



EPI-SCOOP



7^{EME} ANNÉE - NUMÉRO 1 - FEVRIER 2007

Institut scientifique de Santé
publique (ISP)

Section Epidémiologie
rue J. Wytsman 14
1050 Bruxelles

Tél. : + 32 2 642 50 31
Fax : + 32 2 642 54 10

Comité de rédaction :
Geneviève Ducoffre
Lydia Gisle
Guy Jeanfils
Tadek Krzywania
Eva Leens
Ingrid Morales
Herman Van Oyen

TABLE DES MATIERES

L'étude "Monitoring quality
of End-of-Life Care (MELC)"
en Flandre, 2006-2010 1

Développement de trois
modules pour l'Enquête de
Santé Européenne 2

Comparaison de la
prévalence du tabagisme
dans six pays européens 3

Tendances de la santé
fonctionnelle à un âge
avancé en Belgique entre
1997 et 2004 3

Séminaire :
Diagnostic et surveillance
des maladies infectieuses 4

L'ÉTUDE "MONITORING QUALITY OF END-OF-LIFE CARE (MELC)" EN FLANDRE, 2006-2010

Introduction

Le nombre de personnes atteignant un âge avancé augmente rapidement dans les pays occidentaux. Les techniques médicales de diagnostic et d'allongement de la durée de vie des patients en phase terminale ont beaucoup évolué. En conséquence, les médecins sont de plus en plus confrontés aux décisions ayant des effets (potentiels ou certains) sur la survie des patients. Des études récentes estiment l'incidence des décisions médicales avec un effet potentiellement raccourcissant sur la survie à environ 40% de tous les décès tant en Flandre que dans d'autres pays européens (NEJM 1996, Lancet 2000, Lancet 2003). Initier des techniques de soins de support en fin de vie implique des dilemmes moraux pour le patient et sa famille, ainsi que pour les prestataires de soins. Bien qu'il soit nécessaire d'identifier les barrières qui entravent l'administration de soins corrects en fin de vie, il s'avère que l'administration de ceux-ci et le traitement des symptômes chez les patients en phase terminale ont été peu étudiés et évalués. Par conséquent, la recherche devrait développer des indicateurs de qualité de soins en fin de vie, ainsi que des systèmes pour surveiller la qualité de ces soins. L'étude MELC, financièrement soutenue par l'IWT Vlaanderen (Instituut voor de aanmoediging van Innovatie door Wetenschap en Technologie in Vlaanderen) dans le cadre du 'Strategisch Basisonderzoek' (SBO), vise à aborder cette problématique. L'ISP participe à cette étude en fournissant des données récoltées par le réseau belge des médecins vigies.

Objectifs

L'étude MELC vise :

- 1) à évaluer les soins en fin de vie et les décisions médicales avec un effet potentiellement ou certainement raccourcissant la survie en Flandre et
- 2) à développer des indicateurs de qualité de ces soins et de ces décisions ainsi qu'à étudier les systèmes de surveillance possibles.

Méthodes

L'étude est effectuée sur une période de 4 ans et a commencé le 1 septembre 2006. La recherche est établie autour de deux axes centraux.

L'axe vertical développe les bases de données représentatives des soins et du processus de décision en fin de vie, fournissant le matériel empirique permettant la création d'outils d'analyse pour répondre à plusieurs questions de recherche. Cet axe comprend :

- 1) une étude des décisions médicales en passant

par les certificats de décès avec un échantillon de 6000 décès,

- 2) un enregistrement permanent des soins en fin de vie pendant 3 ans par les réseaux de médecins vigies belges (coordonné par la section Epidémiologie de l'ISP) et néerlandais,
- 3) une étude des problèmes et des besoins rencontrés lors des consultations concernant l'euthanasie auprès des médecins flamands faisant partie du réseau d'information et de consultation pour euthanasie (les médecins « LEIF »),
- 4) une revue des cas rapportés d'euthanasie et une évaluation de la procédure de notification et
- 5) une enquête de la politique en ce sens menée par les hôpitaux et les maisons de repos (et de soins) pour personnes âgées.

