

Tableau Liste des écarts aux bonnes pratiques observés au sein du bloc opératoire / Table List of good practice deviations observed in the operating theater

Précautions	Écarts observés
Tenue de bloc	- Port de bijoux (bagues, bracelet, montre) par certains professionnels
Hygiène des mains	- Durée du lavage chirurgical requise pour le savon antiseptique utilisé non systématiquement respectée - Mise à disposition des produits hydro-alcooliques uniquement sur le chariot d'anesthésie - Hygiène des mains non systématique entre deux patients - Utilisation non systématique des solutions hydro-alcooliques
Port de gants	- Intubation et manipulation de la lame de laryngoscope souillée sans gants par certains professionnels - Port de gants continu sans changement systématique entre deux actes et/ou entre deux patients
Pratiques d'anesthésie	- Plateaux non systématiquement utilisés (un plateau pour plusieurs patients ou pas de plateau du tout) - Absence de désinfection des bouchons de flacon et de désinfection des cols d'ampoule avant utilisation (ou très rarement) - Protection non systématique des seringues d'anesthésie et aiguilles-trocards sur le plateau ou à même la table d'anesthésie - Seringues préparées à l'avance pour les patients suivants
Traitement des dispositifs médicaux	- Désinfection du masque facial d'anesthésie souple non systématique entre deux patients - Procédures de décontamination et désinfection des lames de laryngoscope non suivies : lames de laryngoscope à lumière conventionnelle immergées dans un bain unique d'acide peracétique après chaque utilisation. Puis elles sont soit récupérées (après 1/4 h d'immersion dans le bain) par l'anesthésiste pendant le programme pour être réutilisées, soit récupérées en fin de programme opératoire par l'aide-soignante de la salle de réveil qui les nettoie et les remet en service. Le bain d'acide peracétique est changé tous les 7 jours. La bandelette de contrôle n'est pas réalisée. - Pince de Magill subit le même procédé de désinfection que les lames de laryngoscopes, alors qu'elles sont stérilisables
Entretien des surfaces	- Absence d'entretien des tables d'anesthésie et des dispositifs médicaux (écrans, respirateur...) entre chaque patient

(67 %) ont été dépistés. Trois d'entre eux (0,18 %) se sont avérés porteurs de l'AgHBs. L'analyse phylogénique a permis de montrer que les souches de deux patients étaient différentes de celle du soignant, l'analyse est en cours pour le troisième.

Des pratiques non conformes, une charge virale élevée et la réalisation de gestes invasifs sont autant de déterminants qui peuvent expliquer la contamination par le VHB décrite dans cet article. Ainsi, pour éviter ces situations graves, aux répercussions importantes tant sur le plan humain, économique que médiatique, l'ensemble des moyens et pratiques assurant un environnement de soins de qualité devrait être collégialement respecté. De plus, une attention particulière doit être portée sur le respect de l'obligation de vaccination contre le VHB et le suivi sérologique des professionnels de santé en médecine du travail [8,9]. Cet épisode permet de rappeler le rôle essentiel du médecin du travail en termes de suivi de l'ensemble des professionnels et, dans les établissements privés, l'obligation pour tout professionnel médical de s'assurer du suivi de ses employés.

La réflexion sur l'aptitude des professionnels effectuant des actes invasifs, alors qu'ils sont en phase de réplication virale, mérite par ailleurs d'être poursuivie [10]. Parallèlement, la politique des établissements en termes de prévention des AES et de leur surveillance devrait être renforcée, pour évaluer régulièrement les pratiques et

circonstances d'accidents et, *in fine*, les maîtriser. Enfin, des retours d'expériences telles que celle-ci participeraient probablement à la prise de conscience par les professionnels du risque d'AES inhérent à des gestes invasifs trop souvent banalisés.

Conclusion

Cette observation confirme la réalité du risque de transmission de soignant à patient par le VHB généré ou potentialisé par des pratiques d'hygiène perfectibles, y compris en zone de faible endémie. À l'issue de cette investigation, deux types de mesures prioritaires ont été prises sans délai : la mise en conformité de l'organisation des soins et des protocoles de prévention du risque infectieux, ainsi que le respect strict des bonnes pratiques de soins. L'information des patients exposés au soignant, avec proposition de dépistage, est en cours de finalisation.

