



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT

Développement d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins sur la « Couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier »

Validé par le Collège le 9 mars 2023

Descriptif de la publication

Titre	Développement d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins sur la « Couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier »
Méthode de travail	Développement d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins selon la méthodologie HAS.
Objectif(s)	Validation d'un indicateur sur la couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier
Cibles concernées	Professionnels de santé, établissements de santé, patients, institutions publiques concernées par la promotion de la vaccination antigrippale
Demandeur	Auto-saisine Haute Autorité de santé (HAS)
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Meriem Bejaoui, cheffe de projet scientifique ; Karen Assmann et Agnès Solomiac, cheffes de projet statistiques ; Elodie Lordmi, data manager. Sandrine Morin, adjointe à la cheffe de service, et Laetitia May-Michelangeli, cheffe du Service Evaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins de la HAS, Secrétariat: Laetitia Cavalière
Recherche documentaire	Meriem Bejaoui
Auteurs	Meriem Bejaoui, Karen Assmann, Elodie Lordmi, Agnès Solomiac, Sandrine Morin
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 9 mars 2023
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – mars 2023 –

Sommaire

Développement d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins sur la « Couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier »	1
1. Introduction	4
2. Méthode	5
2.1. Principes de développement d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins	5
2.2. Constitution du groupe de travail	5
2.3. Validation des paramètres de l'indicateur	5
2.3.1. Etablissements concernés	6
2.3.2. Source de données	6
2.3.3. Documents supports	7
3. Résultats	8
3.1. Validation des paramètres de l'indicateur	8
3.1.1. Pertinence clinique	8
3.1.1.1. Définition	8
3.1.1.2. Population cible	8
3.1.2. Faisabilité	8
3.1.2.1. Résultats de la faisabilité lors de la première expérimentation	8
3.1.2.2. Résultats de la faisabilité lors de la seconde expérimentation	9
3.1.3. Les qualités métrologiques	10
3.1.4. La pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins	12
3.1.4.1. Résultats selon les effectifs de personnel	12
3.1.4.2. Résultats par catégorie d'établissement	15
3.1.4.3. Cible envisagée	15
3.2. Enseignements et leviers sur la couverture vaccinale antigrippale	16
4. Conclusion	18
Table des annexes	19
Références bibliographiques	28
Participants	29
Abréviations et acronymes	30

1. Introduction

La Haute Autorité de Santé pilote le recueil et le développement des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur le thème des infections associées aux soins depuis 2016. En 2018, une refonte de ces indicateurs a été initiée avec un groupe de travail constitué d'experts et de représentants d'usagers¹ : le sujet de la vaccination antigrippale a été identifié comme prioritaire, en particulier par les représentants d'usagers.

En France, la grippe saisonnière touche tous les ans entre 2 et 6 millions de personnes, et est responsable en moyenne de 10 000 à 15 000 décès, principalement chez les sujets fragiles².

En milieu de soins, la prévention de la grippe repose en priorité sur la vaccination antigrippale des patients fragiles et du personnel hospitalier en contact avec eux. Bien que prévue par l'article L. 3111-4 du Code de la Santé Publique comme une obligation vaccinale pour les professionnels de santé, l'obligation vaccinale contre la grippe a été suspendue par le décret n° 2006-1260 du 14 octobre 2006. Elle demeure toutefois fortement recommandée pour les professionnels concernés, en particulier pour les protéger et protéger les patients vulnérables.

L'Organisation Mondiale de la Santé fixe l'objectif d'atteindre une couverture vaccinale antigrippale d'au moins 75% dans tous les groupes cibles dont les professionnels de santé³. Cet objectif a été rappelé en octobre 2022 par les institutions en charge de mener la campagne de vaccination antigrippale 2022/2023⁴.

En Europe⁵ où la vaccination antigrippale est recommandée pour tout ou partie du personnel de santé, les chiffres oscillent entre 15% pour l'Italie, 63% pour la Belgique et vont jusqu'à 80%⁶ pour la Finlande entre 2017 et 2020.

En France, la couverture vaccinale des professionnels de santé reste insuffisante par rapport à l'objectif de l'OMS et par rapport aux autres pays Européens : de l'ordre de 22% selon Santé Publique France pour l'hiver 2021/2022⁷.

¹ Infections associées aux soins : quelle évolution des indicateurs en France ? M.Bejaoui et al, *Hygiènes*, 2019

² <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe>

³ Population cible pour la vaccination antigrippale d'après le texte de loi : personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD), professionnels de santé, personnes âgées de 65 ans et plus : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034079710

⁴ Dossier de presse « Vaccination contre la grippe 2022-2023 Un réflexe à renforcer auprès des personnes les plus fragiles » disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/477252/3642893?version=1>

⁵ https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Seasonal-influenza-antiviral-use-EU-EEA-Member-States-December-2018_0.pdf

⁶ High influenza vaccination coverage among healthcare workers in acute care hospitals in Finland, seasons 2017/18, 2018/19 and 2019/20, C Hammer et al

⁷ <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/etude-de-couverture-vaccinale-contre-la-grippe-et-la-covid-19-dans-les-etablissements-medico-sociaux-et-etablissements-de-sante-saison-2021-2022>

2. Méthode

2.1. Principes de développement d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) développés par la Haute Autorité de Santé ont comme objectifs de :

- permettre aux professionnels de santé travaillant en établissements de santé de s'améliorer grâce à l'analyse des résultats produits ;
- participer au pilotage des politiques de santé et à la régulation par la qualité ;
- informer les usagers sur la qualité de l'offre de soins par la diffusion publique des résultats.

Les étapes de développement d'un IQSS par la HAS sont les suivantes :

- analyse de la littérature scientifique et cadrage du sujet ;
- constitution d'un groupe de travail composé de professionnels de santé exerçant dans le secteur évalué, de représentants de patients, et de méthodologistes ;
- conception des documents supports pour les expérimentations ;
- expérimentations par des établissements volontaires et validation des critères de l'indicateur (pertinence clinique, faisabilité, qualités métrologiques, pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins) ;
- généralisation nationale de l'indicateur : validation finale de l'indicateur produit, et fixation de la cible et des seuils de comparaison avec le groupe de travail et les parties prenantes concernées par le sujet.

Le développement de l'indicateur sur la couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier a été mené conformément à cette méthodologie.

Ce projet a été réalisé en collaboration avec Santé Publique France et a fait l'objet d'une consultation auprès de la Commission Technique des Vaccinations⁸ en début et en fin de projet.

2.2. Constitution du groupe de travail

Un groupe de travail d'experts pluridisciplinaire et de représentants des usagers a été constitué conformément aux règles de déontologie de la Haute Autorité de Santé (les noms figurent à la fin de ce rapport). Les différentes expertises représentées sont : hygiénistes, médecine du travail, directeur d'établissements, représentants d'usagers, ainsi que des membres de Santé Publique France et de la Haute Autorité de Santé.

Le groupe de travail s'est réuni tous les ans (une à deux fois par an) de 2018 à 2022 pour construire les paramètres de l'indicateur puis préparer et analyser les différentes expérimentations nécessaires à sa validation.

2.3. Validation des paramètres de l'indicateur

La validation d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins porte sur les paramètres suivants :

La pertinence clinique : elle évalue l'importance du thème (enjeu de santé publique /plan national, demande professionnelle, contexte réglementaire, demande du régulateur...) et la capacité des

⁸ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2755844/fr/commission-technique-des-vaccinations

indicateurs sélectionnés à évaluer et améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge/situation clinique en rapport à ce thème. Cette étape est basée sur l'analyse des références professionnelles et organisationnelles existantes, des textes réglementaires et de l'avis des experts du groupe de travail.