L'axe horizontal se concentre sur des analyses orientées en vue de la politique des soins de santé et se base sur les données rassemblées dans le cadre de l'axe vertical :

- 1) analyse des lois et des règlements relatifs aux soins palliatifs et à l'euthanasie,
- 2) étude des inégalités sociales dans les soins en fin de vie (soins palliatifs et décisions en fin de vie),
- 3) analyse au sujet des mineurs d'âge (légalement non compétents),
- 4) analyse de tendance des décisions en fin de vie pour la période 1998-2001-2007,
- 5) analyse comparative systématique entre la Flandre et les Pays-Bas et
- 6) analyse des indicateurs de qualité des soins en fin de vie et des systèmes de surveillance (à travers les différentes populations de patients et les différentes organisations de soins).

Consortium

Un consortium de 5 participants gère ce projet : des représentants de 3 universités flamandes (Vrije Universiteit Brussel, Universiteit Gent et Universiteit Antwerpen), de l'ISP et d'une université aux Pays-Bas (Vrije Universiteit medisch centrum Amsterdam). Etant donné le thème de ce projet, une composition pluraliste de l'équipe de recherche est importante. Ce pluralisme est garanti par l'éventail des universités impliquées. La coordination est assurée par la VUB.

Pour plus d'information sur cette étude, consultez le site www.endoflifecare.be

En collaboration avec le centre de coordination du consortium de MELC : Luc Deliens, Johan Bilsen et Joachim Cohen.

Nathalie Bossuyt

DÉVELOPPEMENT DE TROIS MODULES POUR L'ENQUÊTE DE SANTÉ EUROPÉENNE

Introduction

Les comparaisons internationales de la santé au niveau des populations nationales ainsi que les études des déterminants de la santé et leurs conséquences sont entravées par les différences méthodologiques, notamment par l'utilisation de différents instruments. C'est dans ce contexte que s'inscrit le projet « Développement de 3 modules pour l'Enquête de Santé Européenne » financé par la Commission européenne (Eurostat). Le projet a débuté en décembre 2004 et s'est terminé en juin 2006. La Section Epidémiologie de l'ISP a coordonné cette étude multinationale.

Objectifs

Le projet visait à créer une liste d'instruments recommandés et validés qui permettraient de produire des résultats comparables au niveau européen dans le cadre de l'Enquête de Santé Européenne (EHIS). Au cours du projet, le but initial a évolué vers le développement d'un questionnaire tout-à-fait fonctionnel et d'un manuel pour les enquêteurs.

Méthodes

Cette étude s'est principalement concentrée sur les modules concernant les déterminants de la santé, l'utilisation des soins de santé et les variables socio-démographiques. Les domaines suivants ont été inclus dans le module sur les déterminants de la santé : l'indice de masse corporelle, le tabagisme actuel et dans le passé, la consommation d'alcool, l'activité physique et l'utilisation de drogues illicites. Les domaines inclus dans le module des soins de santé sont l'hospitalisation, la consultation de médecins/dentistes, l'utilisation de médicaments et les actions préventives. Les domaines dans le module sur les variables socio-démographiques sont l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et le statut socio-économique (niveau d'activité, métier, revenus). Le module sur l'état de santé européen (EHSM) a également été étudié. Il a été inclus dans tous les tests et soumis à l'avis d'experts. Sept pays européens ont été directement impliqués dans la partie empirique du projet : la Belgique, le Danemark, la France, l'Allemagne, la Hongrie, l'Italie et le Royaume-Uni. Des experts de nombreux autres pays européens - entre autres, ceux du « Core groupe » de l'Enquête de Santé d'Eurostat et ceux du « Groupe technique » de l'Enquête de Santé - ont été impliqués

dans les décisions finales.

Le développement du questionnaire a été basé d'une part sur des données empiriques rassemblées pendant le prétest et le test sur le terrain, et d'autre part sur l'avis des experts. Quatre étapes principales peuvent être distinguées : une revue des instruments existants, un prétest, une traduction du questionnaire en 5 langues et un test sur le terrain.