Les efforts à consentir pour prévenir ce type d'évènement grave doivent s'intégrer dans une politique coordonnée et pluridisciplinaire de prévention des AES dans les établissements de santé. Ces efforts passent notamment par le respect des précautions standard et la promotion d'un haut niveau de protection des professionnels par la vaccination contre l'hépatite B.

Références

[1] Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/vhb_france_2004.pdf.

[2] Bouvet E. Transmission nosocomiale de l'hépatite B. *Médecine Maladies Infectieuses* 2003 ;33 (sup A):42-5.

[3] Perry JL, Pearson RD, Jagger J. Infected health care workers and patient safety : a double standard. *Am J Infect Control*. 2006 ;34:313-9.

[4] Lot F, Desenclos JC. Épidémiologie de la transmission soignant/soigné. Risque lié au VIH, VHC et VHB. *Hygiènes* 2003 ;11:96-100.

[5] Poujol I, Floret N, Servant-Delmas A, Marquant A, Laperche S, Antona D, Lot F, Coignard B. Hepatitis B virus transmission from a nurse to a patient, France, 2005. *Euro-surveillance* 2008 ;13:1-2.

[6] Garibaldi RA, Rasmussen CM, Holmes AW, Gregg MB. Hospital-acquired serum hepatitis. Report of an outbreak. *JAMA* 1972 ;219:1577-80.

[7] Information des patients exposés à un risque viral hémato-gène. *Hygiènes* 2006 ;14:16-21.

[8] Calendrier vaccinal 2008. Avis du haut conseil de la santé publique. *Bull Epidemiol Hebd*. 2008 ;16-17:131-7.

[9] Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé, pris en application de l'article L.3111-4 du Code de la santé publique, et arrêté du 6 mars 2007 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du Code de la santé publique, parus au JO n° 68 du 21 mars 2007.

[10] Avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France section maladies transmissibles relatif à la prévention de la transmission du virus de l'hépatite virale B (VHB) aux patients par les professionnels de santé (séances du 27 juin et du 7 novembre 2003). http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/cshp/ft_mt_270603_hepb.pdf.

Gestion d'une épidémie de coqueluche touchant des personnels de santé d'une maternité, France, 2006

Jacques Merrer (jmerrer@ch-versailles.fr)¹, Lionel Sctrick¹, Isabelle Bonmarin²

1/ Centre hospitalier de Poissy-Saint-Germain-en-Laye, France 2/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Introduction - Une épidémie de coqueluche en maternité fait craindre la contamination des nouveau-nés. La stratégie et les mesures prises pour l'éviter dans une maternité des Yvelines en juin 2006 sont rapportées.

Méthodes - Après la mise en place d'une cellule de crise en contact avec l'Institut de veille sanitaire, la stratégie adoptée a associé un dépistage de cas secondaires ; une identification des patients à risque ; une information

Management of a pertussis outbreak among health-care workers in a maternity ward, France, 2006

Background - A pertussis outbreak among healthcare workers in a maternity ward is hazardous for newborns. The outbreak management to avoid newborn contamination in a maternity ward in France (2006) is described.

et la mise en place d'une permanence pour les patientes exposées ; l'organisation de réunions d'information du personnel ; une prophylaxie au cas par cas des collègues de travail proches des cas avérés, et, surtout, la mise en place immédiate d'une vaccination pour les personnels des services de maternité et de néonatalogie.

Résultats - L'épidémie a duré trois mois, pendant lesquels 10 cas ont été répertoriés chez le personnel. Parmi les 664 patientes et 109 nouveau-nés exposés, 151 (96 nouveau-nés et 55 patientes) ont reçu un traitement prophylactique. Seule une patiente a développé une coqueluche, mais aucun nouveau-né. Le coût pour l'établissement est estimé à 50 000 €.

Conclusion - Lors d'une crise susceptible de déclencher des conséquences graves chez des nouveau-nés, la réactivité et la coordination des différents acteurs, la communication entre professionnels et l'information vis-à-vis des patients et du personnel sont indispensables.

