours (6-20)
- Phase catarrhale: 7-14 jours
  - Rhinite, inflammation conjonctivale, toux légère
  - la plus contagieuse! goutelettes
  - $R_0 = 12-17$
- Phase paroxystique: 1-2 mois (ou plus)
  - Toux caractéristique
  - Fièvre rare



Vaccination contre la coqueluche  
Catherine Bourquin, OFSP  
Symposium formation SOHF, 2.09.2014

 Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

 Département fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Unité de direction Santé publique

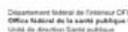
### Complications de la coqueluche

- Complications surtout chez les < 1 an
- Pneumonies: 20-30%
- Pneumothorax
- Hypertension pulmonaire sévère
- Convulsions
- Encéphalopathies: 0.8%
- Décès: 0.04% - 0.5% (pays industrialisés)
  - = nourrissons < 6 mois



Vaccination contre la coqueluche  
Catherine Bourquin, OFSP  
Symposium formation SOHF, 2.09.2014

 Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

 Département fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Unité de direction Santé publique

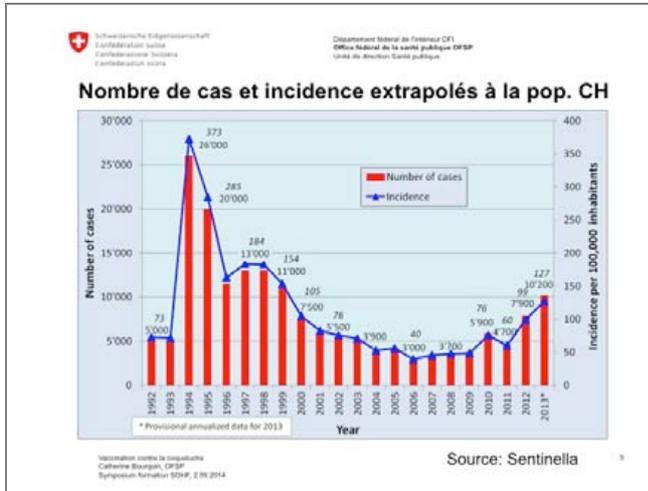
### La coqueluche chez les adolescents et les adultes

- toux > 3 semaines, perturbant sommeil et activités
- toux jusqu'à 90 jours: 27%
- symptômes pharyngés: 33%
- ado et adultes avec toux > 6j: 13-32% *B. pertussis*
- pas de complication sévère
- souvent légère / atypique, sous-diagnostiquée chez les vaccinés
- source de transmission pour les jeunes enfants

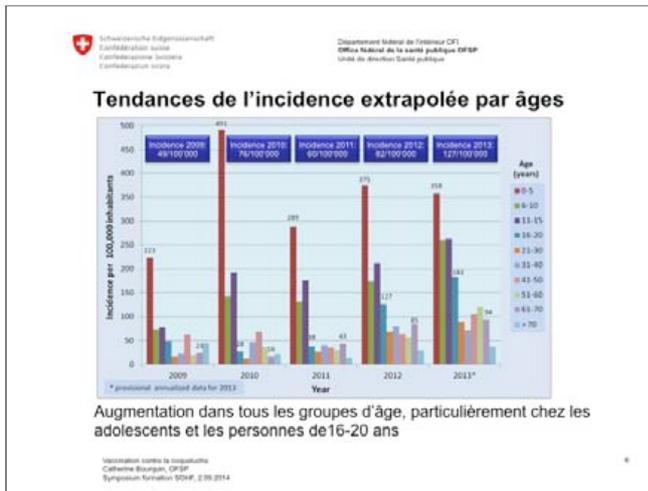
Vaccination contre la coqueluche  
Catherine Bourquin, OFSP  
Symposium formation SOHF, 2.09.2014

## Vaccination contre la coqueluche - recommandation de l'OFSP

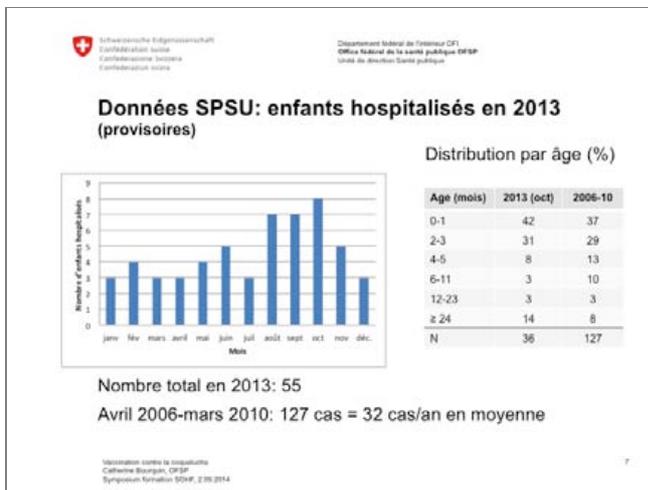
Dr Catherine Bourquin, Office fédéral de la santé publique, Berne



Vaccination contre la coqueluche  
Catherine Bourquin, OFSP  
Symposium formation SOHF, 2.9.2014



Vaccination contre la coqueluche  
Catherine Bourquin, OFSP  
Symposium formation SOHF, 2.9.2014



Vaccination contre la coqueluche  
Catherine Bourquin, OFSP  
Symposium formation SOHF, 2.9.2014

## Vaccination contre la coqueluche - recommandation de l'OFSP

Dr Catherine Bourquin, Office fédéral de la santé publique, Berne

Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Unité de direction Santé publique

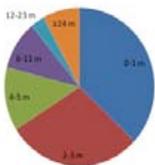
### Caractéristiques des cas SPSU 2006-2010

- 154 cas déclarés: 83% PCR positifs
- Sexe 58% M
- Age médian 2.2 mois (11 jours- 13.5 ans)
- 73% non vaccinés
- 45% trop jeunes pour être vaccinés

Source d'infection

- 59% contact avec un cas probable, dont 84% parents ou fratrie

Soins intensifs: 26% (moy. 8.4j, 1-28 j.)  
Assistance respiratoire: 19%



Vaccination contre la coqueluche  
Catherine Bourquin, OFSP  
Symposium formation SOHF, 2.9.2014

Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Unité de direction Santé publique

### Résumé tendances épidémiologiques

- Réduction d'incidence > 90% après 1940 grâce au vaccin
- Réaugmentation d'incidence, principalement ado et adultes

Hypothèses:

- davantage reconnue / diagnostiquée
- waning immunity
- variations cycliques
- nouvelles souches de *B. pertussis*

- Durée de l'immunité protectrice?
  - Vaccins acellulaires: 6-10 ans (4-12 ans)
  - Infection: 12-15 ans (7-20 ans)
- Efficacité vaccinale = 85%

Vaccination contre la coqueluche  
Catherine Bourquin, OFSP  
Symposium formation SOHF, 2.9.2014

Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Unité de direction Santé publique

### Objectifs de la vaccination contre la coqueluche

- Protéger les nourrissons de moins d'un an / moins de 6 mois
  - En les vaccinant dès l'âge de 2 mois
  - En réduisant l'incidence dans la population, afin de réduire le risque de transmission aux nourrissons
  - En vaccinant les femmes enceintes et les proches des nourrissons
- Vaccination recommandée de base
- Vaccination pour personnes à risque accru de transmission
- Contrôler la maladie: < 1 cas /100'000 habitants
  - 95% de couverture vaccinale