Ainsi, dans une première étape, une revue de littérature a été réalisée pour faire un inventaire et évaluer les instruments recommandés pour mesurer les déterminants de la santé, l'utilisation des soins de santé et les variables socio-démographiques dans une enquête de santé en Europe. Les questions ont été choisies sur base de cette revue. Ensuite, l'information sur les questions choisies a été plus amplement documentée : par exemple les variables ont été présentées et le calcul des indicateurs a été décrit. Une deuxième étape consistait à soumettre toutes les questions des 3 modules ainsi que l'EHSM aux experts de l'Office for National Statistics, Royaume-Uni. Une partie du questionnaire a été examinée sur le plan cognitif : l'EHSM ainsi que les questions sur la consommation d'alcool et les activités physiques.

Dans une troisième étape, 5 équipes de recherche ont traduit le questionnaire comprenant ces 3 modules dans leur langue nationale (danois, français, allemand, hongrois et italien). Une traduction réalisée par des experts en santé publique, utilisant des descriptions de concepts, a été préférée à la méthode de traduction en sens inverse faite par des traducteurs.

Dans une quatrième étape, les 3 modules ont été testés sur le terrain au Danemark, en France, en Allemagne, en Hongrie et en Italie. L'EHSM qui était déjà disponible en France, en Allemagne et en Hongrie (version originale de janvier 2005), a également été examiné dans ces pays. L'échantillon comptait 200 personnes.

Finalement, le « Core groupe » de l'Enquête de Santé a présenté ses commentaires sur les changements suggérés.

Conclusions

Trois modules ont été développés par l'ISP : les modules sur les déterminants de la santé, sur l'utilisation des soins de santé et sur les variables socio-démographiques. Ces 3 modules seront à l'avenir inclus dans l'Enquête de Santé Européenne après accord définitif par Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>).

Marc Roelands

COMPARAISON DE LA PRÉVALENCE DU TABAGISME DANS SIX PAYS EUROPÉENS

Introduction

Les Enquêtes de Santé par interview sont une source d'informations importante sur l'état de santé d'une population. En Europe, des enquêtes de santé (ES) sont organisées de façon régulière. Les résultats des ES concernant la prévalence du tabagisme au niveau national sont souvent présentés dans des publications. La comparaison des résultats provenant de plusieurs pays européens est intéressante et pourtant peu d'études ont été menées dans ce domaine. Un défi majeur consiste à réaliser des comparaisons internationales valides, c'est-à-dire à gérer la comparabilité des indicateurs de santé et des méthodologies de recherche. La Section Epidémiologie de l'ISP a entrepris ce travail sur les données relatives au tabagisme provenant des ES de plusieurs pays européens.

Objectifs

Comparer la prévalence du tabagisme actuel de six pays européens dans la population âgée de 16 ans et plus, en tenant compte de la distribution de la population par âge, sexe et niveau d'éducation.

Méthodes

La base de données des ES de l'Union Européenne (www.iph.fgov.be/hishes/) de juin 2005 a été utilisée pour identifier les enquêtes qui pourraient être incluses dans l'étude comparative. Sur base de plusieurs critères méthodologiques, nous avons

sélectionné des ES menées dans onze pays européens entre 2000 et 2002. Six de ces pays nous ont envoyé leurs données ainsi qu'un facteur de pondération applicable au niveau individuel : le Danemark, l'Angleterre, la Norvège, l'Espagne, la Suisse et la Belgique. La question de référence pour l'indicateur du tabagisme était "Fumez-vous? Oui, tous les jours / Oui, occasionnellement / Non". La formulation de la question était similaire d'une enquête à l'autre, mais les catégories de réponse différaient légèrement. De ce fait, l'indicateur du tabagisme a été dichotomisé pour représenter les non-fumeurs versus les fumeurs actuels (fumeurs quotidiens et fumeurs occasionnels ensemble).

Le niveau d'éducation le plus élevé atteint par l'individu a été choisi pour représenter son statut socio-économique. Comme des variations importantes existent entre les systèmes d'éducation des pays concernés, nous avons harmonisé la variable "niveau d'éducation" en appliquant la Classification Internationale Type d'Education (CITE 1997).