Mots clés / Key words

Épidémie, coqueluche, gestion de crise, programme de vaccination, nouveau-né / Outbreak, pertussis, crisis management, vaccination strategies, neonate

Introduction

La coqueluche est une maladie bactérienne respiratoire contagieuse due essentiellement à *Bordetella pertussis*. La gravité de la maladie réside dans la contamination des nourrissons de moins de 6 mois, non ou insuffisamment vaccinés, chez lesquels elle peut être fatale. Elle représente ainsi la première cause de décès par infection bactérienne communautaire chez le nouveau-né entre 10 jours et 2 mois [1]. Entre 1996 et 2005, parmi les 1 688 cas de coqueluche répertoriés par le réseau Renacoq chez des nourrissons de moins de 6 mois, 17 % d'entre eux ont dû être hospitalisés en réanimation, et 1,9 % sont décédés (32 enfants) [2], soulignant l'importance des stratégies préventives et, tout particulièrement, la vaccination pour éviter la contamination des tout-petits [3].

La prévention de la transmission au nourrisson de moins de 6 mois repose essentiellement sur la vaccination de son entourage. Ceci justifie les politiques vaccinales successives : vaccination des adolescents entre 11 et 13 ans (1998), des adultes ayant un projet parental (2004), mais également la pratique d'un rattrapage chez l'adulte n'ayant pas reçu de vaccination anticoquelucheuse au cours des 10 dernières années (2008) [4].

En ce qui concerne les personnels de santé, les recommandations étaient jusqu'alors focalisées sur les professionnels travaillant dans les services à risque (maternité, néonatalogie), bien que les recommandations récentes du Haut conseil de la santé publique (HCSP) aillent dans le sens d'une vaccination plus étendue [4]. Toutefois, la littérature souligne que les recommandations de vaccination ciblées sur les soignants accueillant des nouveau-nés sont peu suivies [5] et, qu'à l'échelle de l'ensemble des personnels de santé d'un hôpital, seuls 13 % sont vaccinés [6].

Le présent article a pour but de décrire la stratégie adoptée et les mesures prises lors de la survenue d'une épidémie de coqueluche au sein du personnel d'une maternité.

Contexte

Le 1^{er} juin 2006, un cas de coqueluche avéré chez un médecin du service de gynécologie-obstétrique a été notifié à l'unité d'hygiène par l'intéressé lui-même. L'enquête épidémiologique

retrouvait rapidement 3 autres cas fortement suspects au sein du même service, déclenchant la mise en application des recommandations du Conseil supérieur d'hygiène publique de l'époque [7], pour tenter de prévenir l'extension de l'épidémie et la transmission à un ou plusieurs nouveau-nés.

Méthodologie

Les instances extérieures à l'établissement ont été informées : Centre de coordination et de lutte contre les infections nosocomiales (CClin Paris-Nord), Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) des Yvelines, et une cellule de crise s'est réunie le 2 juin au matin. Elle était constituée par le directeur de l'hôpital, le président du comité de lutte contre l'infection nosocomiale, le médecin du travail, le responsable de l'unité opérationnelle d'hygiène, les responsables médicaux et infirmiers des services de gynécologie-obstétrique, de réanimation néonatale et de pédiatrie, et, par téléphone, l'Unité des maladies à prévention vaccinale de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Un pharmacien et un microbiologiste ont rejoint ultérieurement cette cellule.

Les grands axes de la stratégie choisie ont été les suivants :

- dépistage de cas secondaires non encore répertoriés : information par voie d'affichage et par communiqué interne de la situation épidémique de l'établissement, demandant aux personnels ayant des symptômes respiratoires de porter en permanence un masque et de consulter rapidement le médecin du travail. Les personnels qui présentaient une suspicion de coqueluche (toux persistante de plus d'une semaine) ont été traités par azithromycine (500 mg le premier jour, puis 250 mg par jour pendant quatre jours), et une éviction de cinq jours était demandée, selon les recommandations de l'époque (NB : les recommandations actuelles sont de trois jours de traitement et d'éviction) ;
- identification des groupes de patients les plus à risque (notamment les nouveau-nés mis au monde par un des médecins infectés) : ils ont été contactés en priorité par téléphone pour l'instauration rapide d'un traitement antibiotique ;
- information des patientes exposées aux cas répertoriés : les patientes ont été contactées par