Vaccination contre la coqueluche  
Catherine Bourquin, OFSP  
Symposium formation SOHF, 2.9.2014

## Vaccination contre la coqueluche - recommandation de l'OFSP

Dr Catherine Bourquin, Office fédéral de la santé publique, Berne

 Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

 Département fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Unité de direction Santé publique

### Recommandations de vaccination

1945-1996	Vaccin à germe entier: 3 doses, éventuellement 4 <sup>e</sup> à 18-24 mois
1996	Vaccin acellulaire: 4 <sup>e</sup> dose à 15-24 mois 5 <sup>e</sup> dose à 4-7 ans
2001	Rattrapage ad 5 doses jusqu'à 15 ans
2004	dTp <sub>6</sub> en rattrapage à 11 - 15 ans
2009	Schémas de rattrapage selon l'âge Schéma accéléré 2,3,4 mois pour prématurés (< 33SG ou de poids de naissance < 1500g) et vaccination entourage

Vaccination contre la coqueluche  
Catherine Bourquin, OFSP  
Symposium formation SOHF, 2.09.2014

11

 Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

 Département fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Unité de direction Santé publique

### Recommandations de vaccination 2012-2013

- Schéma accéléré de vaccination pour nourrisson en structure d'accueil collectif (2, 3, 4 et 12-15 mois)
- Rappel à 11-15 ans (avec la 6<sup>e</sup> dose dT)
- 1 dose (rappel ou primovaccination) aux adultes 25-29 ans (avec le rappel dT ou ≥ 2 ans après le dernier T)
- Personnes en contact familial ou professionnel avec des nourrissons de < 6 mois si la dernière vaccination ou une coqueluche prouvée par laboratoire date de ≥ 10 ans (min. 4 sem. après le dernier T)
- Pendant la grossesse (dès le 2<sup>e</sup> trim.) si la dernière vaccination ou une coqueluche prouvée par laboratoire date de ≥ 5 ans

Vaccination contre la coqueluche  
Catherine Bourquin, OFSP  
Symposium formation SOHF, 2.09.2014

12

 Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

 Département fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Unité de direction Santé publique

### Conclusions

#### Réflexions pour le futur

- Modification du schéma de vaccination de base pour les nourrissons
- Rappels réguliers à l'âge adulte afin d'obtenir un meilleur contrôle de la coqueluche
- Incitation à la vaccination pour augmenter la couverture vaccinale

Vaccination contre la coqueluche  
Catherine Bourquin, OFSP  
Symposium formation SOHF, 2.09.2014

13

## Coqueluche: quelles mesures post-exposition dans les établissements de santé

Dr Frank Bally, Infectiologue, Serv. maladies infectieuses, Hôpital du Valais, Sion



**Coqueluche:  
quelles mesures post-  
expositionnelles dans les  
établissements de santé ?**

Frank Bally  
ICHV  
02.09.2014



**Prévention: Recommandations OFSP**

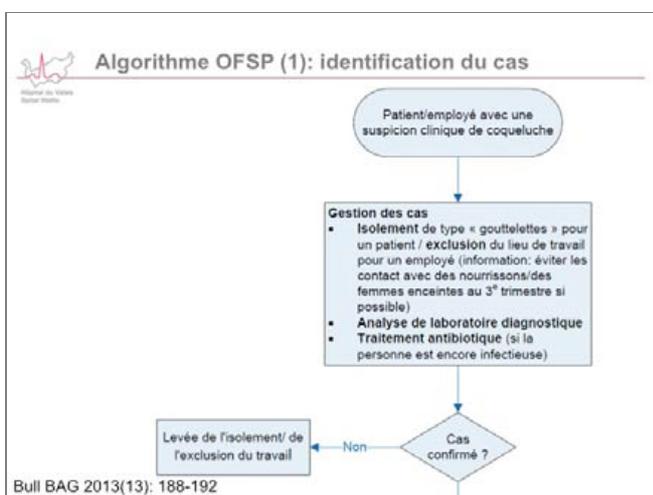
L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) recommande des mesures de santé publique lors de la survenue d'un ou plusieurs cas de coqueluche dans des établissements de santé (hôpitaux, cabinets médicaux, etc.) et structures d'accueil collectif pour enfants (crèches, garderies, mamans de jour, etc.).

**Buts:**

- 1) protéger les personnes à risque accru de complications (nourissons de moins de 6 mois) et
- 2) éviter les épidémies nosocomiales.

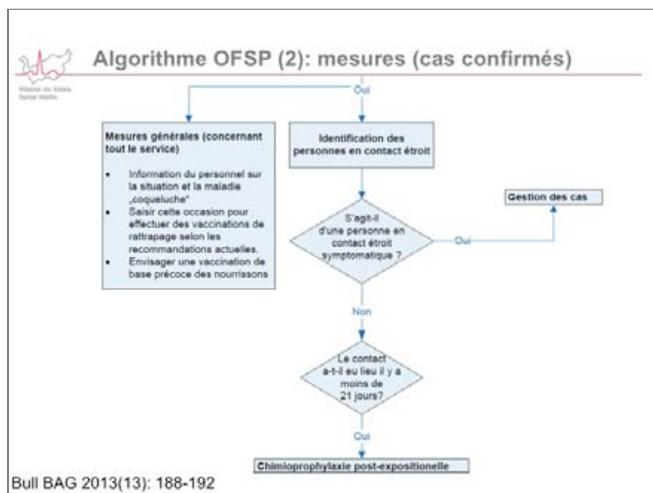
La stratégie consiste à isoler la personne suspecte d'avoir une coqueluche et de prouver le diagnostic. L'isolement et le traitement par antibiotique des personnes symptomatiques ainsi que de personnes significativement exposées, mais (encore) asymptomatiques, permet de réduire le risque de transmission.

Bull OFSP 2013; 13: 188-192



## Coqueluche: quelles mesures post-exposition dans les établissements de santé

Dr Frank Bally, Infectiologue, Serv. maladies infectieuses, Hôpital du Valais, Sion



**Définitions (1)**

**Personne en contact étroit**

- Personne en contact non protégé avec un malade durant la période de contagiosité à moins de deux mètres (face à face).
- Contact non protégé avec les sécrétions respiratoires, orales ou nasales d'un malade durant la période de contagiosité.