La faisabilité : elle est définie comme la capacité de l'établissement de santé à collecter les données nécessaires à la production de l'indicateur de manière autonome, et avec une charge de travail acceptable. Elle évalue notamment la capacité à accéder aux données sources et systèmes d'information et le temps passé au recueil des données.

Les qualités métrologiques : elles permettent de s'assurer que la mesure est fiable et cohérente avec l'objectif fixé.

La pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins : elle est évaluée par la variabilité inter établissement, l'écart à un seuil de performance, et l'identification d'actions correctives.

Trois expérimentations ont été nécessaires pour valider l'ensemble des paramètres de l'indicateur.

La première a été menée via le logiciel Sphinx®, et les deux suivantes via la plateforme nationale de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la Haute Autorité de Santé : QualHAS.

2.3.1. Etablissements concernés

L'indicateur développé concerne tous les secteurs d'activités et tous les profils d'établissements. Etant donné que le personnel d'un établissement peut être partagé entre plusieurs FINESS géographiques, il a été choisi d'utiliser le FINESS PMSI pour cet indicateur (qui correspond généralement au FINESS géographique pour le privé et au FINESS juridique pour le public). Les établissements concernés représentent donc environ 3 300 structures en FINESS PMSI.

2.3.2. Source de données

En France, il existe une source de données nationale qui recense annuellement les effectifs hospitaliers : la Statistique Annuelle des Etablissements de Santé (SAE). Cette source de donnée est prise en référence pour tester l'indicateur.

Le calcul du dénominateur qui correspond à l'effectif total de personnel hospitalier utilise à la fois les bases de la SAE, mais également les données déclarées par les établissements de santé :

- Les informations utilisées de la SAE sont issues des bordereaux Q20, Q22 et Q23 (annexe 1) :

Bordereau Q20 3/3 « Personnels médicaux (hors internes) des établissements sanitaires par spécialité au 31/12 » : cases S1 et U1 ; bordereau Q22 « Internes et faisant fonction d'internes au 31/12 » : case A6 ; bordereau Q23 partie 2 « Sage-femmes et personnels non médicaux des établissements sanitaires au 31/12 » : case G52.

- Les informations utilisées à partir d'une déclaration *Adhoc* des établissements de santé visent à récupérer les populations non prises en compte dans la SAE (les élèves qui sont encore en formation : élèves infirmiers, étudiants en médecine, en pharmacie et odontologie ; les emplois aidés ; les salariés des sociétés de sous-traitance ou d'intérim exerçant en décembre leur activité dans l'enceinte de l'établissement ; les non-salariés, congrégationnistes et bénévoles qui ne sont pas à la charge de l'établissement)

Les bases statistiques de la SAE pour l'année N-1 sont disponibles en novembre de l'année N.

Pour pouvoir utiliser cette source de donnée, et permettre aux établissements de santé d'avoir des données en amont de la campagne de vaccination antigrippale qui démarre chaque année en octobre, les résultats de l'indicateur sont restitués en deux temps :

- En juin, lors de l'ouverture de la plateforme QualHAS, les établissements de santé sont invités à saisir les données d'effectifs déclarés SAE et les données de personnel vaccinés contre la grippe. Un résultat provisoire avec ces données est calculé. Ce résultat sert de tendance et permet de mettre en place des mesures si besoin en amont de la campagne de vaccination antigrippale.
- En novembre, lors de la mise à disposition des bases statistiques de la SAE, un résultat définitif est recalculé avec les données d'effectifs validés de ces bases.

2.3.3. Documents supports

Plusieurs documents⁹ ont été produits pour guider les établissements de santé lors de ces expérimentations :

- une grille de recueil des données pour la saisie des effectifs totaux tels que déclarés dans la SAE et des effectifs vaccinés contre la grippe ;
- un questionnaire destiné à évaluer l'organisation de la vaccination antigrippale dans les établissements de santé et qui se base sur les recommandations de bonnes pratiques en vigueur (Haut Conseil de la Santé Publique, Société Française d'Hygiène Hospitalière) et sur les résultats obtenus par Santé Publique France au cours des différentes enquêtes menées ;
- des consignes de remplissage pour aider au recueil des données ;
- et un questionnaire de faisabilité pour renseigner l'intérêt et la compréhension des différents outils ainsi que les éventuelles difficultés rencontrées lors de la récolte des éléments de vaccination et le temps passé.

Les expérimentations se sont déroulées :

Entre le 15 mars et le 16 mai 2019, sur 133 établissements de santé volontaires.

Entre le 30 avril et le 16 août 2021, sur 1 342 établissements de santé volontaires.

Et entre le 1er juin et le 22 juillet 2022, sur 1 392 établissements de santé volontaires.

⁹ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3294746/fr/experimentation-de-l-indicateur-du-theme-des-infections-associees-aux-soins-suivi-de-la-vaccination-antigrippale-du-personnel-hospitalier

3. Résultats

3.1. Validation des paramètres de l'indicateur

3.1.1. Pertinence clinique

Le groupe de travail s'est appuyé sur la littérature scientifique, le cadre réglementaire, les expertises et enquêtes de Santé Publique France, et a tenu compte des sources de données existantes pour définir les caractéristiques de l'indicateur :

3.1.1.1. Définition

L'indicateur exprime la proportion de personnel vacciné contre la grippe (numérateur) parmi l'ensemble du personnel travaillant dans un établissement de santé donné (dénominateur).

3.1.1.2. Population cible

Un établissement de santé est une zone potentielle de transmission de grippe et tout personnel y travaillant peut contribuer à sa transmission que cela soit de manière directe (par contact avec les patients ou entre soignants), ou de manière indirecte (manuportage, contamination d'objets). De ce fait, le groupe de travail a choisi l'ensemble du personnel hospitalier comme population cible, quelle que soit la catégorie professionnelle.

3.1.2. Faisabilité

L'objectif de cette étape était d'évaluer la capacité des établissements de santé à collecter les données de vaccination du personnel concerné, d'en évaluer l'exhaustivité et la charge de travail associée.

Ceci a été évalué à l'occasion des deux premières expérimentations.

3.1.2.1. Résultats de la faisabilité lors de la première expérimentation

133 établissements ont participé à cette expérimentation et on remplit le questionnaire établissement et les données d'effectifs et de vaccination. Parmi ces établissements, 121 ont aussi rempli les données du questionnaire de faisabilité

Accès aux données

L'accès aux données a été jugé « facile » pour environ 50% des établissements répondants.

Intérêt de l'indicateur

L'intérêt de l'indicateur a été jugé « très intéressant » pour environ 49% et « Assez intéressant » pour 38% des établissements.

Compréhension/clarté de l'indicateur au niveau des outils

La compréhension des outils était jugée pour :

- le cahier des charges : « facile » ou « très facile » pour 99% des établissements ;
- la grille de recueil : « facile » ou « très facile » pour 95% des établissements ;
- les consignes de remplissage : « facile » ou « très facile » pour 97% des établissements

Estimation du temps passé à la récupération/saisie des données

Une médiane de 2h30 a été estimée pour le temps passé à la récupération et la saisie des données, avec une grande variabilité de réponse (minimum de 10 minutes et un maximum de 5 jours).

Les résultats de la faisabilité pour cette première expérimentation ont montré que l'indicateur semblait intéressant pour les établissements répondants, et que les outils produits étaient clairs et compréhensibles. Cependant, ils ont également montré que les données de vaccination étaient difficiles à obtenir pour plus de 50% des établissements participants.

Le groupe de travail a donc produit un document visant à faciliter la récolte de ces données. Ce document peut être utilisé ou non par l'établissement de santé et se présente sous la forme d'un formulaire de traçabilité assigné du tampon de la Haute Autorité de Santé, destiné au personnel hospitalier (annexe 2). L'utilité de ce document a été évaluée lors de la seconde expérimentation.