Methods - A crisis management cell was set up, supported by the French Institute for Public Health Surveillance. The adopted strategies associated: screening of cases among healthcare workers (HCW), determination of high-risk groups of patients, information office and hotline for the patients, information meetings for HCWs, selective antibiotic prophylaxis for HCWs in contact with a case, and, more importantly, an emergency vaccination campaign for HCWs of the maternity and neonatology wards.

Results - The outbreak lasted for three months. Among HCWs, 10 cases were identified. Among 664 female patients and 109 neonates, 151 (96 newborns and 55 women, respectively) received antibiotic prophylaxis. Only one pregnant patient presented with pertussis, no case was identified among neonates. The outbreak cost amounted to 50 000 € for the hospital.

Conclusion - In a potentially hazardous outbreak for the newborn, coordination and communication between professionals involved in the crisis management, and information to the patients and HCWs were the key factors to avoid contamination of a newborn.

une lettre d'information leur demandant de rappeler à un numéro de téléphone (voir encadré). La stratégie de prise en charge des patientes exposées était définie en fonction de la présence de symptômes, du terme de la grossesse et du délai par rapport à l'exposition :

- toute patiente symptomatique, ayant accouché ou non, était mise sous traitement par macrolide après prélèvements pour recherche d'une coqueluche par PCR si la toux avait débuté dans les deux semaines, et par sérologie si la toux datait de plus de deux semaines. Si elle avait accouché, le nouveau-né était traité (josamycine 125 mg, 1 dose-poids matin et soir pendant 10 jours), ainsi que les membres de la famille non à jour de leurs vaccinations ou dont le dernier rappel contre la coqueluche remontait à plus de cinq ans ;
 - la patiente avait accouché, la mère et l'enfant étaient asymptomatiques, mais le contage était inférieur à 21 jours : le nouveau-né était traité selon le protocole pédiatrique ;
 - la patiente avait accouché, la mère et l'enfant étaient asymptomatiques mais le contage remontait à plus de 21 jours : aucun traitement n'était donné ;
 - la patiente était à plus de 35 semaines de grossesse lors du contage mais n'avait pas accouché : un traitement de cinq jours par azithromycine était institué, qu'elle ait été symptomatique ou non ;
 - la patiente était à 35 semaines de grossesse ou moins lors du contage : une lettre d'information accompagnée d'une recommandation de consultation auprès de son médecin traitant lui était envoyée, afin qu'un traitement soit institué si elle était ou devenait symptomatique ;
 - dans tous les cas, l'intérêt de la vaccination anti-coqueluche de la femme après l'accouchement, du père et de la fratrie s'ils n'étaient pas à jour de leurs vaccinations, était rappelé.
- après des réunions d'information sur la maladie organisées par l'unité d'hygiène pour les personnels des services à risque, une permanence pour l'accueil des patientes ayant reçu une lettre d'information était mise en place. Cette permanence était assurée par une cadre sage-femme « trieuse » qui disposait de documents types permettant une analyse des appels en fonction

des critères décrits ci-dessus, et qui était chargée de rassurer et de diriger les patientes en fonction de leur situation (symptômes, terme, date de contag possible...), vers le médecin traitant ou les urgences adultes et/ou pédiatriques ;

- des stocks d'azithromycine et de josamycine nouveau-né étaient constitués ;

- aucune prophylaxie de masse du personnel n'était effectuée. Le médecin du travail décidait au cas par cas de la prophylaxie des collègues proches des cas avérés. Cette mesure était progressivement étendue aux collègues de travail se voyant fréquemment en privé. En effet, cette population jeune avait de fréquents contacts en dehors de l'hôpital, encore favorisés par le déroulement concomitant de la Coupe du monde de football ;