Bull BAG 2013(13): 188-192

**Définitions (2)**

**Personne avec contact à risque**  
(risque accru d'exposer un nourrisson de <6 mois) :

- Personne vivant sous le même toit qu'un nourrisson de <6 mois (contact familial étroit).
- Femme enceinte au 3e trimestre (risque accru de transmission au nouveau-né par sa mère malade)

Bull BAG 2013(13): 188-192

## Coqueluche: quelles mesures post-exposition dans les établissements de santé

Dr Frank Bally, Infectiologue, Serv. maladies infectieuses, Hôpital du Valais, Sion



### Gestion des cas (1): isolement

#### Isolement/exclusion de travail jusqu'à

- cas non confirmé
  - 5 jours après début du traitement antibiotique *ou*
  - 21 jours après début de toux, sauf si résultat de PCR négatif (sécrétions nasopharyngées, >14 jours après début de la toux)
- Traitement antibiotique: comme cas confirmé

#### Principe: éviter tout contact avec

- nourrisson < 6 mois ou
- femme enceinte au 3<sup>e</sup> trimestre

Bull BAG 2013(13): 188-192



### Gestion des cas (2): définition du cas (diagnostic)

#### Cas clinique suspect

au moins un des critères suivants:

- toux persistante (au moins 14 jours) sans signe d'amélioration,
- quintes de toux,
- inspiration bruyante (chant du coq), ou
- toux avec détresse respiratoire, cyanose et/ou bradycardie (chez les nourrissons)

#### Cas confirmé

Cas clinique suspect avec

1. *B. pertussis* confirmée au laboratoire (PCR ou culture), ou
2. lien épidémiologique avec un cas confirmé par laboratoire: exposition 4 à 21 jours début des symptômes catarrhaux

Bull BAG 2013(13): 188-192



### Gestion des cas (3): traitement

#### Traitement prophylactique (prévention transmission)

- Cas confirmés
- Cas suspects
  
- Exposition à un cas de coqueluche d'une
  1. personne en contact étroit
  2. personne avec contact à risque

Bull BAG 2013(13): 188-192

## Coqueluche: quelles mesures post-exposition dans les établissements de santé

Dr Frank Bally, Infectiologue, Serv. maladies infectieuses, Hôpital du Valais, Sion

 **Traitement antibiotique**

	Enfants	Adultes	Durée
Clarithromycine	7.5mg/kg 2x/j	500mg 2x/j	7 jours
Clarithromycine ER	-	1g 1x/j	7 jours
Azithromycine	10mg/kg au J1 5mg/kg 1x/j J2-5	500mg au J1 250mg 1x/j J2-5	5 jours
Cotrimoxazol (Triméthoprim/Sulfaméthoxazol)	4mg TMP/kg 2x/j	160/800mg 2x/j	14 jours

TMP: Trimethoprim

- Les doses indiquées sont pour le traitement peroral
- La posologie pour la prophylaxie est égale à celle du traitement
- Le traitement n'altère pas l'évolution de la maladie si donné après la phase initiale, mais permet d'éradiquer le portage pharyngé
- La personne traitée peut être considérée non contagieuse après 5 jour de traitement.

Sandford 43rd edition, 2013 et Bull BAG 2013(13): 188-192

 **Epidémie: Vaccination**

- **Vaccination de base:** Schéma accéléré  
2-3-4 mois + rappel à 12-15 mois
- **Rappels**
  - 5e dose (4-7 ans): rattrapable jusqu'à 16 ans
  - à 11-15 ans
  - à 25-29 ans (diTePa)
  - si contact avec nourrisson < 6 mois
    - Femmes enceintes: vaccination ou maladie < 5 ans
    - Autre personnes: vaccination ou maladie < 10 ans
  - Adultes: Distance min. diTe >2 ans
- **Schéma de rattrapage** en cas de vaccination absente ou incomplète
  - 8-10 ans: max. deux doses
  - >10 ans: une seule dose
- **Vaccination post-exposition:** sans effet

Plan de vaccination suisse 2014

 **Gestion d'une épidémie de coqueluche**

**Ressources**

- **Personnel dédié à l'enquête**
  - Gestion des listes
  - Identification et gestion des cas exposés/suspects
- **Personnel médical**
  - Evaluation des cas suspects
- **Cellules de crise**
  - Organisation
  - Surveillance de l'épidémie

**Vaccination de la tuberculose: où en est-on en 2014 ?**

Prof. François Spertini, Service Immuno-allergologie, CHUV, Lausanne



## Dépistage de la tuberculose par tests sanguins chez les travailleurs de la santé

Dr Jean-Pierre Zellweger, pneumologue, Fribourg

Les travailleurs du secteur de la santé peuvent rencontrer dans le cadre professionnel des malades atteints de tuberculose contagieuse non traitée ou manipuler du matériel contenant des mycobactéries pathogènes. En l'absence d'une protection adéquate et avant que le traitement agisse, une transmission de la tuberculose est possible par inhalation de particules en suspension contenant des mycobactéries vivantes.

Le risque d'infection est variable selon l'incidence de la tuberculose dans la population générale, le type d'activité, la structure des bâtiments, la concentration des bactéries dans l'air et le temps de contact avec les malades non traités. Dans les pays à faible incidence et dans les hôpitaux où des mesures de protection sont prises (ventilation, isolement rapide des cas suspects), le risque d'infection est à peine plus élevé que le risque existant dans la population générale (entre 1.3 et 2.4 fois dans la plupart des enquêtes)(1). Le risque semble plus élevé dans certains secteurs (endoscopie, pathologie) et dans les lieux où des cas de tuberculose encore inconnus peuvent séjourner sans diagnostic ni traitement pendant une période prolongée (services d'urgence, centres d'accueil de requérants d'asile, par exemple) (2).

Vu l'existence d'un risque et la crainte que suscite (encore) la tuberculose, la plupart des services hospitaliers ont institué des mesures de surveillance du personnel potentiellement exposé. Traditionnellement, la surveillance s'effectuait au moyen de tests tuberculiques, depuis quelques années, les tests sanguins (IGRA) les remplacent, en raison de leur meilleure spécificité (pas d'influence du BCG ni des mycobactéries environnementales). Dans les pays européens, la proportion de tests sanguins positifs chez les travailleurs de la santé est nettement plus basse que celle des tests tuberculiques (3). Paradoxalement, des études américaines récentes ont montré au contraire une proportion plus élevées de tests sanguins positifs que de tests tuberculiques, en particulier dans des populations de travailleurs sans exposition particulière à la tuberculose, ainsi que des variations importantes (réversion) en cas de répétition du test (4-6). Ces observations ont jeté un doute sérieux sur la fiabilité des tests sanguins dans la surveillance des travailleurs (7).

Il en résulte qu'il existe actuellement trois propositions pour la surveillance du personnel potentiellement exposé à la tuberculose :

1. La poursuite des tests de surveillance à l'engagement et à intervalles réguliers chez tous les travailleurs du secteur de la santé, en tenant compte du fait que de nombreux tests ont des valeurs limite et ne sont pas confirmés en cas de répétition (SUVA)
2. Tests à l'entrée pour tous les soignants potentiellement exposés et limitation stricte de la répétition aux employés exposés de manière non prévisible, avec élévation des valeurs seuil et répétition des tests positifs et douteux (SOHF)
3. L'abandon pur et simple des tests de routine et la pratique de tests uniquement dans le cadre d'une enquête d'entourage en cas d'exposition documentée, comme dans la population générale (OFSP/LPS)

Pour ce qui est du choix du test, certains experts recommandent de revenir au test tuberculique, en particulier dans les populations non vaccinées au BCG (si cette information est disponible). Dans les groupes de travailleurs dont une forte proportion est vaccinée au BCG, cette option ne semble pas réaliste et le recours aux IGRA (avec les réserves mentionnées ci-dessus) est justifié.