Les analyses ont été effectuées sur des données pondérées au niveau individuel. Pour le calcul de la prévalence du tabagisme, les différences observées entre les pays dans la distribution par âge et par sexe ont été ajustées par la méthode de standardisation directe, utilisant la population européenne au 1 janvier 2002 comme population de référence. Les résultats ont été stratifiés par sexe. Le seuil de signification statistique appliqué était de $p < 0,001$. Toutes les analyses ont été effectuées en utilisant SPSS 14.0.



Résultats

La taille de l'échantillon des six pays est de 86.941 personnes. La distribution par sexe et par âge est semblable dans les pays comparés. Cependant, pour ce qui concerne le niveau d'éducation, la distribution varie fortement.

Pour l'ensemble des pays étudiés, la prévalence du tabagisme actuel est significativement plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes chez les participants de 25 ans et plus ($p < 0,001$). Nous n'avons pas trouvé de différence significative dans l'usage du tabac entre les hommes et les femmes dans la tranche d'âge des 16 à 24 ans ($p = 0,039$).

L'analyse par pays montre les mêmes résultats, sauf pour la Norvège où la différence de prévalence du tabagisme entre les hommes et les femmes n'atteint pas le niveau de signification statistique choisi ($p=0,003$). La plus grande différence hommes-femmes relative à la prévalence du tabagisme est observée en Espagne.

Chez les hommes, la prévalence de l'usage du tabac est la plus élevée en Espagne, tandis que chez les femmes, elle est la plus élevée en Norvège. La prévalence du tabagisme actuel parmi les hommes varie de 31,4% en Angleterre à 42,2% en Espagne, et parmi les femmes, de 23,5% en Belgique à 36,6% en Norvège (Figure 1).

Après ajustement pour l'âge, la prévalence du tabagisme chez les hommes est significativement inférieure en Angleterre, en Belgique et en Suisse par rapport à celle observée dans les autres pays. Chez les femmes, deux groupes de pays se distinguent : d'une part, les pays scandinaves où la prévalence du tabagisme actuel atteint 35,0 à 37,5%

et d'autre part, les autres pays pour lesquels la prévalence est inférieure, et varie de 24,0% en Belgique à 27,7% en Espagne.

Après ajustement pour l'âge et le sexe, la prévalence du tabagisme actuel apparaît comme étant la plus basse en Belgique par rapport aux autres pays. Viennent ensuite l'Angleterre, la Suisse et

l'Espagne. La prévalence la plus élevée est à nouveau observée au Danemark et en Norvège.

La distribution par âge de la prévalence du tabagisme actuel est analogue dans les pays comparés. Le tabagisme actuel est le plus répandu parmi les adultes de 25 à 54 ans (Tableau 1). Toutefois,

les prévalences liées à l'âge en fonction du sexe varient d'un pays à l'autre : en Espagne, la catégorie d'âge des 25-34 ans représente la population ayant la prévalence du tabagisme la plus élevée avec 30,8% chez les femmes et 24,7% chez les hommes. La prévalence du tabagisme est plus élevée chez les femmes que chez les hommes jusqu'à l'âge de 44 ans; au-delà de cet âge, les fumeurs sont plus nombreux parmi les hommes. Cette distribution selon l'âge observée chez les femmes espagnoles, et dans une moindre mesure chez les femmes belges,

n'apparaît pas dans les autres pays.

Les analyses exécutées par pays en ajustant pour l'âge et le sexe montrent un lien entre la probabilité de fumer et le niveau d'éducation : les chances d'être fumeur augmentent à mesure que le niveau d'éducation diminue. Cependant, les résultats stratifiés par sexe

indiquent que ce gradient éducatif n'est pas observé parmi les femmes espagnoles.

Conclusions

Cette étude indique que dans les pays comparés, environ un tiers de la population âgée de 16 ans et plus fumait au moment de l'enquête (2000-2002). La prévalence du tabagisme actuel est plus élevée dans les pays scandinaves. Elle est située à un niveau intermédiaire en Suisse et en Espagne. Enfin, la prévalence du tabagisme est moins élevée en Belgique et en Angleterre. De manière générale, les hommes

sont plus nombreux à fumer que les femmes. Cette distribution varie en fonction de l'âge. Nous avons trouvé une association négative entre le degré d'éducation et le tabagisme actuel dans les pays comparés, mais elle est toutefois moins évidente chez les femmes en Espagne.

