

## La vaccination contre la grippe

Version 2003

### 1. Les virus de la grippe (Influenza)

Le virus grippal appartient à la famille des orthomyxoviridae. C'est un virus à ARN simple brin. Il est constitué d'une nucléocapside (ARN + nucléoprotéines) et d'une enveloppe présentant des protubérances de glycoprotéines. Celles-ci possèdent une activité hémagglutinante (H) ou neuraminidasique (N).

Il existe trois types principaux de virus grippaux, A, B et C, les types B et C n'affectant que l'homme, le type A également certains animaux (porc, cheval, oiseau). La **classification** des virus grippaux, basée d'abord sur les différents types antigéniques (A, B et C), décrit ensuite chaque sous-type de virus par une succession de propriétés :

- endroit de l'isolement,
- n° du laboratoire,
- année de l'isolement,
- sous-type d'hémagglutinine et de neuraminidase (entre parenthèses).

Par exemple :

virus Influenza A/Hong Kong/1/68(H3N2).

Le virus grippal manifeste une importante activité mutationnelle, qu'on peut diviser en 2 catégories :

- les « shifts » ou « cassures » : réassortiments génétiques par lesquels apparaissent de nouveaux sous-types de virus sans immunité correspondante au sein de la population. L'hémagglutinine ou la neuraminidase sont absolument spécifiques pour ces nouveaux sous-types de virus. Les shifts ne concernent que le virus Influenza de type A.

- les « drifts » ou « glissements » : résultats de mutations ponctuelles successives dans l'hémagglutinine ou la neuraminidase, ce qui provoque un changement progressif. Les drifts concernent tous les types de virus Influenza.

#### Epidémiologie de la grippe.

Le virus Influenza C est peu pathogène, relativement peu contagieux, et ne se présente que sous forme de cas sporadiques. Les virus A et B sont la cause aussi bien de cas sporadiques que d'épidémies : la grippe B est détectée sporadiquement chaque hiver et, de temps en temps, sous forme d'épidémies limitées. La grippe A, par contre, provoque tous les 3 à 4 ans des épidémies beaucoup plus explosives et étendues.

L'étendue d'une épidémie et la gravité de l'infection dépendent de la virulence de l'agent causal (Influenza) et du statut immunitaire de la population. Les shifts (qui ne concernent que le virus A) peuvent être à la source de véritables pandémies (épidémies très étendues, jusqu'à l'échelon mondial). Lorsqu'un drift antigénique résulte en une réaction croisée réduite (l'état immunitaire actuel est inadapté à la nouvelle structure antigénique, conséquence de la mutation), on peut également observer une épidémie étendue.

## 2. Est-il utile de vacciner contre la grippe ?

*La meilleure prévention (du point de vue efficacité et coût : efficience) est l'immunisation active, la vaccination. Le vaccin anti-grippal est constitué d'antigènes purs hémagglutinants et neuraminidasiques de 2 souches (sous-types) A et d'une souche B. Chaque année, un nouveau vaccin est préparé puis distribué, comprenant les souches prédominantes prévisibles pour l'hiver à venir. Il est également question depuis peu d'une préparation antigénique moins spécifique, qui garantirait une protection immunitaire prolongée au travers des mutations successives. Le développement d'un tel vaccin n'est cependant pas à prévoir avant quelques années.*

Plus de 95% des décès attribuables à la grippe surviennent chez les personnes âgées de plus de 65 ans ; la morbidité et la mortalité élevées constatées dans cette tranche d'âge sont essentiellement liées à la plus forte prévalence des maladies cardiaques et pulmonaires chroniques dans ce groupe. D'autres groupes présentent également un risque plus élevé que l'ensemble de la population (voir les recommandations infra).

L'efficacité du vaccin contre la grippe est de 70 à 90% (lorsque la souche vaccinale et la souche responsable de l'épidémie sont étroitement apparentées) : autrement dit, une personne vaccinée a 70-90% de chances de ne pas attraper la grippe. A contrario, la vaccination ne protégera donc pas toutes les personnes vaccinées, qui peuvent en outre être victimes d'un épisode de type « grippal » (souvent assimilé à la grippe par les patients). Il faut donc savoir – et expliquer aux patients – que, comme pour la plupart des actes préventifs, on ne peut pas donner de garantie à 100%.