Pour mieux comprendre la difficulté d'accès aux données de vaccination dans les établissements de santé, le groupe de travail a également ajouté des questions pour savoir comment fonctionne l'accès aux données en fonction du lieu de vaccination (dans la structure ou en dehors) et a souhaité évaluer la proportion de personnel vacciné à l'extérieur de la structure.

Pour compléter le résultat global obtenu qui concerne l'ensemble du personnel hospitalier, le groupe de travail a souhaité recueillir des résultats par catégorie professionnelle. Huit catégories de professionnels ont été choisies en fonction :

- des catégories utilisées lors des enquêtes de Santé Publique France et pour lesquels les établissements ont l'habitude de récolter des données plus fines ;
- des catégories de professionnels permettant de distinguer celles les plus en contact avec les patients de celles les moins en contact (exemple : le personnel administratif).

Ces catégories étaient : médecins, sage-femmes, infirmiers, aides-soignants, agents de service hospitalier, kinésithérapeutes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, et personnel administratif.

3.1.2.2. Résultats de la faisabilité lors de la seconde expérimentation

1 342 établissements ont participé à cette expérimentation et ont rempli le questionnaire établissement et les données d'effectifs et de vaccination. Parmi ces établissements, 1 104 ont aussi rempli les données du questionnaire de faisabilité.

Accès aux données

- L'accès aux données de vaccination pour les personnels vaccinés dans l'établissement a été jugé « facile » pour environ 82% des établissements.
- L'accès aux données de vaccination pour les personnels vaccinés à l'extérieur de l'établissement a été jugé « difficile » pour environ 88%. La proportion de cette population a été estimée à 4%.
- L'outil de traçabilité a été utilisé par 12% des établissements, et parmi eux 83% l'ont trouvé clair et 83% l'ont trouvé utile.

Intérêt de l'indicateur

L'indicateur a été jugé « très intéressant » ou « assez intéressant » pour 78% des établissements.

Compréhension/clarté de l'indicateur au niveau des outils

La compréhension des outils était jugée pour :

- le cahier des charges : « facile » ou « très facile » pour 87% des établissements ;
- la grille de recueil : « facile » ou « très facile » pour 89% des établissements ;
- les consignes de remplissage : « facile » ou « très facile » pour 85% des établissements.

Estimation du temps passé à la récupération/saisie des données

Une médiane de 2h a été estimée pour le temps passé à la récupération des données de vaccination et 1h pour la saisie des données, avec une grande variabilité de réponse (minimum de 0 minutes et un maximum de 5 jours).

Les résultats de la faisabilité obtenus sur plus de 30% des établissements concernés par l'indicateur ont confirmé la tendance observée lors de la première expérimentation : l'indicateur est jugé intéressant pour les établissements de santé, et les outils produits sont clairs et compréhensibles.

La difficulté d'accès aux données de vaccination identifiée lors de la première expérimentation est précisée : elle concerne les personnels vaccinés à l'extérieur de la structure. Une évaluation de la proportion de cette population a pu être menée parmi 414 établissements qui disposaient d'informations sur le nombre de personnels vaccinés à l'extérieur. Cette évaluation montre que la proportion du personnel vacciné en dehors de l'établissement est minoritaire, et estimée à 4% du personnel hospitalier. En outre, l'outil de traçabilité fourni par la HAS peut permettre de diminuer ce chiffre.

Enfin, des données par catégorie professionnelle pour les huit catégories sélectionnées ont pu être fournies par les établissements de santé lors de ce second test : ceci valide donc la faisabilité pour le recueil de ces données.

Conclusion de la faisabilité

Ces deux expérimentations ont montré que les établissements de santé ont la capacité de collecter les données de vaccination du personnel concerné, de manière quasiment exhaustive et avec une charge de travail acceptable. L'exhaustivité des données sera surveillée lors des campagnes nationales et obligatoires de l'indicateur pour s'assurer que les résultats ne sont pas sous-estimés.

3.1.3. Les qualités métrologiques

Les qualités métrologiques de la mesure ont été évaluées lors des deux dernières expérimentations, à l'aide d'analyses statistiques. Ces analyses concernaient d'une part la cohérence des résultats avec des mesures réalisées par Santé Publique France et d'autre part la cohérence entre les informations remontées par la SAE avec des données auto-saisies par les établissements.

L'indicateur mesure la proportion de personnel hospitalier vacciné parmi l'ensemble du personnel hospitalier présent au 31 décembre de l'année N-1 par rapport au recueil.

L'évaluation de la cohérence de cette mesure a été réalisée en comparant les résultats obtenus avec les résultats des enquêtes de Santé Publique France.

Lors de la troisième expérimentation de l'indicateur menée en 2022 sur les données de l'hiver 2021/2022, la médiane observée de personnel hospitalier vacciné était de 22,4% pour les 1370 établissements participants pour lesquels un résultat a pu être calculé. La moyenne pondérée par les effectifs de personnel hospitalier des établissements était de 25,6%.

La même année, Santé Publique France ¹⁰ a mené une enquête sur la couverture vaccinale antigrippale du personnel en établissement de santé. La moyenne pondérée (avec une pondération par les effectifs des établissements) observée à l'issue de cette enquête était de 22,0% pour 435 établissements participants.

On constate donc une concordance entre les résultats obtenus par Santé Publique France et la HAS sur les données de l'hiver 2021/2022.

¹⁰ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/enquetes-etudes/quelle-est-la-couverture-vaccinale-contre-la-grippe-des-professionnels-exercant-dans-les-etablissements-de-sante-point-au-1er-juin-2022>

Comparaisons des résultats d'estimation de la couverture vaccinale antigrippale observés par la Haute Autorité de Santé et Santé Publique France

Type d'enquête	Enquêtes Santé Publique France (435 établissements)	Expérimentation de l'indicateur (1370 établissements)	
	Moyenne pondérée	Moyenne pondérée	Médiane
Résultats sur les données 2021/2022	22,0%	25,6%	22,4%

* La moyenne pondérée est calculée sur l'ensemble des données statistiques à disposition en faisant la somme de ces données divisée par leur nombre.

** La médiane partage la distribution des données statistiques en deux parties d'effectifs égaux. Elle donne une meilleure représentation de la distribution globale d'une variable que la moyenne quand cette distribution est asymétrique, et est plus robuste quant à l'influence de valeurs extrêmes. Puisque la distribution du nombre de personnel vaccinés observée dans l'expérimentation HAS est asymétrique (avec une queue à gauche plus épaisse qu'à droite), il est envisagé d'utiliser la médiane en tant que futur indicateur IQSS. Des moyennes pondérées ont également été calculées pour permettre une meilleure comparaison avec les résultats de l'enquête de Santé Publique France.

Cette concordance est aussi observée en ce qui concerne les résultats par catégorie professionnelle.