Kristina Bayingana

Figure 1 : Prévalence du tabagisme actuel (%) par sexe et par pays

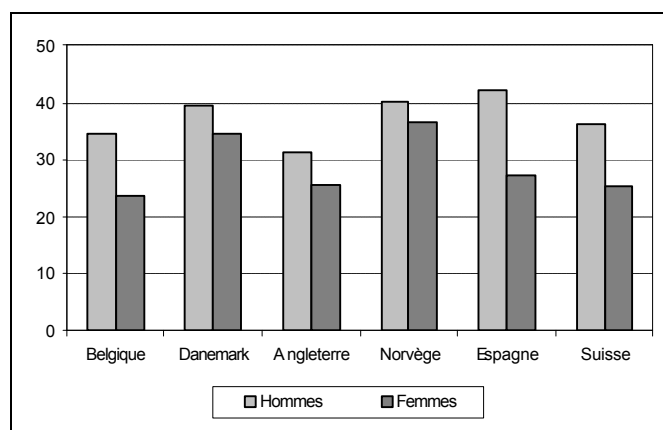


Tableau 1 : Prévalence du tabagisme actuel par classe d'âge, sexe et pays

	Belgique	Danemark	Angleterre	Norvège	Espagne	Suisse
Taille échantillon (N)	8.975	16.297	14.701	6.608	20.928	19.432
Groupes d'âge (%)						
Hommes						
16-24	14,0	11,8	12,8	12,5	16,3	15,6
25-34	20,2	17,3	22,0	20,2	24,7	20,7
35-44	25,6	18,0	21,6	22,2	23,7	23,4
45-54	20,1	21,5	18,0	21,3	16,4	19,2
55-64	10,2	16,4	13,6	14,8	10,7	12,0
65-74	6,9	9,5	8,3	6,1	5,6	6,5
75-84	2,8	4,7	3,2	2,4	2,2	2,2
85+	0,3	0,8	0,5	0,5	0,3	0,4
Femmes						
16-24	16,0	11,0	15,5	13,8	23,4	17,2
25-34	21,7	18,2	21,9	18,5	30,8	19,7
35-44	26,5	20,5	22,9	20,3	27,1	25,5
45-54	20,9	21,1	17,6	22,2	13,0	18,0
55-64	9,3	14,3	10,3	13,6	3,9	11,1
65-74	3,8	8,9	8,5	7,4	1,5	6,1
75-84	1,3	5,2	2,8	3,6	0,2	2,1
85+	0,4	0,8	0,5	0,6	0,1	0,2

TENDANCES DE LA SANTÉ FONCTIONNELLE À UN AGE AVANCÉ EN BELGIQUE ENTRE 1997 ET 2004

Introduction

La discussion au sujet des conséquences pour la société de l'augmentation de l'espérance de vie ainsi que de la diminution de la mortalité au sein de la population âgée est dominée par la question du poids de la morbidité et par celle de la nécessité de soins. Si la survenue des problèmes de santé, de la morbidité ou des limitations est reculée et que ce recul est plus important que l'augmentation de l'espérance de vie, la morbidité cumulée sur la vie est moins élevée, comme le suggère le modèle de la « compression de la morbidité ». « L'expansion de la morbidité » est le modèle pessimiste opposé qui suppose que l'augmentation de l'espérance de vie est le résultat d'une plus grande survie des malades plutôt que d'une diminution de l'incidence de la

morbidité, ce qui induit une augmentation des années de vie en mauvaise santé. Dans un troisième scénario, celui de « l'équilibre dynamique », l'augmentation de la morbidité est compensée par une diminution de sa sévérité. Pour évaluer ces modèles, il faut utiliser des indicateurs composés comme ceux de l'espérance de vie en bonne santé. La Section Epidémiologie de l'ISP a déjà estimé ces indicateurs de manière ponctuelle (Epi-scoop 2006, n° 1), mais pas encore dans une perspective longitudinale.