En terme de santé publique, une couverture de 75% est considérée comme satisfaisante

parce qu'elle permet d'éviter la propagation auprès de la population qui n'a pas pu être vaccinée.

L'efficacité du vaccin est dès lors suffisamment élevée pour que son utilité fasse actuellement l'objet d'un large consensus. En effet, les campagnes de vaccination permettent de limiter fortement :

- la morbidité et la surmortalité dues à la grippe ;
- les risques de pandémie, qui restent présents ;
- le coût de la grippe, qui est élevé (soins, médicaments, incapacités de travail) : plusieurs études montrent que durant les années d'épidémie, les coûts liés aux congés de maladie chez les personnes en âge de travailler dépassent ceux qui sont associés à toutes les autres affections aiguës.

L'apparition du **Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS)** représente un facteur nouveau : même si les mesures de santé publique ont permis de limiter l'extension de cette épidémie, la menace de futures épidémies demeure réelle tant que la source du coronavirus reste inconnue. Il est probable que des cas réapparaissent en hiver, et la conjonction d'épidémies de grippe et de SRAS pourraient entraîner l'apparition de virus mutants qui seraient beaucoup plus virulents.

**La vaccination contre la grippe est un bon exemple de prévention, c'est une activité :**

- dont l'efficacité est démontrée ;
- efficiente (haute efficacité, faible coût) ;
- temporaire (quelques mois d'effort plus intense, et ensuite l'activité est plus facile à installer dans la routine) ;
- dont on peut aisément suivre l'amélioration d'année en année.

### 3. Recommandations

---

☞ public concerné :

- les **personnes de plus de 65 ans**,
- les personnes de moins de 65 ans appartenant aux **groupes à risque** suivants :
  - les personnes qui souffrent d'une affection rénale ;
  - les personnes atteintes d'une affection pulmonaire chronique (BPCO) ;
  - les personnes atteintes d'affections métaboliques, notamment les diabétiques ;
  - les personnes présentant des problèmes cardiaques ;
  - les personnes atteintes d'infections chroniques à staphylocoques ;
  - les personnes atteintes d'un asthme grave ;
  - les personnes immunodéprimées, notamment HIV+ (ainsi que les personnes atteintes d'un cancer évolutif) ;
  - les personnes de plus de 60 ans vivant en communauté ;
  - les patients ayant une fonction de soignant ou assimilés, y compris les aides familiales.

Depuis 10 ans, les consensus vont toujours dans le même sens : il n'y a jamais eu de retour en arrière en ce qui concerne les groupes cibles.

Depuis peu, le Center of Disease Control and Prevention (USA) recommande de vacciner les femmes enceintes à partir du 2<sup>e</sup> trimestre de la grossesse ; en Belgique, ces personnes ne sont pas incluses dans les groupes cibles prioritaires mais font l'objet d'une recommandation de vaccination individuelle.

Il est recommandé de **vacciner les soignants** : non pas pour les protéger eux-mêmes, mais parce qu'ils sont des vecteurs de l'épidémie. Le fait que l'efficacité de la

vaccination ne soit pas de 100% est un argument supplémentaire. Cette recommandation est malheureusement peu appliquée et souvent mal comprise.

Comme pour tous les vaccins, la **contre-indication** retenue pour la vaccination contre la grippe reste un antécédent de réaction allergique à ce vaccin (situation rare), ou une maladie allergique grave et documentée. L'asthme bronchique grave reste cependant une bonne indication : une étude récente confirme que la vaccination chez ces patients n'augmente pas le risque d'exacerbation asthmatique, pour autant que cet asthme soit stable et que le patient ne présente pas d'infection respiratoire.

☞ période d'administration : début octobre à fin novembre ;

☞ objectif de couverture : une couverture de 60 à 70% de la population concernée (c'est-à-dire les plus de 65 ans et les personnes à risque de moins de 65 ans) permet de diminuer significativement l'impact de la grippe.

**! le prix du vaccin n'a pas changé : il s'élève à 9,05 €.** Si le patient a plus de 65 ans ou appartient à un groupe à risque (à préciser sur la prescription), le vaccin est remboursé à 40% : le coût pour le patient est alors de 5,43 €.

## 4. La couverture en Belgique

---

L'Institut Scientifique de la Santé Publique constate que la couverture du public concerné a progressé entre 1997 et 2001 mais doit encore être améliorée.