- le plus rapidement possible, une vaccination des personnels des services à risque était débutée (vaccin dTcaPolio Repevax(c)). Cette mesure était jugée essentielle pour enrayer l'épidémie à moyen terme. C'est donc celle sur laquelle les efforts les plus importants ont été mis en œuvre :

- des réunions d'explications ont été organisées, dans les trois services à risque sur la nécessité de se faire vacciner. Le directeur de l'établissement, le médecin hygiéniste et le médecin du travail y participaient systématiquement ;

- les personnels de ces services qui se présentaient à la médecine du travail pouvaient être vaccinés immédiatement ;

- devant la difficulté relatée par les personnels de ces services à activité intense de quitter leur lieu de travail (notamment la maternité), il a été décidé d'installer le médecin et l'infirmière de Santé au travail pendant trois jours ouvrables consécutifs au sein même de la maternité, dans un bureau dédié, avec les dossiers médicaux du personnel concerné et le matériel nécessaire à la vaccination ;

- au cours de l'évolution de l'épidémie, il a été décidé de remettre systématiquement aux accouchées une lettre d'information sur l'existence d'une épidémie de coqueluche dans le service de maternité, leur demandant de rappeler le service en cas d'apparition d'une toux, chez la mère ou l'enfant, dans les 21 jours suivant l'accouchement. Une consultation était alors organisée.

Résultats

Cette épidémie est survenue dans un service de gynécologie-obstétrique universitaire, avec une maternité de niveau III, effectuant 4 500 accouchements par an. Les personnels ayant travaillé à la maternité pendant la période épidémique représentaient au total 320 personnes (tableau). La période de contagiosité des personnels atteints s'est échelonnée du 6 mai au 2 août 2006. Au total, 10 cas ont été confirmés par le laboratoire (PCR ou sérologie positive) chez le personnel de maternité (2 internes, 4 sages-femmes, 2 aides-soignantes, 1 agent de services hospitaliers et 1 secrétaire), et 1 cas chez une patiente. Aucun nouveau-né n'a présenté de coqueluche liée à l'épidémie de l'établissement. Il faut également noter que 16 autres cas de coqueluche (dont 1 patient) ont été diagnostiqués en dehors des services à risque entre le 1^{er} Juin et le 31 octobre 2006, sans que l'on puisse trouver de lien évident avec les cas survenus chez les personnels de maternité, sauf pour un anesthésiste ayant effectué plusieurs prestations dans ce service.

Tableau Personnels ayant travaillé en maternité pendant la période de l'épidémie de coqueluche / Table Staff of the maternity ward who worked during the pertussis outbreak

Type	Effectif
Praticiens	17
Internes	12
Étudiants hospitaliers	8
Sages-femmes (y compris cadres)	93
Infirmières (bloc, puéricultrices...)	22
Aides-puéricultrices	28
Aides-soignantes	58
Agents des services hospitaliers	19
Secrétaires	4
Élèves sages-femmes	51
Élèves infirmières et aides soignantes	8
Total	320

Sur les 664 patientes exposées lors de l'épidémie (contactées par téléphone ou par lettre), certaines ont fait l'objet d'un traitement prophylactique délivré à la maternité (27 patientes), d'autres ont été vues et traitées aux urgences adulte (28 patientes).

Par ailleurs, parmi les 109 nouveau-nés exposés revus par les pédiatres, 63 ont été vus en consultation externe (31 aux urgences pédiatriques et

32 sur des plages de consultations supplémentaires), les 46 autres ont été vus en maternité après l'accouchement, ou en néonatalogie où ils étaient hospitalisés pour des pathologies sans rapport avec la coqueluche. Sur ces 109 nouveau-nés, 96 (88 %) ont été traités préventivement. Nous ignorons le nombre de nouveau-nés revus en consultation en ville. La médecine du travail a assuré, entre le 2 juin et le 2 août 2006, 293 consultations concernant cette épidémie, dont 208 ont donné lieu à une vaccination. Plus de la moitié de ces vaccinations ont concerné le personnel de maternité, soit 120 personnes (38 %). À noter tout particulièrement que 175 des 293 consultations (60 %) ont été faites lors des trois jours de délocalisation du service de Santé au travail dans les locaux de la maternité, et que 55 personnes (17 %) n'ont put être vaccinées en raison d'un rappel de dTPolio datant de moins de deux ans (recommandations de l'époque). De plus, 76 traitements prophylactiques ou curatifs ont été prescrits au personnel. Au cours de l'épisode épidémique, 85 recherches d'ADN de *B. pertussis* par PCR et 138 sérologies de coqueluche ont été réalisées. Cinq cents comprimés d'azithromycine et 108 flacons de josamycine pédiatrique ont été délivrés.