Comparaisons des résultats d'estimation de la couverture vaccinale antigrippale par catégorie professionnelle observés par la Haute Autorité de Santé et Santé Publique France

Groupes (en nombre de personnels)	Résultats enquête Santé Publique France (données 2021/2022 sur 435 ES)	Résultats de la troisième expérimentation indicateur (données 2021/2022 sur 1370 ES)	
	Moyenne pondérée	Moyenne pondérée	Médiane
Médecins	35,6%	35,9%	35,0%
Sage-femmes	34,9%	34,9%	28,4%
Infirmiers	21,3%	24,1%	22,8%
Kinésithérapeutes	26,9%	34,3%	28,3%
Aides-soignants	15,0%	16,2%	15,8%
Agents de service hospitalier	13,9%	15,0%	14,3%
Personnel administratif	21,8%	33,0%	35,3%

* Pondération par les effectifs spécifiques à chaque catégorie professionnelle

On note cependant une différence pour les données de plusieurs catégories professionnelles :

- pour les médecins, la couverture vaccinale médiane de 35% regroupe deux sous catégories : les médecins salariés pour lesquels une médiane de 50% est observée, et les médecins libéraux avec une médiane de 19,8%. Pour ces derniers, l'exhaustivité des données est à interroger et sera surveillée puisqu'ils sont susceptibles de se vacciner à l'extérieur des établissements de santé. Ceci peut constituer une perte d'informations pour les établissements

d où la population de médecins libéraux est importante, et un frein à la comparaison avec les autres établissements de santé ^{11,12} ;

- pour les sage-femmes et les kinésithérapeutes : en effet dans l'étude menée par Santé publique France, seules les données de 76 sage-femmes et 195 kinésithérapeutes avaient pu être incluses et l'intervalle de confiance autour de la valeur moyenne pondérée était large : 34,9 [IC95% : 27,1-42,7] pour les sage-femmes et 26,9 [IC95% : 22,3-31,5] pour les kinésithérapeutes ;
- pour le personnel administratif : celui-ci n'a pas été pris en compte de la même manière dans les deux enquêtes par les établissements de santé.

Enfin, une comparaison entre les données d'effectifs déclarées par les établissements de santé et les données d'effectifs remontées par la SAE a été effectuée. Parmi les 1 392 établissements ayant participé à la troisième expérimentation, les données SAE ont été retrouvées pour 1 035 établissements. Une cohérence entre ces données a pu être constatée pour 928 établissements. Des discordances ont été observées pour 107 établissements : après retour auprès de ces établissements, il a été constaté en effet un biais de compréhension lors de la saisie des effectifs de personnel, par exemple en prenant en compte le personnel du secteur médico-social qui n'est pas à compter dans l'indicateur. Les consignes de remplissage seront adaptées pour mieux guider les établissements de santé lors de la saisie des données pour la campagne nationale.

Cette analyse indique une cohérence avec les données SAE et valide l'utilisation de cette base de données pour le calcul de l'indicateur

Conclusion de l'évaluation des qualités métrologiques

La seconde et la troisième expérimentation ont permis de montrer que la mesure par l'indicateur était fiable et cohérente avec ce qui était observé par d'autres enquêtes, et que la source de donnée utilisée (SAE) permettait de remonter des données fiables et cohérente avec ce qui est déclaré par les établissements de santé.

3.1.4. La pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins

L'objectif de cette étape était de s'assurer que les résultats sont comparables d'un établissement à l'autre et d'envisager une cible appropriée pour porter les messages d'amélioration des pratiques.

La comparabilité a été évaluée à l'issue du deuxième et du troisième test (2021 et 2022) à l'aide d'une analyse de la distribution du taux de personnels vaccinés en fonction du nombre de personnel hospitalier et de la catégorie d'établissement.

3.1.4.1. Résultats selon les effectifs de personnel

Huit groupes d'établissements ont été créés en fonction de leurs effectifs de personnels hospitaliers, allant d'un nombre de personnels inférieur à 25 jusqu'à un nombre supérieur à 1 000. Lors de la troisième expérimentation, la classe où l'on retrouve le plus d'établissements de santé (29,1% des établissements

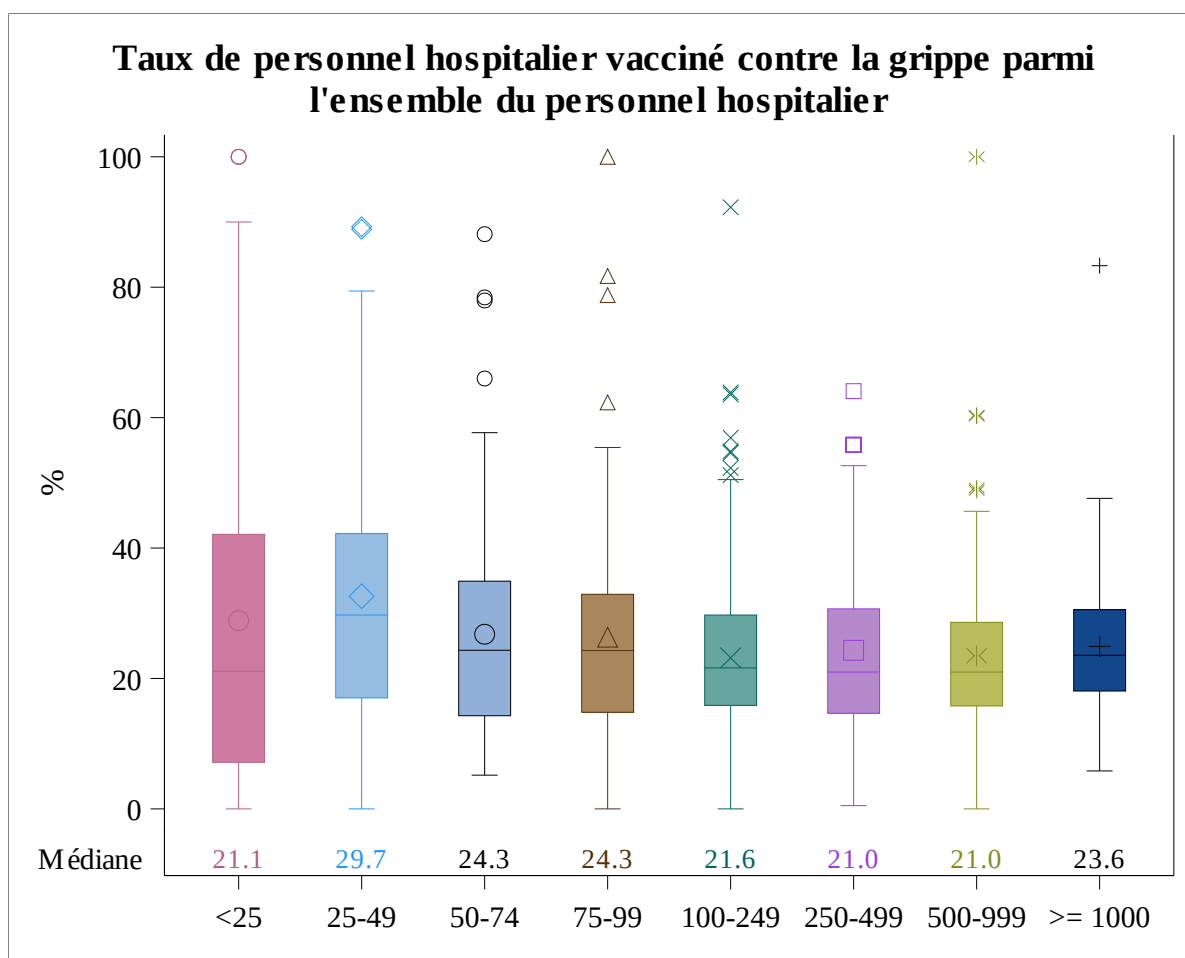
¹¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/enquetes-etudes/quelle-est-la-couverture-vaccinale-contre-la-grippe-des-residents-et-des-professionnels-en-etablissements-medico-sociaux-point-au-1er-juin-2022>

¹² <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/186547/2319351> : Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2011 : vaccinations et risque infectieux chez le personnel des établissements de santé.

participants) est celle où le personnel est compris entre 100 et 249 personnes. C'était également le cas pour la seconde expérimentation où ce groupe représentait 28,4% des établissements participants.