Ce constat est basé sur une comparaison des résultats obtenus dans les deux enquêtes de santé par interview réalisées par cette institution. 12.111 personnes ont été interrogées en 2001 ; les informations recueillies sont d'ordre subjectif (elles proviennent des déclarations des personnes interrogées) mais elles permettent de faire des estimations intéressantes.

Les taux sont calculés pour le « public cible » défini comme suit : toute personne âgée de 65 ans ou plus et/ou toute personne ayant déclaré souffrir d'une pathologie spécifique (asthme, bronchopathie chronique obstructive, troubles cardiaques, hypertension artérielle, maladie rénale grave ou diabète).

- 42% de ces personnes déclarent avoir été vaccinées au cours de la dernière saison. Le taux augmente avec l'âge : 52% chez les personnes âgées de 65 à 74 ans, 65% chez les personnes âgées de 75 ans et plus.
- Il n'y a pas de différence significative entre le niveau d'instruction ou la région et la couverture vaccinale.

**Au vu de ces données, une nette amélioration est nécessaire :** Il est donc très clairement utile de proposer la vaccination.

Bien évidemment, obtenir une couverture élevée dans la population consultante d'une maison médicale a peu d'impact en terme de santé publique. L'intérêt se situe, d'une part au niveau des patients eux-mêmes ; d'autre part, des expériences particulières montrent ce qui est faisable et

peuvent avoir un effet progressif d'entraînement sur l'ensemble des médecins généralistes - à condition bien sûr, de diffuser les résultats.

**Le rôle du médecin est important**, d'autant que certaines initiatives spontanées dans les 12 derniers mois résultent probablement d'une proposition du médecin lors des années précédentes.

Concernant la vaccination des soignants, nous disposons de deux références :

- Une étude faite par la Société Scientifique de Médecine générale en juin 2000 auprès du réseau des médecins vigies belges (153 réponses valides) : 54% des médecins étaient vaccinés contre la grippe : manifestement trop peu au vu des recommandations.
- Une enquête menée en 2000 par *Agir ensemble en prévention* : 24 équipes fournissaient des indications sur la vaccination de leurs médecins (102 au total) : la moitié avait été vaccinée pour la campagne 1999 (mais les pourcentages varient de 0 à 100% en fonction des équipes). Pour les autres soignants de ces mêmes équipes, 1/3 des 127 « non médecins » avaient été vaccinés.

*Les premiers chiffres obtenus pour 2002 auprès de 15 maisons médicales indiquent un taux de vaccination de 78% parmi les médecins, 53% parmi les non médecins.*

## 5. La perception de la population

---

Les motifs de non vaccination peuvent être approchés à travers l'enquête 1997 de l'Institut Scientifique de la Santé Publique, une enquête de Marketing Unit en 1996, des relevés faits dans diverses maisons médicales. Différents motifs apparaissent ainsi :

- la négligence, le manque d'information ; certaines personnes disent que ce vaccin ne leur a pas été recommandé par le médecin ;
- le sentiment que le vaccin n'est pas utile, inefficace (ne protégeant que contre les complications) ou même dangereux, et qu'il faut « laisser faire la nature » ;
- une méconnaissance de la grippe : certaines personnes confondent cette pathologie avec le rhume, le refroidissement, la bronchite. Une telle confusion peut avoir un impact sur le comportement vaccinal : des personnes vaccinées contre la grippe, et souffrant par la suite d'infections respiratoires liées à d'autres microbes, risquent de conclure à l'inefficacité du vaccin ;

On relève également une sous-estimation des conséquences de la grippe ; certaines personnes sont totalement inconscientes de leur vulnérabilité personnelle («le vaccin est sans doute utile pour d'autres, mais en tous cas pas pour moi... d'ailleurs je n'ai jamais eu la grippe») ;

- la crainte d'effets secondaires indésirables, voire la crainte de la piqûre elle-même ;
- une réticence à toute forme de vaccination, le recours à des moyens dits naturels (mucococcinum, élixir suédois, etc...).

A souligner : dans l'enquête de Marketing Unit, peu de répondants exprimaient un refus net et catégorique, de se faire vacciner.

Ce qu'on peut retenir de tout ceci :

- ❖ une bonne information permet d'augmenter la couverture vaccinale des patients à risque ;
- ❖ dans la plupart des cas, si le patient ne demande rien, c'est parce que le médecin ne lui a pas parlé de la vaccination, ne lui a rien proposé... Comme pour beaucoup de problèmes, le médecin traitant reste l'interlocuteur le plus crédible en matière de santé (surtout pour les publics défavorisés) : il ne doit donc pas hésiter à proposer activement une technique dont l'efficacité est démontrée.