Références:

1. Baussano I, Nunn P, Williams B, Pivetta E, Bugiani M, Scano F. Tuberculosis among health care workers. *Emerg Infect Dis.* 2011;17(3):488-94.
2. Menzies D, Fanning A, Yuan L, FitzGerald JM. Factors associated with tuberculin conversion in Canadian microbiology and pathology workers. *AJRCCM.* 2003;167(4):599-602.
3. Gran G, Assmus J, Dyrhol-Riise AM. Screening for latent tuberculosis in Norwegian health care workers: high frequency of discordant tuberculin skin test positive and interferon-gamma release assay negative results. *BMC Public Health.* 2013;13(1):353.
4. Slater ML, Welland G, Pai M, Parsonnet J, Banaei N. Challenges with QuantiFERON-TB Gold assay for large-scale, routine screening of U.S. healthcare workers. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013;188(8):1005-10.
5. Dorman SE, Belknap R, Graviss EA, Reves R, Schluger N, Weinfurter P, et al. Interferon-gamma Release Assays and Tuberculin Skin Testing for Diagnosis of Latent Tuberculosis Infection in Healthcare Workers in the United States. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014;189(1):77-87.
6. Zwerling A, van den Hof S, Scholten J, Cobelens F, Menzies D, Pai M. Interferon-gamma release assays for tuberculosis screening of healthcare workers: a systematic review. *Thorax.* 2012;67(1):62-70.
7. Zellweger JP, Rieder HL. Serial screening for latent tuberculosis infection in healthcare workers in low-risk settings. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014;189(1):3-4.

## **MRSA, MSSA, ESBL, etc.: en quoi les services de santé au travail peuvent-ils être concernés ?**

Dr Christiane Petignat, Service médecine préventive hospitalière, CHUV, Lausanne

La prévalence du portage du *Staphylococcus aureus* méticilline sensible (MSSA) parmi le personnel soignant est comparable à celui retrouvé en collectivité. Une application conforme des Précautions Standard par le soignant permet de limiter de façon satisfaisante le risque de transmission aux patients. Des mesures particulières (éviction provisoire des soins du professionnel) doivent être envisagées en présence d'infections cutanées étendues causées par cette bactérie.

Pour ce qui est du *Staphylococcus aureus* méticilline résistant (MRSA) le taux moyen de portage des professionnels extrapolé de 127 études (33'318 soignants dépistés) est de 4.6% (extrême 0-57%). Les principaux facteurs de risque d'acquisition de ce germe par le personnel soignant sont la présence d'affections cutanées, un traitement récent d'antibiotiques, le manque d'expérience professionnelle, une charge de travail importante, l'exposition dans des milieux à haute prévalence MRSA, les soins requérant des contacts très rapprochés (soins de pansement, contact avec des plaies) et une faible adhésion aux mesures de prévention et de contrôle de l'infection (lacune dans l'hygiène des mains). Le risque pour les soignants porteurs de MRSA de développer une infection à MRSA est d'environ 5%. Les infections les plus fréquemment rencontrées sont les infections cutanées (>2/3 des infections), les infections des voies respiratoires supérieures (15%), les otites externes et les mastoïdites (15%). La possible transmission de ce germe des soignants porteurs aux patients largement reportée dans la littérature et a été clairement démontrée dans 27 études. La transmission de ce germe a également pu être démontrée parmi les personnes vivant sous le même toit que le soignant porteur de MRSA. Le dépistage du personnel soignant est justifié dans certaines circonstances comme par exemple la présence de facteurs de risque ( présence d'infection cutanée chez le soignant), à l'embauche (en fonction de l'épidémiologie locale) ainsi que lors d'épidémies dans des services hospitaliers. Une décolonisation du personnel de soins porteur de MRSA est recommandée, le taux de succès de décolonisation des soignants porteurs de MRSA étant élevé (>85%). Les traitements proposés pour la décolonisation sont variables. La mupirocine est l'antibiotique topique le plus largement utilisé associé ou non à d'autres agents anti infectieux (antiseptiques et ou antibiotiques). L'exclusion des soins du personnel porteur de MRSA durant le traitement de décolonisation doit tenir compte de l'épidémiologie locale et de la politique de la maîtrise de ce germe au niveau institutionnel. En Europe et en Suisse, les politiques de prévention mises en place dans les établissements de soins ont permis une diminution de l'incidence du MRSA associés aux soins.

Le principal défi de ces deux dernières décennies est l'apparition et la progression importante d'entérobactéries résistantes, en particulier d'entérobactéries avec bêtalactamase à large spectre (ESBL/BLSE) ainsi que, plus récemment, l'apparition d'entérobactéries résistantes aux carbapénèmes (CRE/ERC). Ces bactéries, initialement isolées chez des patients hospitalisés et responsables d'épidémies hospitalières, se sont largement répandues dans la communauté. Alors qu'en Europe centrale et du nord, ce phénomène reste très limité, il représente un défi majeur de santé publique dans les pays du pourtour méditerranéen et dans le continent asiatique. Une étude suédoise a mis isolé ce type de germe dans les selles d' ¼ des voyageurs au retour de voyage d'Asie et plusieurs études ont en démontré la présence d'entérobactéries multirésistantes chez des voyageurs présentant des diarrhées au retour de voyage.

Le défi pour nos établissements de soins est de limiter au maximum la diffusion de ces bactéries, ceci par le dépistage des patients à risque et par la mise en place de protocoles de prise en charge des patients porteurs. Les services de médecine de santé au travail doivent sensibiliser les professionnels de la santé au risque d'acquisition de ce type de germe lors des voyages et également instaurer une politique de dépistage de ces bactéries chez les soignants se présentant avec des diarrhées au retour de zones à risque.

## Mise en place pratique d'un programme de prévention des lombalgies.

Maria Pichon, Ergonome et Chargée de sécurité, Karolinska Institute, Solna, Suède



# Évaluation des risques lors des manutentions

## Mise en place pratique d'un programme de prévention des lombalgies

10è Symposium de  
formation de la  
SOHF  
2 septembre 2014

Maria Pichon ergonome/chargé de sécurité  
maria.rubenssonpichon@gmail.com



## Le mécanisme des blessures lié aux manutentions de patients



- La plupart des accidents arrivent dans une situation ordinaire et planifiée.
- Les blessures surviennent le plus souvent lentement dans les structures lombaires.
- Les manutentions manuelles de patients dépassent les valeurs limites des blessures.

Source: Engkvist et al., 1998; Jang et al., 2007; Jäger et al., 2013; van Wijk, Andrews & Weir, 2010; Waters, 2007, 2010a; Marras, Davis, Kiriakos & Bartschu, 1999

Maria Pichon ergonome/chargé de sécurité  
maria.rubenssonpichon@gmail.com

2



## Objectif de l'étude

- L'objectif de la présente étude était d'évaluer le risque lors des manutentions des patients comme soutien décisionnel pour établir une proposition d'un plan d'action des mesures de prévention.