Répartition des établissements ayant répondu à l'enquête en fonction des effectifs dans l'établissement

Groupes (en nombre de personnels)	Nombre d'ES	% d'ES	% de l'effectif hospitalier total (tous ES confondus) qui appartient à ce groupe
<25 (Nombre minimal : 3)	66	4,8%	0.1%
25-49	105	7,7%	0.6%
50-74	127	9,3%	1.2%
75-99	134	9,8%	1.7%
100-249	399	29,1%	9.2%
250-499	227	16,6%	11.6%
500-999	158	11,5%	16.4%
>=1000 (Nombre maximal : 15284)	154	11,2%	59.2%
Total	1370	100%	100%



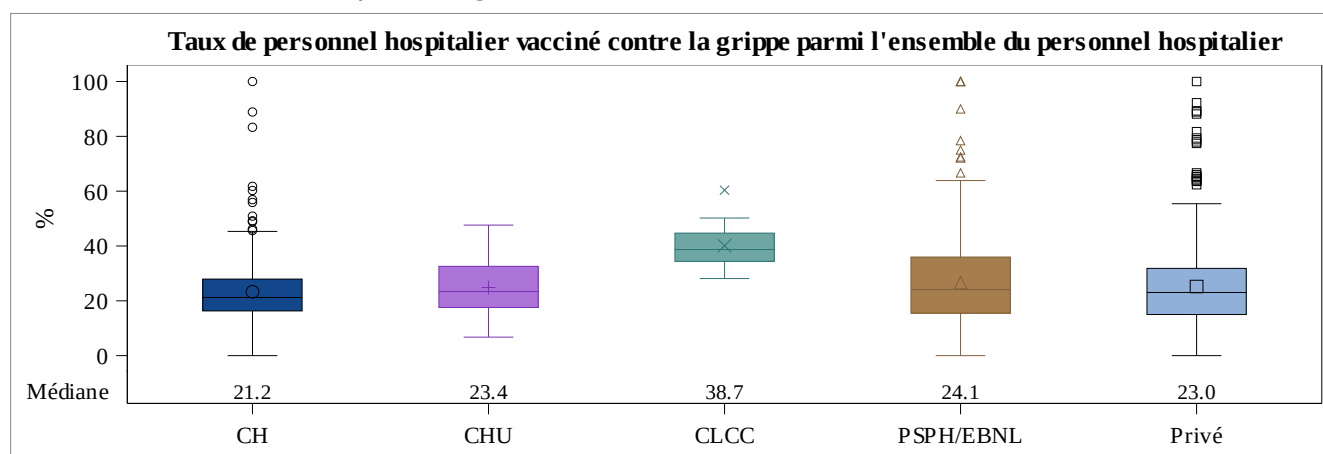
NB : la distribution du nombre de personnel en fonction de la catégorie d'établissement est disponible en annexe 3

Les résultats observés lors de la troisième expérimentation sont comparables pour tous les groupes à partir d'un volume de 50 personnes dans l'établissement de santé.

En dessous de 50 personnes, les valeurs obtenues ne sont pas comparables avec les autres groupes de nombre de personnel. Ceci avait déjà été observé lors de la seconde expérimentation.

Les résultats des établissements de moins de 50 personnels ne seront donc pas comparés à ceux des autres établissements dans la campagne nationale

3.1.4.2. Résultats par catégorie d'établissement



Type d'établissement	Nombre d'ES	% sur l'ensemble des ES	Répartition des effectifs de personnel (%)
CH : Centres Hospitaliers	356	26,0%	42,6%
CHU : Centres Hospitalo-Universitaires	39	2,8%	26,7%
CLCC : Centres de Lutte Contre le Cancer	12	0,9%	1,4%
PSPH/EBNL : établissements privés participant au service public hospitalier / établissements privés à but non lucratifs	386	28,2%	12,2%
Privé	577	42,1%	17,1%
Total	1370 ES	100%	100%

Lors de la troisième expérimentation, les résultats observés par catégorie d'établissement sont comparables, on constate cependant des valeurs supérieures pour les centres de luttés contre le cancer (CLCC). Ceci avait déjà été observé pour la seconde expérimentation.

3.1.4.3. Cible envisagée

L'objectif fixé par l'OMS et repris par les institutions en charge de la campagne de vaccination antigrippale (Santé Publique France, ministère de la Santé et de la Prévention) est un taux de vaccination supérieur à 75%.

Les résultats de couverture vaccinale antigrippale observés à l'occasion des différentes enquêtes de Santé Publique France et des expérimentations de l'indicateur montrent un taux observé bien inférieur à cet objectif.

Il est donc nécessaire pour cet indicateur d'avoir un mode de comparaison adapté pour pouvoir à la fois porter les objectifs OMS et prendre en compte la capacité des établissements de santé à améliorer la couverture vaccinale antigrippale.

Ce mode de comparaison sera finalisé en 2023 à l'issue de la campagne nationale et discuté avec les parties prenantes et le groupe de travail.

Conclusion de l'évaluation de la pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins

Les deux dernières expérimentations de l'indicateur ont montré que les résultats étaient comparables pour tous les établissements de santé de plus de 50 personnels. La cible sera celle de l'OMS, et le mode de comparaison sera adapté pour prendre en compte la capacité des établissements de santé à améliorer la couverture vaccinale antigrippale.

3.2. Enseignements et leviers sur la couverture vaccinale antigrippale

Le développement de l'indicateur a été l'occasion de recueillir la couverture vaccinale antigrippale pour 1 342 établissements de santé pour l'hiver 2020/2021 et 1 370 établissements de santé pour l'hiver 2021/2022.

En 2021, un taux de 32,5% avait été observé, soit un résultat similaire à celui observé par Santé Publique France sur l'hiver précédent (34,8%). L'année suivante, ce taux diminuait de dix points pour le résultat de la troisième expérimentation (22,4%) et également pour l'enquête de Santé Publique France réalisée la même année (22,0%). Le contexte de la crise sanitaire lié au Covid-19 et notamment la concomitance du rappel vaccinal contre la Covid-19 au même moment que la campagne de vaccination contre la grippe sont des éléments à prendre en compte dans l'interprétation de ces résultats.

Concernant les résultats par catégorie professionnelle, on observe pour l'hiver 2021/2022 des couvertures vaccinales différentes selon la catégorie, allant de 14,3% pour les agents de service hospitaliers (ASH) à 35% pour les médecins. Cette amplitude avait déjà été observée pour l'hiver 2020/2021 (20,5% pour les ASH à 55,6% pour les médecins).

Les résultats obtenus lors des expérimentations de l'indicateur confirment la tendance observée par Santé Publique France, à savoir une couverture vaccinale antigrippale du personnel dans les établissements de santé qui reste faible et insuffisante par rapport à la cible de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Dans les établissements de santé, l'amélioration de la couverture vaccinale antigrippale passe notamment par des leviers organisationnels. Des leviers ont été identifiés par Santé Publique France à partir de la littérature scientifique¹³ et au cours des différentes enquêtes menées par l'institution¹⁴. Dans le cadre du développement de l'indicateur, ces leviers ont été repris pour la construction d'un questionnaire destiné à évaluer la stratégie de promotion de la vaccination antigrippale dans les établissements de santé.

Les résultats obtenus pour ce questionnaire lors des différentes expérimentations montrent que certaines mesures sont bien mises en place par les établissements participants, et d'autres beaucoup moins.

Exemples de mesures mises en place (données 2021/2022) :

¹³ Vaccination against influenza, measles, pertussis and varicella in workers in healthcare facilities in France : A national cross-sectional study in 2019 - PubMed (nih.gov)

¹⁴ <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/198638/2369731>

- 99% des établissements participants ont déclaré mettre à disposition du personnel hospitalier un stock gratuit de vaccins contre la grippe et 99% proposent une vaccination sur le lieu de travail ;
- 73% déclarent l'existence d'un ou plusieurs référents vaccination (c'est-à-dire des professionnels susceptibles d'apporter des informations sur la vaccination) ;
- 65% communiquent les taux de vaccination à l'ensemble du personnel hospitalier ;
- 40% ont mené au cours des trois dernières années une analyse des freins organisationnels à la vaccination ;
- 36% ont mené au cours des trois dernières années une analyse des freins individuels à la vaccination.