## 6. Que peut-on attendre d'une promotion active de la vaccination ?

---

La littérature montre que diverses stratégies de promotion active permettent d'obtenir des taux de couverture élevés (les chiffres cités vont de 60 à 80 % de la population concernée). Ces études, menées dans divers sous-groupes, soulignent l'efficacité de certaines procédures :

- programmes structurés avec recommandations mises par écrit ;
- éducation à la santé pour améliorer les représentations de la population ;
- rappels, particulièrement s'ils sont étayés par des explications accessibles.

Ces recherches montrent aussi que les personnes vaccinées une année ont tendance à se refaire vacciner les années suivantes (investissement rentable, donc !).

En Belgique, plusieurs maisons médicales ont des programmes de vaccination contre la grippe. Certaines ont décrit leur action dans le Répertoire des actions en prévention, d'autres dans le carnet de bord en assurance de qualité, d'autres encore ont relaté leur programme lors de séminaires de formation.

L'enquête menée en juin 2000 par Agir ensemble en prévention fournit des taux de couverture atteints par 11 maisons médicales : ils varient, pour les personnes de plus de 65 ans, de 64,6% à 80,5% (taux supérieur à 70% dans 7 équipes). Les chiffres fournis jusqu'ici par 14 maisons médicales pour la campagne 2002 (nous attendons d'autres chiffres.. !) montrent des taux allant de 57% à 86% (taux supérieur à 70% dans 9 équipes).

Il est particulièrement intéressant de noter que la majorité des patients peut être contactée, dans la période recommandée, lors de consultations habituelles (généralement motivées par une autre raison).

Il est donc possible d'intégrer, de manière efficiente, une stratégie de promotion vaccinale dans le travail habituel : l'investissement supplémentaire, qui doit évidemment être apporté, reste dans des limites acceptables.

Les quelques expériences évaluées en maison médicale permettent de proposer une procédure qui a fait ses preuves, nous en indiquons les principales étapes ci-dessous.

## 7. Une procédure

**Note** : la FICHE DE RECUEIL DES DONNEES réalisée en 2001 a été modifiée. Elle complète ce dossier en aidant à organiser la récolte des données et à évaluer la campagne.

### ⇒ en août-septembre

- Réunion d'équipe pour sensibiliser les différents membres, expliquer la pertinence de la campagne et la stratégie, définir le rôle de chacun ;
- Affichage et mise à disposition (tracts, brochures...) de l'information ad hoc en salle d'attente, et (s'il existe) dans le journal de la maison ;
- Sélection et impression de la liste des personnes âgées d'au moins 65 ans ; ainsi que des personnes à risque de moins de 65 ans (la fiche de recueil des données propose de travailler si possible avec les deux listes distinctement, et de calculer deux taux en fin de campagne) ;
  - pour les équipes au forfait, le dénominateur est constitué de toutes les personnes inscrites ;
  - pour les équipes à l'acte, on prendra comme dénominateur l'ensemble des patients actifs. Etant donné les caractéristiques du groupe cible (âge, pathologies chroniques), sont considérés ici comme patients actifs ceux qui ont consulté endéans les 12 derniers mois (la fiche de recueil de données fournit une méthode de calcul simple ; d'autres méthodes existent à la Fédération) ;
- Distribution de la liste des patients à vacciner, à chaque infirmière/médecin ;
- Préparation d'un stock de prescriptions, à laisser à l'accueil, au dispensaire et dans les cabinets de consultation. Mentionner sur la prescription l'appartenance du patient à un groupe à risque, pour qu'il bénéficie du remboursement partiel octroyé dans ce cas (voir ci-dessus).

## ⇒ à partir du 15 septembre

- Information sur l'utilité du vaccin lors de tout contact infirmier ou médical avec une personne concernée, quelle que soit la raison du contact ; si pas de refus clair, donner une prescription (ou envoyer le patient la chercher à l'accueil) et proposer que le patient prenne un autre RV.

Remarque : comme la vaccination peut se faire du 01/10 au 30/11, il est conseillé de contacter dès septembre les patients qui consultent peu (par exemple, ceux qui avaient reçu une lettre de rappel l'an dernier).