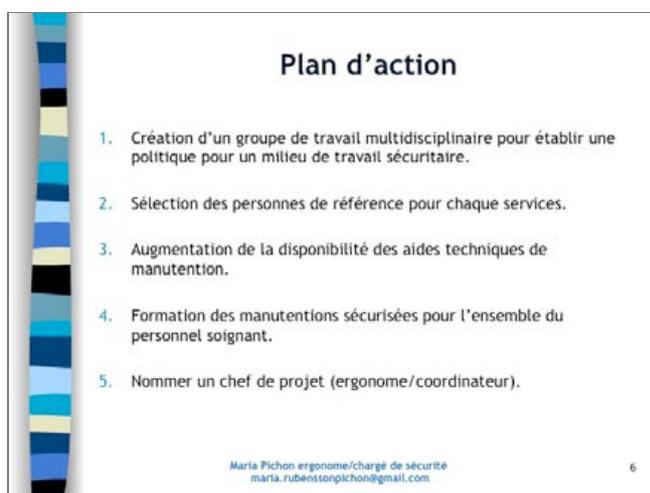
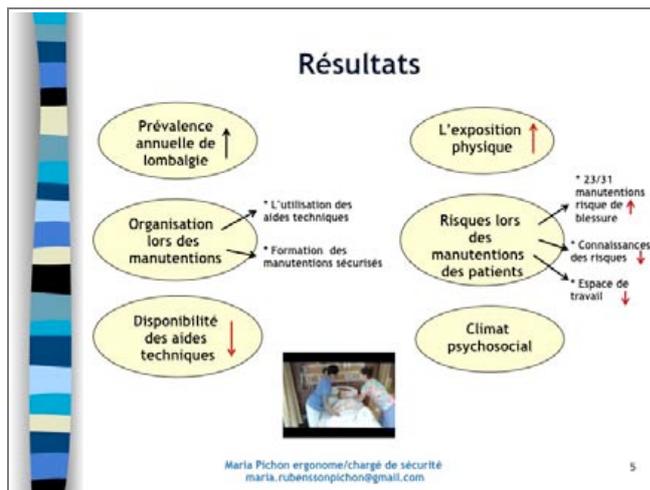
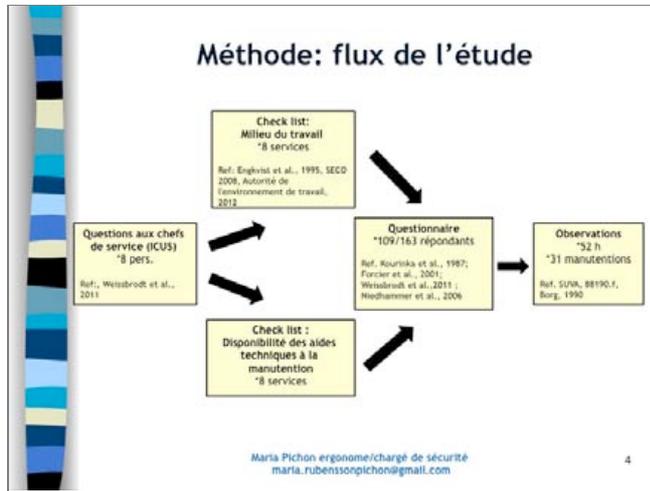
1. Dans quelle mesure le personnel soignant a-t-il des problèmes de lombalgie?
2. Comment le travail est-il organisé lors des manutentions des patients ?
3. Les aides techniques disponibles sont-elles suffisantes lors des manutentions des patients ?
4. Quelle est l'exposition physique du personnel soignant ?
5. Quels sont les risques dans les situations de manutentions ?
6. Comment est le climat psychosocial perçu par le personnel soignant ?

Maria Pichon ergonome/chargé de sécurité  
maria.rubenssonpichon@gmail.com

3

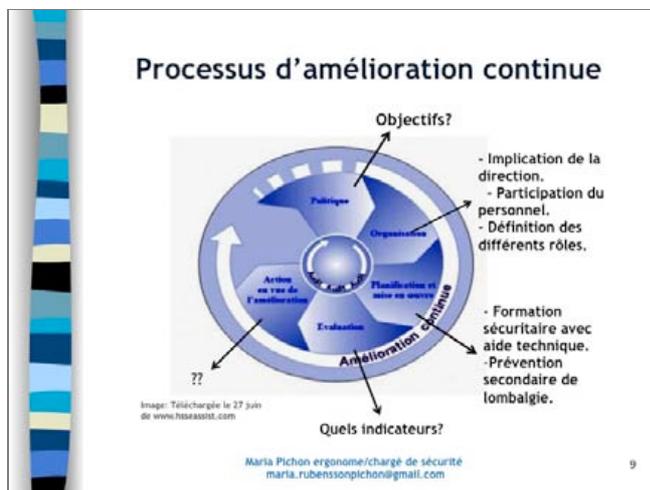
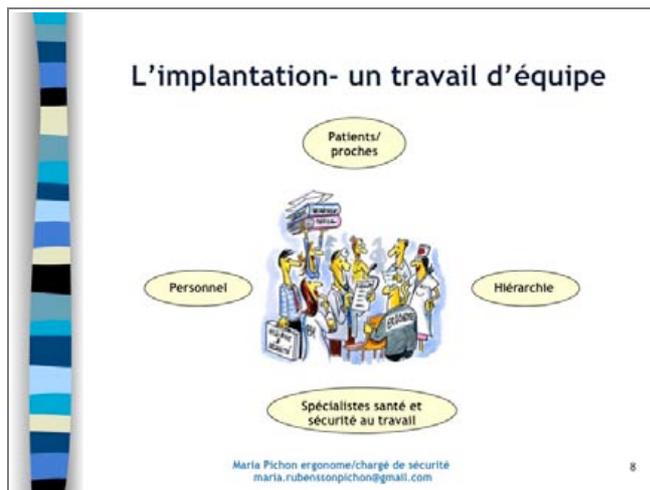
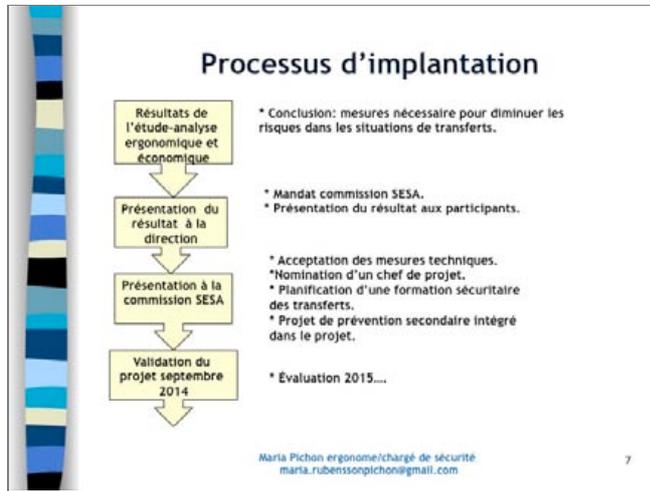
## Mise en place pratique d'un programme de prévention des lombalgies.

Maria Pichon, Ergonome et Chargée de sécurité, Karolinska Institute, Solna, Suède



## Mise en place pratique d'un programme de prévention des lombalgies.

Maria Pichon, Ergonome et Chargée de sécurité, Karolinska Institute, Solna, Suède



## Mise en place pratique d'un programme de prévention des lombalgies.

Maria Pichon, Ergonome et Chargée de sécurité, Karolinska Institute, Solna, Suède



### TROPHI (Tool for Risk Outstanding in Patient Handling Interventions)

1. Culture de sécurité.
2. Santé musculo-squelettique du personnel.
3. Compétence/Conformité.
4. Absence dans la population de travail.
5. Qualité des soins par service de soins.
6. Nombre d'accidents ou d'incidents. (Fray.M. & Hignett.S., 2013).