Objectifs

Évaluer les 3 scénarios susmentionnés en Belgique, utilisant comme instrument de mesure de l'état de santé un indicateur de limitation fonctionnelle par degré de sévérité.



Méthodes

Les données de mortalité (provenant de la Direction Générale des Statistiques) et les données des enquêtes de santé par interview en Belgique (ISP 1997, 2004) ont été utilisées pour estimer l'espérance de vie (EV), l'espérance de vie sans limitation fonctionnelle (EVSLF), l'espérance de vie avec limitation fonctionnelle modérée (EVLFM) et l'espérance de vie avec limitation fonctionnelle sévère (EVLFS) en 1997 et en 2004. Parmi les fonctions étudiées, il y a la mobilité, 2 fonctions sensorielles (la vue et l'ouïe) et 7 fonctions qui concernent des activités de la vie quotidienne (se coucher et se lever, s'asseoir et se lever, s'habiller, se laver les mains et le visage, manger, aller aux toilettes et l'incontinence). Les limitations fonctionnelles sont définies comme modérées ou sévères selon le degré de difficulté qu'éprouve un répondant pour faire au moins une des activités précitées ou selon le degré d'aide dont il a besoin pour les accomplir. Une limitation de la mobilité est considérée comme modérée si le répondant peut marcher maximum 200 mètres et elle est considérée comme sévère s'il arrive à faire seulement quelques pas. La limitation de la vue est modérée si l'individu ne reconnaît pas une personne à une distance de moins de 4 mètres et elle est sévère si l'individu ne reconnaît une personne qu'à une distance de 1 mètre. La limitation fonctionnelle auditive est considérée comme modérée si le répondant peut suivre une émission télévisée uniquement avec un volume plus élevé que ce qui est acceptable pour les autres; s'il n'entend pas du tout, la limitation fonctionnelle est considérée comme sévère.

Résultats

Entre 1997 et 2004, l'espérance de vie totale des **hommes** à 65 ans a augmenté de 1,26 an passant de 15,53 à 16,79 ans (Tableau 1). L'EVSLF a augmenté de 1,37 an (de 7,24 à 8,61 ans). L'EVLFM a diminué de 0,94 an (de 5,71 à 4,77 ans) tandis que l'EVLFS a augmenté de 0,83 an (de 2,58 à 3,41 ans). En

2004, un homme pouvait espérer vivre 51,3% du restant de sa vie sans limitation fonctionnelle, soit une progression de presque 5% par rapport à 1997. Dans les années de vie à vivre avec limitation fonctionnelle, il y a toutefois une nette progression vers des limitations fonctionnelles plus importantes : la part de la vie restante avec des limitations fonctionnelles modérées diminue et celle avec des limitations fonctionnelles sévères augmente.

Au cours de la période d'observation, l'EV des **femmes** à 65 ans a augmenté de 0,86 an (de 19,80 à 20,66 ans). L'EVSLF a augmenté de seulement 0,36 an et est passée de 7,78 à 8,14 ans. L'espérance de vie avec des limitations fonctionnelles a augmenté de presque une demi-année. Cependant, si l'on compare cette évolution à celle des hommes, la progression vers des années de vie avec limitation fonctionnelle sévère est encore plus nette : l'EVLFS a augmenté de 1,46 an (de

4,93 à 6,39 ans) tandis que l'EVLFM a diminué de 0,97 an (de 7,10 à 6,13 ans). La proportion des années de vie sans limitation fonctionnelle est restée à presque 40% des années restant à vivre et ce au cours des 7 années d'observation; par contre la proportion des années de vie avec limitation fonctionnelle modérée a diminué et la proportion des années de vie avec limitation fonctionnelle sévère a augmenté.