- Administration du vaccin (pour les patients qui ne se déplacent plus : vaccination au cours d'une visite à domicile).

## ⇒ fin octobre

- Premier bilan : identifier et établir une liste des personnes :
  - qui ont été vaccinées ;
  - qui n'ont pas été informées parce qu'elles ne sont pas venues en consultation depuis septembre ;
  - qui ont été informées mais n'ont pas repris RV ou ne sont pas venues au RV fixé, sans toutefois avoir exprimé un refus clair vis-à-vis de la vaccination ;
  - qui ont refusé, ont déménagé, sont décédées.

## ⇒ à partir du 1<sup>er</sup> novembre

- Démarche active : recontacter par téléphone les personnes concernées et qui :
  - ne sont pas venues en consultation depuis septembre ;
  - ont été informées en consultation mais n'ont pas repris RV ou ne sont pas venues au RV fixé, sans cependant avoir exprimé de refus clair vis-à-vis de la vaccination.

Il est plus rentable de rappeler par téléphone que par lettre-type, et ceci ne repré-

sente pas une lourde tâche vu le petit nombre de patients à recontacter.

## ⇒ 15 décembre

- clôture de la campagne et évaluation finale.

## 8. Les données nécessaires pour l'évaluation

---

**Rappel :** La FICHE DE RECUEIL DES DONNEES élaborée par la fédération fournit des indications pour récolter les données.

1. La population totale.
2. La population âgée de plus de 65 ans.
3. La population des patients à risque.
4. La population vaccinée au 30 octobre.
5. La population non vaccinée au 30 octobre, avec indication des causes de non vaccination (pas venu en consultation ; informé mais pas revenu ; refus clair et raison du refus ; ...).
6. Le nombre de personnes recontactées à partir du 1<sup>er</sup> novembre ; s'il y a plusieurs procédures de recontact (lettre ou téléphone), l'indiquer.
7. Le nombre de personnes vaccinées en fin de campagne.
8. Le nombre de personnes non vaccinées en fin de campagne, avec les motifs : contre-indication, refus et raison du refus, inconnu, autre.

## 9. Des outils

---

Il est nécessaire de concevoir un document permettant à la fois de lister les patients à

vacciner, de faire le bilan fin octobre et d'évaluer la couverture finale.

Il faut remarquer que les personnes à risque de moins de 65 ans ne sont connues que si l'un des membres de la maison médicale l'a signalé et, pour les équipes informatisées, introduit dans le signalétique des patients. Pour faciliter le travail, il serait utile de faire ce repérage pendant toute l'année ; on pourra dès lors tirer la liste de ces patients aussi facilement que celle des + de 65 ans.

On peut aussi créer une échéance *grippe* dans un échéancier papier ou informatisé, pour tous les patients concernés : cela permettra d'économiser du temps.

*Pour ceux qui utilisent le logiciel Pricare, la procédure la plus simple est de :*

1. Créer une **échéance collective** pour les > 65 ans.
2. Ajouter une **échéance individuelle** pour les patients à risque de < 65 ans. Il faudra simplement actualiser la liste tous les ans.

*Pour indiquer ces échéances individuelles, soit chaque thérapeute le fait au fil de l'année, soit en septembre on imprime la liste des patients à risque (par exemple en filtrant sur base des étiquettes des épisodes dans une base de données externe), puis on encode l'échéance dans Pricare une fois pour toutes pour ces patients-là.*

*Rappelons que toutes les échéances peuvent être imprimées directement à partir de Pricare ; on peut demander un tri par prestataire, par secteur ou par échéance.*

Les équipes informatisées en réseau bénéficient donc d'un grand avantage :

- la liste des patients à risque est facile à obtenir ;
- la liste des patients non encore vaccinés à la date fixée est tout aussi facile à obtenir ;
- tout travailleur de la maison médicale peut encoder la réponse d'un patient vis-à-vis de la proposition de vaccination ;

- chacun peut tout aussi facilement encoder les éventuels effets secondaires de la grippe.

