

## Données administratives

### 1. Catégorie d'établissement :

- CHR/CHU                       CH                       Hôpital local                       MCO  
 SSR                       SLD                       CLCC

2. Nombre de lits dans l'établissement de santé : (lits d'hospitalisation complète > 24h) : .....

## Médecine du travail, Prévention

3. Présence de médecin(s) du travail actuellement dans l'établissement ?     Oui     Non

Si oui, temps de présence en équivalent temps plein (ETP) du (des) médecin(s) du travail : ..... ETP

4. Présence d'infirmier(e)s en santé-prévention dans l'établissement ?     Oui     Non

## Organisation autour de la vaccination antigrippale des professionnels

### MESURES ORGANISÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR LA SAISON HIVERNALE 2018-2019

5. Organisation d'une vaccination gratuite contre la grippe pour le personnel :     Oui     Non

5a. Si oui, la vaccination a-t-elle été organisée (plusieurs choix possibles) :

- au sein de la médecine du travail  
 au sein des (ou de certains) services  
 au sein de lieux facilement fréquentés (accueil, cafétéria, salle de repos ...)  
 par des équipes mobiles de vaccinateurs  
 sur des plages horaires variées permettent la vaccination de tout le personnel (nuit, équipes et contres équipes)  
 Ne sait pas

6. La promotion de la vaccination antigrippale des professionnels :     Oui     Non

6a. Si oui, selon quelles modalités : (plusieurs choix possibles) :

- Affiches  
 Support vidéo, jeux, serious game  
 Séances collectives d'information  
 Séances individuelles d'information  
 Des référents vaccination sont nommés au sein de l'établissement (médecins ou paramédicaux susceptibles d'apporter des informations fiables sur la vaccination)  
 Sollicitations par mail  
 Autre : .....

6b. Si oui, avec quels contenus : (plusieurs choix possibles) :

- Informations sur les vaccins  
 Informations sur la grippe  
 Informations sur le bénéfice collectif de la vaccination (cocooning, organisation des soins)  
 Informations sur le bénéfice individuel de la vaccination (éviter d'avoir la grippe, de la transmettre à sa famille)

6c. Si oui, qui a été impliqué dans la promotion de la vaccination antigrippale des professionnels ?  
(plusieurs choix possibles)

- la médecine du travail  
 l'équipe opérationnelle d'hygiène  
 une équipe pluridisciplinaire

le directeur de l'établissement (ex : diffusion d'une note de direction)

Autre : .....

**7. Existe-t-il un groupe pluridisciplinaire\* sur la vaccination dans votre établissement ?**

\* groupe réunissant par exemple des médecins, infirmier(els), cadres infirmier, médecin du travail, EOH, infectiologues autour des sujets de la vaccination et qui définit l'organisation de la campagne et des actions à mettre en place pour améliorer la couverture vaccinale

Oui       Non       NSP\*

**8. L'établissement a-t-il analysé les freins organisationnels à la vaccination antigrippale et mis en place un programme d'actions ?**       Oui       Non       NSP\*

**9. Nombres de services de l'établissement :**

	Nombre de services dans l'établissement**
Pédiatrie	
Obstétrique	
Médecine - Chirurgie (adulte)	
Réanimation, Oncologie ou Hématologie	
Soins de longue durée, soins de réadaptation	

\* NSP : Ne sait pas

\*\* Il s'agit des services parmi lesquels les tirages au sort ont été réalisés. Les nombres rapportés comprennent les services enquêtés. Tous les services de l'établissement ne sont pas couverts par l'enquête.

**CE QUESTIONNAIRE CONCERNE LES SERVICES DANS LESQUELS L'ENQUÊTE A ÉTÉ CONDUITE (SERVICES TIRÉS AU SORT)  
CES INFORMATIONS SONT À RENSEIGNER AVEC LE CADRE DU SERVICE**

**Numéro de service : \_ \_ \_ \_ \_**

**1. Type de service :**

- Pédiatrie
- Obstétrique
- Médecine -Chirurgie (adulte)
- Réanimation, d'Oncologie ou Hématologie
- Soins de longue durée, soins de réadaptation

**2. Nombre de professionnels de santé dans le service :**

Nombre de professionnels de santé (pas d'ETP*)	
Médecins	
Infirmières	
Aides-soignant(e)s	
Sages-femmes	

\* ETP : Equivalent temps plein

Nombre de professionnels en poste stable (> 3 mois) travaillant dans le service quel que soit le contrat de travail (titulaire, attachés, contrats à durée déterminée, contrats à temps complet ou temps partiel...). L'ensemble des professionnels sont concernés qu'ils aient ou non été présents dans le service le jour de l'enquête. Les étudiants (interne, externe, étudiants infirmiers ...) sont exclus.