Il existe donc encore des potentiels leviers d'amélioration de la couverture vaccinale antigrippale qui ne sont pas explorés dans tous les établissements de santé.

4. Conclusion

La grippe saisonnière est une menace sérieuse en milieu de soins, et sa transmission en établissement de santé constitue un danger pour les patients les plus fragiles mais aussi pour les soignants. Le moyen de prévention le plus efficace est la vaccination antigrippale ; toutefois les différentes enquêtes de couvertures vaccinales antigrippale du personnel hospitalier menées par Santé Publique France montrent des résultats insuffisants par rapport à l'objectif de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Afin d'accompagner les établissements de santé dans la promotion de cette vaccination, la Haute Autorité de Santé, en lien avec Santé Publique France, a débuté en 2018 le développement d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins sur la couverture antigrippale du personnel hospitalier.

Trois expérimentations ont été nécessaires pour valider cet indicateur :

- la première expérimentation menée en 2019 sur 133 établissements de santé a permis une première évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité ;
- la seconde expérimentation menée en 2021 sur 1 342 établissements de santé a permis de valider la faisabilité et de commencer à évaluer les qualités métrologiques et la pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins ;
- la troisième expérimentation menée en 2022 sur 1 392 établissements de santé a permis de valider les qualités métrologiques, la pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins ainsi que les modalités de remontée de données via la SAE.

Cet indicateur de qualité et de sécurité des soins est donc validé, et va être recueilli pour la première fois auprès de tous les établissements de santé français (plus de 3 000) en 2023 sur les données de l'hiver 2022/2023.

Le mode de comparaison ainsi que les seuils seront évalués à l'issue de cette campagne et validés avec le groupe de travail et les parties prenantes concernées par le sujet.

Le rôle et la place de cet indicateur sera discuté entre toutes les institutions impliquées dans la promotion de la vaccination antigrippale du personnel hospitalier.

Table des annexes

Annexe 1. Bordereaux SAE utilisées pour le calcul de l'indicateur « Couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier »	20
Annexe 2. Outil de traçabilité de la vaccination antigrippale 2022/2023	25
Annexe 3 .Distribution du nombre de personnel hospitalier en fonction de la catégorie d'établissement	26

Annexe 1. Bordereaux SAE utilisées pour le calcul de l'indicateur « Couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier »

Extrait de l'aide au remplissage SAE disponible sur : <https://www.drees-sae-faq.sante.gouv.fr>

Q20 – Personnels médicaux (hors internes) des établissements sanitaires par spécialité exercée : effectifs et ETP moyens annuels rémunérés

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne le **personnel médical rémunéré par l'établissement géographique sanitaire interrogé** et les **médecins libéraux** intervenant dans l'établissement.

Doit être dénombré le personnel médical de la section hôpital, et également le personnel médical de l'administration et des fonctions médicot techniques. Le personnel médical inclut les pharmaciens, odontologistes et médecins spécialisés en biologie médicale.

En revanche, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formations est à exclure.

Les étudiants de 3^{ème} cycle (internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes) ne sont pas concernés par ce bordereau mais par les bordereaux Q21 et Q22.

Le bordereau Q20 fonctionne avec le bordereau Q21 : la somme des ETP rémunérés (ETP_R) des salariés du Q20 doit être égale à celle du Q21 (hors étudiants de 3^{ème} cycle). De la même façon, la somme des effectifs des libéraux du Q20 doit être égale à celle du Q21.

CONCEPTS IMPORTANTS

Définitions génériques

Dans ce bordereau, le personnel mis à disposition doit être renseigné uniquement par l'établissement qui prend en charge la rémunération, en effectif comme en ETP_R, que l'établissement géographique qui reçoit le salarié rembourse ou non le salaire. Le personnel des antennes SMUR est ainsi à déclarer par les établissements qui rémunèrent le personnel et qui le mettent à disposition dans les antennes SMUR.

Toutefois, dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un ex syndicat inter-hospitalier (transformé en GHT, GIP ou GCS sans activité de soins), ce personnel sera considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité. Le personnel mis à disposition, payé par un autre établissement de santé, le personnel intérimaire, et le personnel rémunéré par un prestataire ne doivent pas figurer dans ce bordereau.

Le personnel qui a bénéficié d'un rappel à l'exclusion de toute autre rémunération ne doit pas être comptabilisé.

Un salarié travaillant dans deux établissements géographiques et rémunéré par chacun d'eux sera compté pour 1 en effectif dans chacun des établissements géographiques et en ETP_R au prorata du temps passé.

Dans le cas d'un salarié partagé entre plusieurs établissements géographiques d'une même entité juridique (EJ) publique, avec une rémunération unique au sein de cette EJ publique, le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique. Pour une même entité juridique publique, il n'y a donc pas de double compte. Ce principe peut également être appliqué pour les entités de dialyse. Dans le cas cité, un établissement géographique peut donc avoir à déclarer l'ETP_R partiel d'un salarié sans le déclarer dans son effectif.

Pour le personnel travaillant sur des fonctions transversales liées au fonctionnement d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), il sera comptabilisé sur un établissement géographique de l'entité juridique publique qui le rémunère. S'il est partagé entre plusieurs établissements de plusieurs entités juridiques, mais est rémunéré par une unique entité juridique publique, comme par exemple l'entité juridique support du GHT, la règle reste de concentrer l'effectif et les ETP_R au sein de l'entité juridique rémunératrice : le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique de l'entité juridique qui le rémunère et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique de cette entité juridique.

Pour les entités juridiques publiques et de dialyse, il est primordial que la somme des effectifs déclarés sur les différents établissements géographiques soit bien égale à l'ensemble du personnel rémunéré par l'entité juridique. Le personnel mutualisé (siège, plateaux techniques) peut être affecté au prorata de l'activité des établissements géographiques ou selon une clef de répartition budgétaire, ou peut être enregistré sur un établissement géographique particulier.

Q20 - PERSONNELS MÉDICAUX (HORS INTERNES) DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PAR SPÉCIALITÉ EXERCÉE (3/3)

3. Totaux

		PRATICIENS SALARIES		PRATICIENS LIBERAUX
Code SAE		Effectif total	ETP moyen annuel rémunéré total	Effectif total
		S	T	U
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	M9999	1		

- **Effectif au 31 décembre**

Pour le **personnel salarié**, il s'agit du nombre de personnes physiques sous contrat au 31 décembre, qu'elles soient ou non présentes dans l'établissement géographique à cette date (exemple : congé simple, congés longue durée).

Pour les **médecins libéraux**, on approxime les effectifs au 31 décembre en comptant les libéraux qui sont intervenus dans l'établissement géographique au mois de décembre, car on ne souhaite pas avoir un biais lié aux vacances de fin d'année.

Q22 – Internes et faisant fonction d'internes

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne les étudiants de 3^{ème} cycle : internes, docteurs juniors, faisant fonction d'internes (FFI) et stagiaires associés affectés dans l'établissement interrogé.

Doivent être comptabilisés les internes en médecine (en distinguant la médecine générale et la médecine d'urgence), en pharmacie et en odontologie, les docteurs juniors en médecine et pharmacie (sans distinction), les faisant fonction d'internes (FFI) et les stagiaires associés (sans distinction).

Les internes, les docteurs juniors, les FFI et les stagiaires associés ne doivent être inscrits que dans les bordereaux Q21 et Q22.

CONCEPTS IMPORTANTS

Les internes et résidents affectés dans un établissement privé sous dotation globale, bien que rémunérés par un centre hospitalier universitaire (CHU), doivent figurer dans les effectifs de l'établissement privé où ils exercent leur activité (et non dans ceux du CHU de rattachement).