## 10. Quelques « trucs pratiques »

---

**... utilisés dans diverses maisons médicales, et qui peuvent être utile à tous.**

**Pour bien démarrer :**

- se mobiliser en équipe :
  - bien définir le but ultime de la campagne (vacciner le plus de gens possible), et les objectifs opérationnels que l'on peut se fixer pour cette année ;
  - mettre en place les conditions matérielles et humaines pour la campagne ;
  - se mettre d'accord sur la priorité à donner à cette activité : il est utile de consacrer à ce thème une réunion d'équipe en août – septembre : expliquer ce qu'est la grippe, le vaccin ; la différence entre rhume et grippe. Cela permettra à chacun de mieux expliquer la campagne aux patients ;
  - désigner un responsable pour coordonner ; il doit être convaincu et faire en sorte que tout le monde ne fasse pas tout tout le temps ;
  - mobiliser tous les membres de l'équipe : surtout les médecins, les infirmières, les accueillants ; mais aussi les kiné et autres qui peuvent promouvoir la vaccination dans leurs contacts habituels ;
  - faire un bilan régulier (toutes les semaines, tous les 15 jours) : c'est un aiguillon. En présentant ce bilan à l'équipe, celui qui fait l'évaluation est cautionné pour son travail et cela rend son travail visible ;
- informer les patients :
  - via le journal, par des affiches placées en salle d'attente ;

- en parler à chaque contact, prendre le temps de répondre aux réticences éventuelles ;
- éventuellement faire un rappel en cours de campagne, selon les résultats du bilan intermédiaire.

### **Quelques idées pour faciliter la mise en pratique :**

Vaccination par l'infirmière : légalement l'infirmière peut vacciner s'il y a une prescription (inutile si on est au forfait) et si le médecin est présent dans les locaux. S'il n'y a pas de médecin présent, l'infirmière ne sera pas couverte en cas de problème.

Evaluation et titularisation : si l'on a des sous-populations par médecins, il est plus efficace d'analyser les données ensemble et de prendre en charge les améliorations nécessaires de manière collective, en équipe. La discussion des données en équipe permet à chacun de questionner sa propre pratique.

Ordonnances : dans certaines équipes, c'est le même médecin qui fait toutes les ordonnances (gain de temps).

Il peut être utile de donner, en même temps que l'ordonnance, un feuillet indiquant les horaires pour venir se faire vacciner au dispensaire infirmier.

Liste des patients à vacciner : dans certaines équipes, la liste des patients à vacciner est bicolore, selon qu'ils ont accepté ou refusé la vaccination l'année précédente : cela permet de leur en parler, de leur envoyer une lettre de rappel en tenant compte de leur attitude.

Il y a un choix à faire : soit chaque soignant a sa liste, soit il y a une liste globale. Ce dernier choix symbolise peut-être mieux que la vaccination est l'affaire de la maison médicale et pas de chaque soignant en particu-

lier ; il permet aussi de mieux assurer la vaccination des patients non titularisés.

Suivi des vaccinations : idéalement, indiquer sur la liste et encoder au fur et à mesure. Lorsque cela semble difficile de le faire directement (par exemple pour les visites à domicile), certains ont trouvé un « truc » : garder la boîte du vaccin, noter le nom du patient et la date, enregistrer quand on a le temps..

Lettres aux patients : pour les plus de 65 ans, il n'est pas nécessaire d'envoyer une lettre au départ, surtout s'il y a une information dans le journal de la maison médicale : ces patients sont vus souvent (et il y a aussi les campagnes médias). Il est plus efficace de faire une lettre de rappel au cours de la campagne, en fonction du bilan intermédiaire.

Dans cette lettre, demander aux patients de signaler s'ils ont été vaccinés ailleurs (cela arrive : cf. cas de patients dont un membre de la famille est infirmière...) : cela permettra d'avoir un taux de couverture plus correct.

S'il n'y a pas beaucoup de rappels à faire et qu'on préfère les faire par téléphone : en profiter pour dire au patient que s'il est d'accord, on lui enverra la prescription (ça lui évite une consultation), et prendre directement un rendez-vous.

Au fil des années, après plusieurs campagnes actives, le nombre de personnes augmente, les patients demandent spontanément le vaccin, et les rappels sont de moins en moins utiles.

Lettre aux patients et déontologie : le rappel avec ordonnance ne pose pas de problème en terme déontologique : cette démarche a été discutée et acceptée par le Conseil de l'Ordre. Si on travaille à l'acte,

il faut préciser que le patient peut se faire vacciner chez un médecin de son choix.

Les maisons médicales envoyant des lettres de rappel n'ont généralement pas constaté de réactions négatives à ce sujet chez les patients.