Maria Pichon ergonome/chargé de sécurité  
maria.rubenssonpichon@gmail.com

10



### TROPHI (suite)- Évaluation des risques résiduels d'une intervention

7. Bien-être psychologique (satisfaction ).
8. L'état et les besoins des patients.
9. Perception du patient.
10. Trouble musculo- squelettique, mesures d'exposition.
11. Blessures des patients.
12. Calcul financier (coût par rapport à l'investissement)(Fray.M & Hignett.S., 2013).

Maria Pichon ergonome/chargé de sécurité  
maria.rubenssonpichon@gmail.com

11

### **Vaccination contre la grippe du personnel de soins: quelles évidences?**

Dr Anne Iten, Département de médecine interne, HUG, Genève

Dr Chantal Bonfillon, Médecin du travail, Hôpitaux universitaires de Genève

La grippe saisonnière, une infection virale des voies respiratoires, n'est pas toujours bénigne et peut être cause de complications sévères pour les patients. En Suisse, on estime que la grippe représente chaque année 300'000 malades, 200'000 consultations médicales, 1'000 à 5'000 hospitalisations et 400 à 1'500 décès. Les coûts directs et indirects s'élèveraient à 450 millions de francs. A l'hôpital, la grippe saisonnière signifie morbidité et mortalité accrues pour les patients ; surcharge de travail, diminution de la qualité des soins et augmentation des coûts pour les structures de soins.

La vaccination est un moyen efficace pour éviter la transmission du virus de la grippe saisonnière. Mais, le taux de vaccination des populations concernées est souvent bas et ne permet pas d'atteindre l'efficacité souhaitée. Que faire ?

Sur la base de l'une expérience vécue aux HUG, seront discutés les moyens à mettre en place, les actions concomitantes à instaurer et les difficultés rencontrées.

## Maladies d'enfance chez l'adulte: quels sont les problèmes et pourquoi vacciner?

Dr med. Laurence Senn, Service de Médecine Préventive Hospitalière, CHUV



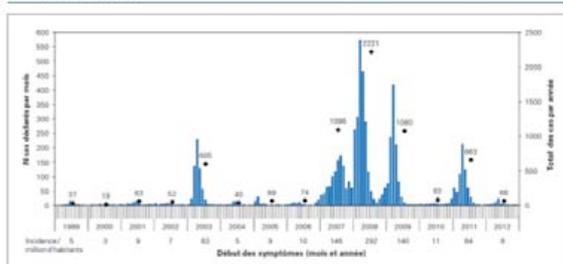
### Rougeole: Quels sont les problèmes ?



- Avant la vaccination, maladie d'enfance (avant 10 ans)
- Adultes épargnés jusque-là et non vaccinés peuvent tomber malades
- Adultes, nourrissons et femmes enceintes plus souvent sujets à des complications
- Complications:
  - 1 décès pour 3000 cas d'infection
  - 5 à 15 % pneumonie, otite moyenne, encéphalite

### Epidémiologie récente en CH

Nombre mensuel et annuel de cas de rougeole déclarés et incidence annuelle par million d'habitants, Suisse, mars 1999 à décembre 2012.



L'âge médian des cas tend à augmenter au cours du temps:  
- 9 ans durant l'épidémie de 2003  
- 11 ans durant celle de 2006-2009  
- 17 ans durant celle de 2011

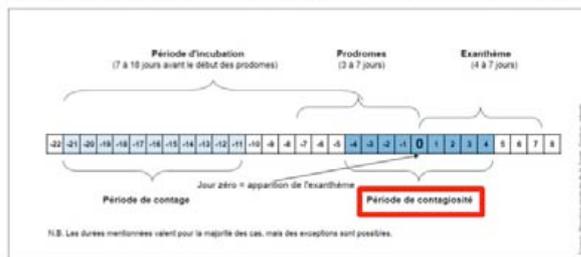
OFSP

## Maladies d'enfance chez l'adulte: quels sont les problèmes et pourquoi vacciner?

Dr med. Laurence Senn, Service de Médecine Préventive Hospitalière, CHUV

### Rougeole: Quels sont les problèmes ?

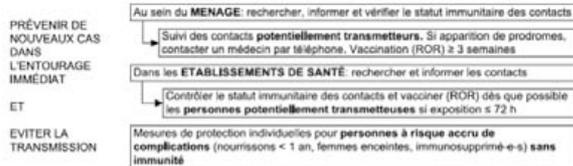
Déroulement standard d'un épisode de rougeole. Pour les mesures, le point déterminant est l'apparition de l'exanthème au jour 0.



La période de contagiosité débute 4 jours avant l'exanthème évocateur  
infection hautement contagieuse: transmission par aérosol,  $R_0$  15-20

OFSP

### Pourquoi vacciner ? 1. Autour d'un cas



- Vaccin ROR si exposition  $\leq$  72h
- Immunoglobulines dans les 6 jours si personne à risque accru de complications

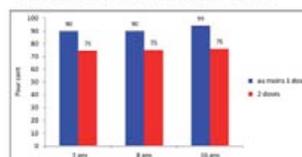
OFSP

### Pourquoi vacciner ? 2. La population générale



Figure 1. Couvertures vaccinales 2007-2009 selon le nombre de doses ( Suisse entière)

Immunité collective et élimination si 95% de couverture vaccinale avec 2 doses



Stratégie nationale d'élimination  
de la rougeole 2011-2015

OFSP

## Maladies d'enfance chez l'adulte: quels sont les problèmes et pourquoi vacciner?

Dr med. Laurence Senn, Service de Médecine Préventive Hospitalière, CHUV

### Pourquoi vacciner ?

#### 3. Le personnel de santé

- Risque élevé d'exposition à la rougeole
- Susceptibles de transmettre la rougeole aux patients, parmi lesquels certains présentent un risque accru de complications
- Tous doivent être immuns, y compris ceux qui n'ont pas de contacts directs avec des malades
- Exigence :
  - immunité prouvée avec deux doses de vaccin ou un titre d'anticorps protecteur
  - condition d'engagement du personnel
  - ne pas oublier les étudiants, stagiaires

### Oreillons: Quels sont les problèmes ?

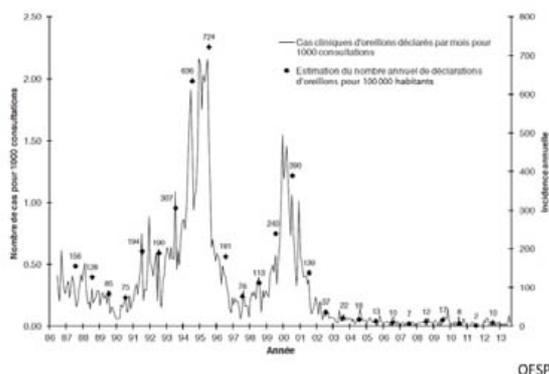


Source CDC

- Taux de complication 5.7%
  - 1,4% méningite
  - 2.2% orchite
  - 1,4% pancréatite
- Taux d'hospitalisation 1.4%
- Complications plus fréquentes chez l'adulte
  - 11% orchite
  - 3.5% pancréatite