**3. Mesures organisées au sein du service pour la vaccination antigrippale des professionnels lors de la saison hivernale 2018-2019 : (cocher les mesures concernées)**

- Action de promotion de la vaccination dans le service
- Existence de référents vaccination (médecins ou paramédicaux susceptibles d'apporter des informations fiables sur la vaccination) dans le service
- Vaccination antigrippale organisée au sein du service

**4. Le chef de service et/ou le cadre infirmier affichent-ils leur implication et soutiennent-ils activement la campagne de vaccination antigrippale :**  Oui  Non  NSP\*

**5. Existe-t-il au sein du service des médecins ou des paramédicaux qui exercent un rôle de leader sur la vaccination et sont susceptibles d'influencer favorablement leurs pairs ?**

- Oui  Non  NSP\*

**6. Existe-t-il une évaluation de la couverture vaccinale antigrippale en routine dans le service ?**

- Oui  Non  NSP\*

CE QUESTIONNAIRE CONCERNE L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS SOLLICITÉS POUR L'ENQUÊTE. EN CAS DE REFUS DE PARTICIPATION À L'ENQUÊTE SEULES LES 5 PREMIÈRES QUESTIONS SONT À RENSEIGNER.

### Service dans lequel le professionnel travaille (informations à saisir par l'enquêteur)

1. Service :  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

#### 2. Type de service :

- Pédiatrie  Obstétrique  
 Médecine -Chirurgie (adulte)  Réanimation, d'Oncologie ou Hématologie  
 Soins de longue durée, soins de réadaptation

### Informations générales sur le professionnel

3. Sexe :

- M  F

4. Profession :

- Médecin  Infirmier(e)  Aide-soignant(e)  Sage-Femme

5. Age :

- moins de 30 ans  30-39 ans  40-49 ans  50 ans et plus

6. Participation du professionnel à l'enquête  Accord  Refus

*Si le professionnel refuse de participer, le questionnaire s'achève. Si le professionnel accepte de participer,*

*Les informations suivantes peuvent être auto-saisies par le professionnel enquêté.*

### Vaccination contre la grippe

7. Vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe cette saison (2018-2019) ?  Oui  Non  NSP\*

8. Vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe l'an dernier (2017-2018).  Oui  Non  NSP\*

8.a Si vous ne vous êtes pas fait vacciner cette saison (2018-2019) : parmi les raisons suivantes, quelles sont les 3 principales qui vous ont poussé à ne pas vous faire vacciner contre la grippe cette saison ?  
(3 réponses possibles)

Je n'ai pas eu le temps, je n'y ai pas pensé	<input type="checkbox"/>
La grippe n'est pas une maladie grave	<input type="checkbox"/>
Je n'attrape jamais la grippe	<input type="checkbox"/>
Le risque de transmettre la grippe à un patient est minime	<input type="checkbox"/>
Je crains les effets secondaires du vaccin antigrippal	<input type="checkbox"/>
J'ai été malade après une vaccination antigrippale	<input type="checkbox"/>
J'ai une contre-indication à la vaccination antigrippale	<input type="checkbox"/>
Je doute de l'efficacité du vaccin antigrippal	<input type="checkbox"/>
La recommandation de vaccination des professionnels de santé contre la grippe n'est pas justifiée	<input type="checkbox"/>
Je ne veux pas me faire vacciner tous les ans	<input type="checkbox"/>
Je n'aime pas les piqûres	<input type="checkbox"/>
J'utilise d'autres moyens de prévention (ex : homéopathie)	<input type="checkbox"/>
Mon médecin ne m'a pas proposé de me faire vacciner contre la grippe	<input type="checkbox"/>
Le vaccin antigrippal n'était plus disponible	<input type="checkbox"/>
Autre : .....	<input type="checkbox"/>