### Comment ne pas s'enliser dans la routine?

Après quelques années, quand on a régulièrement de bons taux de couverture, comment sortir de la routine ?... Il faut continuer à mobiliser l'équipe sur la campagne, animer, faire des bilans réguliers.

Ces bilans réguliers permettent d'entretenir la motivation de l'équipe ; montrer des graphiques permet de bien visualiser la progression.

En décembre, faire une grosse réunion pour présenter les résultats finaux, avec un débat.

uu uu

Marianne Prévost, Yves Gosselain, Jean Laperche (Dr).

Avec les précieux conseils de Michel Roland (Dr) et Daniel Burdet (Dr), et la relecture attentive de B. Swennen (Dr), Ecole de santé publique ULB (Epidémiologie pédiatrique et vaccination).

uu uu

## 11. Références bibliographiques

Ambrosch F., Fedson DS. Influenza Vaccination in 29 countries. An update to 1997. *Pharmacoeconomics* 1999 ;16 Suppl 1 :47-54.

Armstrong K, Berlin M, Schwartz JS, Propert K, Ubel PA. Educational content and the ef-

fectiveness of influenza vaccination reminders. *J Gen Intern Med* 1999 Nov ;14(11) :695-8.

Burdet D., Campagne de vaccination contre la grippe 1996, *Courrier de la Fédération des maisons médicales*, n°8, avril 1997, 19-22.

Conseil Supérieur d'Hygiène Vaccination anti-influenza (fiche)

Denis B., Jadoulle P., Kusters P., Stratégie et résultats d'une campagne de vaccination dans une population ambulatoire, *Louvain Med.* 115 : 667-671, 1996.

De Serres et al: Oculo-respiratory syndrome after influenza vaccination : trends over four influenza seasons, *Vaccine* 2003, 25, 3726-32.

Elford RW, Tarrant M., Prévention de la grippe in Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, Guide Canadien de Médecine Clinique Préventive, Ottawa 1994, 841-853.

Folia Pharmacotherapeutica , Août 2002 et Août 2003. <http://www.cbip.be>

Glezen WP, Decker M, Perrotta DM : Survey of underlying conditions of persons hospitalized with acute respiratory disease during influenza epidemics in Houston, 1978-1981. *AM Rev Respir Dis* 1987 Sept ; 136(3) : 550-555.

Harper S et al: Prevention and control of influenza, *MMWR*, 2005/54 RR08; 1-40.

Haber P et al: Guillain-Barré Syndrome following influenza vaccination, *Jama*, 2004, 292,2478-81.

Igoe G., Bedford D., Howell F., Collins S. How to improve the uptake of influenza vaccination in old persons at risk. *Ir J Med Sci* 1999 Apr-Jun ;168(2) :107-8.

Jonckheer P., Tréfois P., Van Casteren V., Médecins généralistes, êtes-vous vaccinés ?

Revue de Médecine Générale , n°174 Juill 2000.

Keiji Fukuda et al. : Inactivated Influenza vaccines. Chapter 17 p 339-370 in Vaccines , S Plotkin, 4<sup>th</sup> edition , 2004.

McArthur MA, Simor AE, Campbell B., Mc Geer A. Influenza vaccination in long-term-care facilities : structuring programs for success. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999 Jul ;20.

Nichol KL, Goodman M. The health and economic benefits of influenza vaccination for healthy and at-risk persons aged 65 to 74 years. *Pharmacoeconomics* 1999 ;16 Suppl 1 :63-71.

Nichol KL., Complications of influenza and benefits of vaccination. *Vaccine* 1999 Jul 30 ;17 Suppl 1 :S47-52.

Pepersack T. Influenza vaccination of elderly persons : state of the art. *Rev Med Brux* 1999Sep ;20(4) :A321-4.

Prévost M., Gosselain Y. et al., Rapport d'évaluation 2000 du programme de recherche-action, Fédération des maisons médicales, septembre 2000.

Schofield I., Influenza vaccination. *Elder Care* 1999 Sep ;11(6) :19-22 ; quiz 23.

Tafforeau J., Van Oyen H., Demarest S., Vanderheyden J., Enquête de santé par interview, Belgique, ISSP-LP 1997.

Tréfois P. Question Santé, Il n'y a pas de vaccin contre l'hiver. *Education Santé* n°112, nov. 1996.

Wilde James A. et al., Effectiveness of influenza vaccine in health care professionals. A randomized trial. *Jama*, March 10, 1999, vol 281 N°10, 908-913.