Source OFSP – épidémie 1999-2001

### Epidémiologie récente en CH



## Maladies d'enfance chez l'adulte: quels sont les problèmes et pourquoi vacciner?

Dr med. Laurence Senn, Service de Médecine Préventive Hospitalière, CHUV

### Oreillons: Pourquoi vacciner ?

- Vaccin ROR
- La stratégie d'élimination de la rougeole prévient également le risque oreillons

### Varicelle: Quels sont les problèmes ?



Source CDC

- Plus de complications chez les adultes, femmes enceintes, immunosupprimés, nouveau-nés
  - pneumonie, encéphalite, érysipèle
- Chaque année en CH, 20 000 enfants et 3000 personnes > 16 ans consultent un médecin pour une varicelle.
  - environ 50 personnes > 16 ans doivent être hospitalisées en raison de complications
  - sur 100 000 malades, 1-2 enfants et 20 > 16 ans meurent des complications liées à la varicelle

OFSP

### Varicelle: Pourquoi vacciner ?

- Infection hautement contagieuse: transmission par contact et aérosol,  $R_0$  10-12
- Vaccination recommandée à toutes les personnes âgées de 11 à 39 ans n'ayant pas déjà eu la varicelle (2 doses à 4 semaines d'intervalle au minimum)
- Personnel de santé
  - Risque élevé d'exposition à la varicelle
  - Susceptibles de transmettre la varicelle aux patients, parmi lesquels certains présentent un risque accru de complications

## **Matériel de sécurité: avons-nous le droit de ne pas l'utiliser ?**

Dr Sophie Rusca, Médecin du travail, Hôpital du Valais, Sion

On estime qu'un million d'accidents exposant au sang surviennent chaque année en Europe, dont un tiers en lien avec la phase d'élimination du matériel piquant, coupant ou tranchant. Sur la base du rapport du Parlement Européen du 11 février 2010 est établie une Directive sur la prévention des blessures par objets coupants dans le domaine de la santé. Son délai d'application pour les pays signataires est maintenant dépassé d'une année et déjà des tendances se dessinent. Mais qu'en est-il en Suisse, dans nos établissements de soins ? Comment se positionnent les décideurs, quels sont les freins ou les incitatifs et surtout qui dans cette mise en oeuvre porte quelle responsabilité ?

En France, la prévention des infections transmises en milieu de soin est organisée depuis 20 ans (1993). Surveiller l'évolution des accidents exposant au sang constitue une mission nationale qui rejoint des intérêts divers : la notion de maîtrise du risque pour le patient, les préoccupations d'hygiène hospitalière, la sécurité au travail et finalement la qualité des soins. Depuis 2002, une méthodologie harmonisée est à disposition des établissements partenaires. Un réseau a été constitué, le RAISIN pour Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales. Il publie ses travaux dans un objectif épidémiologique mais aussi à des fins stratégiques : adapter utilement les efforts de prévention des accidents. Dans leur dernier rapport, les auteurs observent une tendance à la diminution de l'incidence des AES pour laquelle est suggérée une relation entre évolution de l'utilisation des matériels sécurisés et réduction du risque d'accident.

La question posée se résume finalement à la nécessité de transposer ou non dans la législation suisse, sur le modèle de la Directive Européenne, l'obligation d'implanter des matériels de sécurité pour inciter les établissements de soins à davantage de sécurité au travail.

Disposerions-nous d'une législation suffisante en matière de sécurité au travail, de sorte que la sectorisation par branche des principes de sécurité des outils et machines soit superflue ? Sur quel réseau sentinelle pouvons-nous compter en tant que spécialistes en santé et sécurité au travail pour mesurer l'évolution des AES, signaler des tendances et jouer véritablement notre rôle de conseil à l'intention des directions d'établissement ? Si dans le secteur de la santé ce retard en termes de prévention du risque spécifique peut encore s'observer, serait-ce parce que l'AES est jugé comme un accident acceptable ?

Pour tenter de répondre, une réflexion est proposée à partir de l'analyse d'un arrêt de la Cour civile qui se prononce sur une situation réelle d'accident professionnel. Certes, le secteur d'activité est différent mais en considérant la question de la responsabilité, du devoir de diligence, d'information et d'instruction de l'employeur, du devoir de disposer de dispositifs de sécurité adéquats selon l'état de la technique et du devoir du salarié d'appliquer les mesures prescrites, des notions de droit sont présentées. La position particulière qu'occupe la protection de la santé dans notre système juridique et les nombreuses ordonnances édictées sur cette base par le Conseil fédéral rappellent que les mesures de sécurité doivent être définies clairement, même si cela implique des dispositions spéciales, telles le recours à du matériel de sécurité dans le secteur des soins.

A ce jour, aucune ordonnance ne réglemente les mesures techniques destinées à prévenir les accidents et maladies professionnelles dans les établissements de soins.

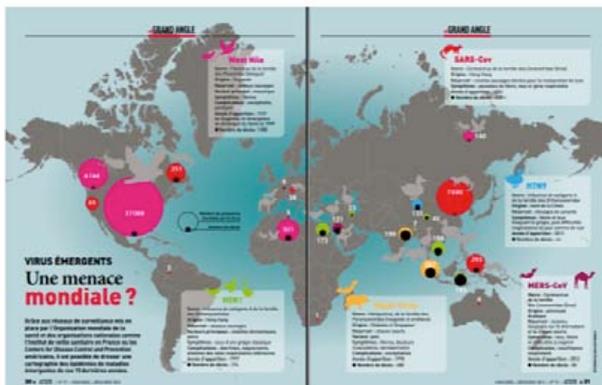
## Coronavirus et autres maladies émergentes: à quoi les établissements de santé doivent-ils se préparer ?

Prof. Christian Chuard, Infectiologue, Hôpital fribourgeois, Fribourg

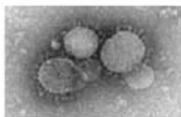
### Coronavirus et autres maladies émergentes : à quoi les établissements de santé doivent-ils se préparer?

Prof. C. Chuard  
Hôpital fribourgeois

SOHF, septembre 2014



MERS-CoV :  
Middle-East Respiratory  
Syndrome Coronavirus



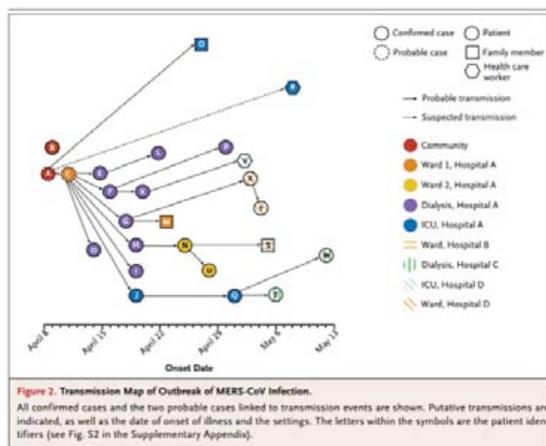
## Coronavirus et autres maladies émergentes: à quoi les établissements de santé doivent-ils se préparer ?

Prof. Christian Chuard, Infectiologue, Hôpital fribourgeois, Fribourg

La source principale d'infection du virus n'a pas encore été clairement identifiée, mais on suppose qu'elle est d'origine animale. Le mode de contamination est en cours d'investigation. Pour quelques cas, les données disponibles indiquent une transmission de personne à personne du virus. Jusqu'à présent, la transmission interhumaine a seulement été observée dans des établissements de soins de santé et par contacts étroits - une transmission soutenue dans la communauté n'a pas été observée. En outre, environ un tiers des personnes infectées par le MERS-CoV souffraient simultanément d'autres pathologies ou étaient immunodéprimées.