Tableau 1 : Espérance de vie totale (EV), espérance de vie sans limitation fonctionnelle (EVSLF), espérance de vie avec limitation fonctionnelle modérée (EVLFM) et espérance de vie avec limitation fonctionnelle sévère (EVLFS) pour les activités de la vie quotidienne chez les hommes et les femmes à 65 ans, Belgique, 1997-2004

	1997			2004		
	Ans	95% IC*	% EV	Ans	95% IC*	% EV
Hommes EV	15,53	(15,51-15,55)		16,79	(16,77-16,81)	
EVSLF	7,24	(6,67-7,80)	46,61	8,61	(8,17-9,06)	51,30
EVLFM	5,71	(5,13-6,28)	36,76	4,77	(4,36-5,19)	28,42
EVLFS	2,58	(2,13-3,03)	16,62	3,41	(3,05-3,76)	20,28
Femmes EV	19,80	(19,78-19,82)			(20,64-20,68)	20,66
EVSLF	7,78	(7,19-8,37)	39,28	8,14	(7,69-8,59)	39,39
EVLFM	7,10	(6,48-7,72)	35,84	6,13	(5,69-6,57)	29,67
EVLFS	4,93	(4,37-5,48)	24,88	6,39	(5,99-6,79)	30,94

*: 95% intervalle de confiance

Conclusions

L'augmentation de l'EV a un impact sur la société. Dans les discussions à ce sujet, la question du poids de la morbidité a une place importante. Cette étude a évalué 3 modèles possibles définissant la relation entre la morbidité et l'espérance de vie. Les résultats ont été présentés par sexe. Chez les hommes, les résultats suggèrent une compression de la morbidité, avec toutefois une progression vers des limitations fonctionnelles plus sévères. Chez les femmes, notre étude montre une expansion de la morbidité.

Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter l'auteur : herman.vanoyen@iph.fgov.be.

Herman Van Oyen

SÉMINAIRE : DIAGNOSTIC ET SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES

Le **22^{ème} séminaire** « Diagnostic et surveillance des maladies infectieuses » organisé par la Section Epidémiologie de l'ISP a eu lieu le 23 novembre 2006 au Centre Culturel et de Congrès de Woluwé-St-Pierre. Ce séminaire fut un succès, nous tenons à remercier les orateurs de haut niveau ainsi que les nombreux participants.

Pour ceux qui n'ont pu y participer, vous trouverez ci-dessous la liste des thèmes qui ont été présentés et le lien vers la brochure de ce séminaire. Liste des thèmes présentés :

- Rotavirus: epidemiology and new vaccines
Dr J. LEVY (Hôp. St-Pierre)
- Enterohémorragic E. coli O157 and other serotypes: occurrence in Belgium in humans, animals and food
Dr D. PIERARD (AZ-VUB)
- Two outbreaks of shigatoxin producing E. coli in France
Dr H. DE VALK (InVS, Paris)
- New epidemic clones of Clostridium difficile: situation in Belgium
Dr M. DELMEE (UCL)
- Rapidly spreading of Clostridium difficile PCR Ribotype O27, Toxinotype III in the Netherlands and Europe
Dr E. KUIJPER (Univ. Med. Centrum, Leiden)
- Influenza pandemic: is Belgium ready?
Dr Y. VAN LAETHEM (Hôp. St-Pierre)
- Surveillance of H5N1 in birds
Dr T. VAN DEN BERG (CERVA)

- Rapid antigen detection: bacteriological aspects
Dr H. RODRIGUEZ – VILLALOBOS (Hôp. Erasme)
- Rapid antigen detection: virological aspects
Dr P. GOUBAU (UCL)
- Prevention and control of infections in nursing homes
Mme B. JANS (WIV).

La brochure de ce séminaire est disponible à l'adresse suivante : <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifir/plabfr/semfr/sem22.pdf>

Le **23^{ème} séminaire** aura lieu le **22 novembre 2007** au Centre Culturel et de Congrès de Woluwé-St-Pierre.

Nous vous proposons de noter dès à présent cette date dans votre agenda. Le programme sera disponible sur notre site au mois de juin 2007 à l'adresse suivante : <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifir/agenda.htm>

Pour plus d'informations : Geneviève Ducoffre

Tél. : 02/642.57.77; e-mail : genevieve.ducoffre@iph.fgov.be