\*NSP : Ne sait pas

**8.b Si vous ne vous êtes pas fait vacciner cette saison (2018-2019) : parmi les mesures suivantes quelles sont celles qui pourraient vous inciter à la vaccination contre la grippe ?**

	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non
Un accès facile à la vaccination (ex : dans votre service), sur de larges plages horaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un médecin ou une infirmier(e) référent(e) vaccination dans votre service susceptibles d'apporter des informations fiables sur la vaccination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une position claire du chef de service ou du cadre infirmier sur la vaccination antigrippale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une meilleure information sur la vaccination antigrippale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une meilleure information sur la grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'organisation de réunions ou de tables rondes propices au partage d'opinions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8.c Si vous vous êtes fait vacciner contre la grippe cette saison (2018-2019), parmi les mesures suivantes quelles sont les 3 principales qui vous ont incité à vous faire vacciner contre la grippe ? (3 réponses possibles)**

Votre protection personnelle	<input type="checkbox"/>
La protection des patients	<input type="checkbox"/>
La protection de votre famille et de votre entourage	<input type="checkbox"/>
Vos antécédents personnels ou familiaux	<input type="checkbox"/>
Le fait que le vaccin antigrippal soit recommandé pour les soignants	<input type="checkbox"/>
Le conseil d'un professionnel de santé, du médecin du travail de mon établissement	<input type="checkbox"/>
L'échange avec un pair	<input type="checkbox"/>
Le conseil d'une société savante ou de mon ordre professionnel	<input type="checkbox"/>
Le rapport bénéfice / risque du vaccin antigrippal	<input type="checkbox"/>
Autre : .....	<input type="checkbox"/>

## Autres vaccinations recommandées chez les professionnels

9. Avez-vous déjà eu la rougeole (ou avez-vous eu des résultats sérologiques confirmant que vous ayez eu l'infection) ?  Oui  Non  NSP\*

9a. Si réponses « non » ou « NSP » : Etes-vous vacciné contre la rougeole (au moins une dose) ?

Oui  Non  NSP\*

10. Avez-vous déjà eu la varicelle (ou avez-vous eu des résultats sérologiques confirmant que vous ayez eu l'infection) ?  Oui  Non  Ne sait pas (NSP)

10.a Si réponses « non » ou « NSP » : Etes-vous vacciné contre la varicelle (au moins une dose) ?

Oui  Non  NSP\*

11. Avez-vous eu un rappel du vaccin coqueluche à l'âge adulte ?  Oui  Non  NSP\*

12. Avez – vous votre carnet de santé avec vous ?  Oui  Non

12.a Si oui, pourriez-vous préciser les dates (année) de ces différentes vaccinations ?

	Année	
Varicelle (première dose)	----	<i>Vaccins contre la varicelle : PRIORIX TETRA, PROQUAD, VACCIN VARICELLE MERIEUX, VARILRIX, VARIVAX</i> <i>Vaccins contre la rougeole : M-M-RVAXPRO, PRIORIX, R.O.R, R.O.R. VAX, ROUVAX, RUDI-ROUVAX, TRIMOVAX</i> <i>Vaccins contre la coqueluche (adulte) : BOOSTRIXTETRA, REPEVAX, INFANRIX TETRA (enfant), TETRAVAC (enfant)</i>
Varicelle (seconde dose)	----	
Rougeole (première dose)	----	
Rougeole (seconde dose)	----	
Coqueluche (dernier rappel, âge adulte)	----	

## Obligation vaccinale pour les professionnels de santé

13. Seriez-vous favorable à ce que les vaccinations suivantes soient obligatoires pour votre profession ?

	Très favorable	Plutôt favorable	Plutôt défavorable	Pas du tout favorable	Ne sait pas
Grippe	<input type="checkbox"/>				
Rougeole	<input type="checkbox"/>				
Varicelle	<input type="checkbox"/>				
Coqueluche	<input type="checkbox"/>				

\*NSP : Ne sait pas