Les internes en stage chez le praticien ne doivent pas figurer dans les effectifs des CHU qui leur versent la rémunération. De même, les internes en stages extrahospitaliers bien que rémunérés par un CHU ne doivent pas figurer dans les effectifs du CHU.

La seule exception concerne les internes en stages hors subdivision (et à l'étranger) car leur rémunération n'est pas remboursée au CHU dont ils dépendent, contrairement aux trois cas de figure précédents. Ils seront donc inclus dans les effectifs du CHU dont ils dépendent.

Le personnel qui a bénéficié d'un rappel à l'exclusion de toute autre rémunération ne doit pas être comptabilisé.

Q22 - INTERNES ET FAISANT FONCTION D'INTERNES

Effectifs au 31 décembre

		Code SAE		Effectifs au 31 décembre
Étudiants de 3ème cycle en : (hors docteurs juniors)	médecine générale (hors DES urgentistes)	211B	A4	
	médecine d'urgence	211D	A7	
	médecine (toutes spécialités confondues, hormis celles de médecine générale et médecine d'urgence)	211A	A1	
	pharmacie	2120	A2	
	odontologie	2130	A3	
Docteurs juniors		2300	A8	
Faisant fonction d'internes (FFI)		2200	A5	
Dont : stagiaires associés		2210	A9	
Total (calculé)			A6	

Q23 – Sages-femmes et personnels non médicaux salariés des établissements sanitaires : effectifs et ETP moyens annuels rémunérés

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne les sages-femmes et le personnel non médical rémunérés par l'établissement géographique sanitaire interrogé. Doit être dénombré le personnel non médical de la section hôpital, et également le personnel non médical de l'administration et des fonctions médico-techniques. En revanche, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation est à exclure.

Ne doivent pas être comptabilisés dans ce bordereau :

- les élèves qui sont encore en formation, y compris les apprentis ;
- les pharmaciens et odontologues, qui font partie des personnels médicaux (bordereaux Q20 et Q21) ;
- les emplois aidés ;
- les salariés des sociétés de sous-traitance ou d'intérim exerçant leur activité dans l'enceinte de l'établissement ;
- les non-salariés, congrégationnistes et bénévoles qui ne sont pas à la charge de l'établissement.

Le bordereau Q23 fonctionne avec le bordereau Q24 : la somme des ETP rémunérés (ETP_R) du Q23 doit être égale à celle du Q24.

CONCEPTS IMPORTANTS

Définitions génériques

Dans ce bordereau, le personnel mis à disposition doit être renseigné uniquement par l'établissement qui prend en charge la rémunération, en effectif comme en ETP_R, que l'établissement géographique qui reçoit le salarié rembourse ou non le salaire. Le personnel des antennes SMUR est ainsi à déclarer par les établissements qui rémunèrent le personnel et qui le mettent à disposition dans les antennes SMUR.

Toutefois, dans le cas où tout ou partie du personnel de l'entité est rémunéré par un ex syndicat inter-hospitalier (transformé en GHT, GIP ou GCS sans activité de soins), ce personnel sera considéré comme rémunéré par l'entité dans laquelle il exerce son activité. Le personnel mis à disposition, payé par un autre établissement de santé, le personnel intérimaire, et le personnel rémunéré par un prestataire ne doivent pas figurer dans ce bordereau, mais dans le bordereau INTERMED.

Le personnel qui a bénéficié d'un rappel à l'exclusion de toute autre rémunération ne doit pas être comptabilisé.

Un salarié travaillant dans deux établissements géographiques et rémunéré par chacun d'eux sera compté pour 1 en effectif dans chacun des établissements géographiques et en ETP_R au prorata du temps passé.

Dans le cas d'un salarié partagé entre plusieurs établissements géographiques d'une même entité juridique (EJ) publique, avec une rémunération unique au sein de cette EJ publique, le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique. Pour une même entité juridique publique, il n'y a donc pas de double compte. Ce principe peut également être appliqué pour les entités de dialyse. Dans le cas cité, un établissement géographique peut donc avoir à déclarer l'ETP_R partiel d'un salarié sans le déclarer dans son effectif.

Pour le personnel travaillant sur des fonctions transversales liées au fonctionnement d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), il sera comptabilisé sur un établissement géographique de l'entité juridique publique qui le rémunère. S'il est partagé entre plusieurs établissements de plusieurs entités juridiques, mais est rémunéré par une unique entité juridique publique, comme par exemple l'entité juridique support du GHT, la règle reste de concentrer l'effectif et les ETP_R au sein de l'entité juridique rémunératrice : le salarié sera compté pour 1 en effectif dans un seul établissement géographique de l'entité juridique qui le rémunère et sera comptabilisé au prorata en ETP_R dans chaque établissement géographique de cette entité juridique.

Pour les entités juridiques publiques et de dialyse, il est primordial que la somme des effectifs déclarés sur les différents établissements géographiques soit bien égale à l'ensemble du personnel rémunéré par l'entité juridique. Le personnel mutualisé (siège, plateaux techniques) peut être affecté au prorata de l'activité des

établissements géographiques ou selon une clef de répartition budgétaire, ou peut être enregistré sur un établissement géographique particulier.

Q23 - SAGES-FEMMES ET PERSONNELS NON MÉDICAUX SALAIRES DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES (2/2)

Effectifs salariés au 31/12 et ETP salariés moyens annuels rémunérés

Code SAE	Personnel en CDI		Personnel en CDD		Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière		Ensemble du personnel salarié des établissements sanitaires (calculé)	
	Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré	Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré	Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré	Effectif au 31/12	ETP moyen annuel rémunéré
	A	B	C	D	E	F	G	H
PERSONNELS EDUCATIFS et SOCIAUX								
N3121	31							
N3111	32							
N3120	33							
N3130	34							
N3000	35							
Total personnels éducatifs et sociaux (calculé)								
PERSONNELS MEDICO-TECHNIQUES								
N4160	36							
N4110	37							
N4120 et N412A	38							
N4130	39							
N4170	40							
N4180	41							
N4190	42							
N4140	43							
N4150	44							
N4000	45							
Total personnels médico-techniques (calculé)								
PERSONNELS TECHNIQUES et OUVRIERS								
N5110	46							
N511A	47							
N5120	48							
N5130	49							
N5140	50							
N5000	51							
Total personnels techniques et ouvriers (calculé)								
TOTAL SAGES-FEMMES et PERSONNELS NON MEDICAUX (CALCULE)								
N9999	52							
TOTAL PERSONNELS NON MEDICAUX HORS SAGES-FEMMES (CALCULE)								
N9999 sauf N2800	54							

Annexe 2.Outil de traçabilité de la vaccination antigrippale 2022/2023



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Tampon établissement

Outil de traçabilité de la vaccination antigrippale 2022/2023

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une démarche nationale concernant un indicateur de « suivi de la vaccination antigrippale du personnel hospitalier, votre établissement vous propose de répondre au questionnaire ci-dessous de manière anonyme.

Vos réponses sont à transmettre au service de santé au travail ou à l'équipe opérationnelle d'hygiène :

- Par mail à l'adresse : -----
- Par courrier à l'adresse : -----
- A déposer à l'adresse : -----

Avant le : -----

Questionnaire

D'après le suivi des vaccinations antigrippales réalisé par votre lieu de travail, il n'y a pas trace d'une vaccination antigrippale vous concernant.