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Between April 1 and May 23, 2013, a total of 23 cases of MERS-CoV infection were reported in the eastern province of Saudi Arabia. Symptoms included fever in 20 patients (87%), cough in 20 (87%), shortness of breath in 11 (48%), and gastrointestinal symptoms in 8 (35%); 20 patients (87%) presented with abnormal chest radiographs. As of June 12, a total of 15 patients (65%) had died, 6 (26%) had recovered, and 2 (9%) remained hospitalized. The median incubation period was 5.2 days (95% confidence interval [CI], 1.9 to 14.7), and the serial interval was 7.6 days (95% CI, 2.5 to 23.1). A total of 21 of the 23 cases were acquired by person-to-person transmission in hemodialysis units, intensive care units, or in-patient units in three different health care facilities. Sequencing data from four isolates revealed a single monophyletic clade. Among 217 household contacts and more than 200 health care worker contacts whom we identified, MERS-CoV infection developed in 5 family members (3 with laboratory-confirmed cases) and in 2 health care workers (both with laboratory-confirmed cases).



## Coronavirus et autres maladies émergentes: à quoi les établissements de santé doivent-ils se préparer ?

Prof. Christian Chuard, Infectiologue, Hôpital fribourgeois, Fribourg

### Middle East Respiratory Syndrome-CoV (MERS-CoV) Critères de suspicion, de diagnostic spécifique et de déclaration Etat: 15.07.2013

#### Critères de suspicion

##### Critères cliniques (symptômes)

Symptômes d'infection respiratoire aiguë sévère (SARI) : fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  ou anamnèse de fièvre, toux et hospitalisation nécessaire

ET

Signes cliniques et/ou radiologiques d'infection du parenchyme pulmonaire (ex. pneumonie ou ARDS - Acute Respiratory Distress Syndrome)

ET

Aucune autre étiologie identifiée pouvant expliquer la pathologie

ET

##### Critères épidémiologiques

Présence d'au moins un des critères suivants dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes:

- Voyage ou séjour dans un pays de la péninsule arabique ou dans un pays limitrophe<sup>1</sup>
- Contact étroit<sup>2</sup> avec une personne remplissant les critères cliniques, après un séjour dans la région d'exposition
- Contact étroit<sup>2</sup> avec une personne symptomatique confirmée par laboratoire

1. Arabie Saoudite, Bahreïn, Émirats Arabes Unis, Irak, Iran, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, Émirats arabes émiratis, Yémen.
2. Contact étroit = sont considérés comme contacts étroits, un contact à < 1 mètre et pendant > 15 minutes, le fait d'habiter sous le même toit, les soins apportés au malade ou le contact étroit avec des personnes des voies respiratoires ou avec des liquides biologiques.

#### Critères de déclaration

Les médecins déclarent immédiatement par téléphone au médecin cantonal toute personne remplissant les critères de suspicion (critères cliniques et épidémiologiques) et pour laquelle un diagnostic de laboratoire spécifique pour le MERS-CoV a été demandé.

Diagnostic de suspicion (conformément à la définition de cas de l'OFSP) autre forme:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anthrax (maladie du charbon)  | <input type="checkbox"/> forme cutanée         | <input type="checkbox"/> _____           |
| <input type="checkbox"/> Botulisme                     | <input type="checkbox"/> botulisme alimentaire | <input type="checkbox"/> _____           |
| <input type="checkbox"/> Fièvres hémorragiques virales | <input type="checkbox"/> Lassa                 | <input type="checkbox"/> Ebola           |
|  | <input type="checkbox"/> Marburg               | <input type="checkbox"/> Crimée Congo    |
| <input type="checkbox"/> Peste                         | <input type="checkbox"/> peste pulmonaire      | <input type="checkbox"/> peste bubonique |
| <input type="checkbox"/> Influenza A(H5N1)             |  |  |
| <input type="checkbox"/> SRAS                          | <input type="checkbox"/> MERS Coronavirus      |  |
| <input type="checkbox"/> Variole                       |  |  |

#### Analyse de laboratoire

Les prélèvements des cas suspects sont à envoyer au Centre National de Référence pour les Infections Virales Émergentes (CRIVE) à Genève pour analyse.

## Coronavirus et autres maladies émergentes: à quoi les établissements de santé doivent-ils se préparer ?

Prof. Christian Chuard, Infectiologue, Hôpital fribourgeois, Fribourg



### Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Hospitalized Patients with Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV)

Standard, contact, and airborne precautions are recommended  
for management of hospitalized patients with known or  
suspected MERS-CoV infection

#### Preparedness

To aid providers and facilities, CDC has developed two checklists that identify key actions that can be taken now to enhance preparedness for MERS-CoV infection control.

#### Healthcare Facility Preparedness Checklist

[www.cdc.gov/coronavirus/mers/preparedness/checklist-facility-preparedness.html](http://www.cdc.gov/coronavirus/mers/preparedness/checklist-facility-preparedness.html)

#### Healthcare Provider Preparedness Checklist for MERS-CoV

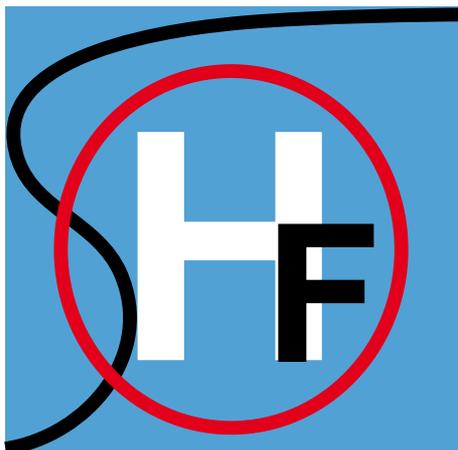
[www.cdc.gov/coronavirus/mers/preparedness/checklist-provider-preparedness.html](http://www.cdc.gov/coronavirus/mers/preparedness/checklist-provider-preparedness.html)

### Influenza aviaires à potentiel zoonotique

#### • Infections zoonotiques récurrentes par virus influenza aviaires

- **H5N1**: 1997 Hong-Kong (18 cas - 6 décès); 2003 Asie SE et diffusion Europe et Afrique (659 cas - 389 décès)
- H7N7: 1996 GB (1 cas); 2003 Pays-Bas (89 cas - 1 décès); 2013 Italie (3 cas)
- H7N3: 2004 British Columbia (2 cas); 2006 GB (1 cas); 2012 Mexico (2 cas)
- H7N2: 2007 GB (4 cas)
- **H7N9**: 2013 Chine (402 cas - 122 décès)
- H9N2: Chine, Hong Kong, Bangladesh
- H10N7: Egypte (2 cas)
- H10N8: 2013 Chine (3 cas - 1 décès)
- H6N1: 2013 Taiwan (1 cas)





Association suisse des médecins d'entreprise  
des établissements de soins (SOHF)

[www.sohf.ch](http://www.sohf.ch)

Un symposium réalisé grâce au soutien de