1. Etes-vous vacciné contre la grippe pour la campagne 2022/2023 par d'autres biais (médecin traitant, pharmacien, vous-même, etc. ?)
 - Oui
 - Non

2. Si oui, quelle est votre catégorie professionnelle ?

Consignes d'utilisation du document de traçabilité de la vaccination antigrippale 2022/2023

Dans le cadre d'une démarche nationale concernant un indicateur de « suivi de la vaccination antigrippale du personnel hospitalier », la Haute Autorité de Santé met à disposition des établissements de santé un outil de traçabilité de la vaccination antigrippale hiver 2022/2023.

L'établissement de santé est libre d'utiliser ou non cet outil dans le cadre du recueil de cet indicateur. Dans le cas contraire, il s'engage à recueillir ces données par un autre biais.

A quoi sert cet outil ?

Il est destiné à recenser le personnel hospitalier dont la trace de vaccination antigrippale n'a pas été retrouvée au sein de l'établissement de manière anonyme. Ce personnel est soit vacciné à l'extérieur de l'établissement, soit il est non vacciné.

Quand l'utiliser ?

Cet outil est à utiliser lorsque la campagne de vaccination antigrippale touche à sa fin et que les données relatives à la vaccination du personnel au sein de l'établissement ont été collectées. Les personnels non vaccinés au sein de l'établissement sont si possible identifiés et cet outil leur est transmis.

En cas de non suivi des personnels hospitaliers au sein de l'établissement, le questionnaire peut être envoyé à toutes les personnes concernées.

Comment diffuser le questionnaire ?

L'établissement est libre de choisir les modalités de diffusion de l'outil. Cela peut-être par voie électronique, par courrier, ou remise en main propre.

Qui est destinataire des réponses une fois le questionnaire rempli par le personnel concerné ?

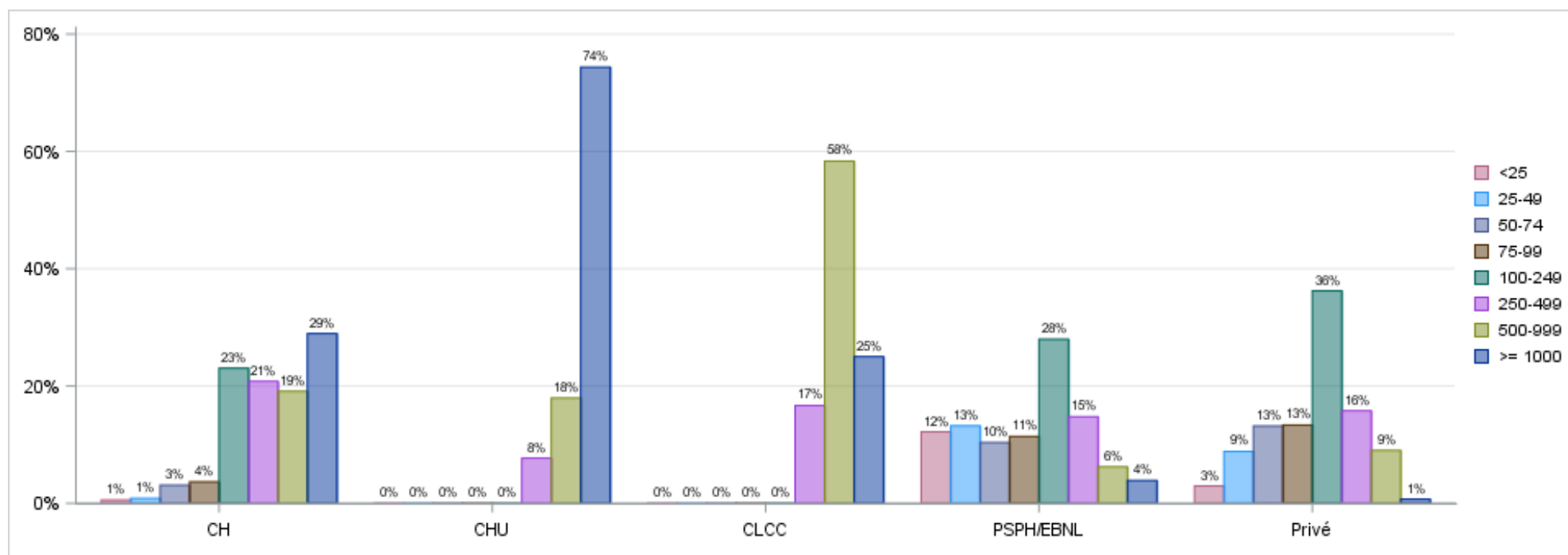
Le service de santé au travail doit être le service prioritaire de destination. En l'absence de ce service, c'est l'équipe opérationnelle d'hygiène qui en est destinataire.

Ces destinataires décompteront les réponses reçues, et les additionneront si besoin aux autres données de suivi pour donner le nombre de personnels vaccinés.

Personne ne peut recevoir les réponses en dehors de ces 2 destinataires.

Pour toute autre question concernant cet outil, vous pouvez contacter la Haute Autorité de Santé à contact.igss@has-sante.fr

Annexe 3 .Distribution du nombre de personnel hospitalier en fonction de la catégorie d'établissement



Références bibliographiques

1. Infections associées aux soins : quelle évolution des indicateurs en France ? M.Bejaoui et al, Hygiènes,2019
2. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe>
3. Dossier de presse « Vaccination contre la grippe 2022-2023 Un réflexe à renforcer auprès des personnes les plus fragiles » disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/477252/3642893?version=1>
4. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Seasonal-influenza-antiviral-use-EU-EEA-Member-States-December-2018_0.pdf
5. High influenza vaccination coverage among healthcare workers in acute care hospitals in Finland, seasons 2017/18, 2018/19 and 2019/20, C Hammer et al
6. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/etude-de-couverture-vaccinale-contre-la-grippe-et-la-covid-19-dans-les-etablissements-medico-sociaux-et-etablissements-de-sante-saison-2021-2022>
7. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3294746/fr/experimentation-de-l-indicateur-du-theme-des-infections-associees-aux-soins-suivi-de-la-vaccination-antigrippale-du-personnel-hospitalier
8. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/enquetes-etudes/quelle-est-la-couverture-vaccinale-contre-la-grippe-des-professionnels-exercant-dans-les-etablissements-de-sante-point-au-1er-juin-2022>
9. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/198638/2369731>

Participants

2

Groupe de travail

Représentants d'usagers

Alain Le Henaff ; Claude Rambaud, remplacé en 2020 par Chantal Cateau

Hygiénistes (médecins, pharmaciens et infirmiers)

Bernard Decouard ; Stephanie Fraysse-Leybros ; Julie Gentil ; Estelle Jumas-Bilak ; Ahmed Khelili ; Peggy Laroudde ; Didier Lecointe ; Virginie Loubersac ; Véronique Merle ; Jean-Christophe Segulier ; Nathalie Van der Mee ; Catherine Vignes

Médecin du travail

Jérémie Somme

Directeurs d'établissement

Danielle Fregosi ; Isabelle L'Hôpital Rose

Santé Publique France

Sophie Vaux et Daniel Levy Bruhl

Haute Autorité de Santé

Meriem Bejaoui ; Karen Assmann ; Agnès Solomiac ; Elodie Lordmi ; Sandrine Morin

Personnes auditionnées

Membres de la Commission Technique des Vaccinations¹⁵

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus ainsi que tous les établissements de santé qui se sont portés volontaires pour tester cet indicateur.

¹⁵ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2755844/fr/commission-technique-des-vaccinations

Abréviations et acronymes

CH	Centres Hospitaliers
CHU	Centres Hospitalo-Universitaires
CLCC	Centres de Lutte Contre le Cancer
ES	Etablissement de Santé
HAS	Haute Autorité de santé
IQSS	Indicateur de qualité et de sécurité des soins
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSPH	Etablissements privés participant au service public hospitalier
SAE	Statistiques Annuelle des Etablissements de Santé
SPF	Santé Publique France
VAG	Indicateur sur la couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