Discussion

D'après les données de l'InVS, 31 foyers nosocomiaux de coqueluche ont été signalés entre 2000 et 2005, concernant le personnel dans 87 % des cas. Lorsqu'une épidémie de ce type survient dans une maternité ayant une importante activité, l'implication de l'ensemble des acteurs est essentielle pour la circonscrire rapidement et mettre en œuvre les mesures de protections des enfants.

La nécessité d'une implication forte de la direction du centre hospitalier est indispensable, afin d'assurer un temps suffisant aux réunions, la transparence permanente vis-à-vis des patientes, la mise à disposition de secrétaires pour les courriers et les surcoûts induits. Ces derniers sont représentés par l'ensemble des consultations, examens et traitements qui ont été gratuits pour les personnels, les patientes et les nouveau-nés pris en charge. Le coût de l'épidémie pour l'établissement a été estimé à 50 000 €, proche des estimations existantes dans ce domaine [8, 9].

Encadré : Modèle de lettre adressée aux patientes exposées à un risque de coqueluche / Box : Template letter sent to patients at risk of contracting pertussis

Madame, Monsieur,
Nous avons été informés d'un cas de coqueluche dans notre établissement.

La coqueluche est une infection des voies respiratoires. C'est une maladie très contagieuse, mais qui évolue favorablement le plus souvent. Cependant, cette maladie peut être grave chez certaines personnes à risque (femmes enceintes, nourrissons et personnes atteintes de maladies respiratoires chroniques).

Il est donc recommandé de prendre certaines précautions pour les personnes ayant été en contact proche avec le malade, ce qui est peut-être votre cas, car vous avez consulté en obstétrique entre le X et le XX mai 2006.

Si vous avez présenté, ou présentez une toux persistante dans les 21 jours suivant la date de votre consultation au centre hospitalier, il convient de consulter votre médecin traitant afin de vérifier votre statut vaccinal et de mettre en place un éventuel traitement antibiotique.

Cependant, si vous avez accouché prématurément, afin d'organiser l'examen médical de votre enfant, contactez-nous au :

01 39 XX XX XX

Par ailleurs, pour tout renseignement complémentaire, votre médecin traitant peut nous joindre au numéro suivant :

01 39 XX XX XX

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Signé : Directeur, chefs des services de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie, médecin hygiéniste.

Un autre élément important est le fonctionnement du tandem médecine du travail - unité d'hygiène qui doivent s'informer mutuellement de leur progression, échanger en permanence leurs informations et coordonner les messages de prévention. Particulièrement, la décision d'ouvrir pendant trois jours une consultation de vaccination au sein même de la maternité a beaucoup contribué au succès de celle-ci. Cette dynamique s'est d'ailleurs poursuivie bien au-delà de la période épidémique, puisqu'au 31 mai 2008, ce sont 84 % des sages-femmes et 80 % du personnel soignant de néonatalogie qui ont été vaccinés. En revanche, les élèves sages-femmes et les médecins obstétriciens et pédiatres ne le sont que dans respectivement 43 % et 38 % des cas. Nous n'avons pas d'explication à ce relatif échec de vaccination dans ces deux catégories professionnelles, mais il faut noter que dans un article récent évaluant les connaissances et les attitudes des soignants vis-à-vis de la coqueluche et de sa vaccination, les déterminants les plus importants étaient : une recommandation de vaccination par un médecin (Odds ratio [OR] : 9,01), la connaissance des recommandations nationales (OR : 6,89), et l'encouragement à se faire vacciner par un collègue de travail (OR : 4,72) [6].

La stratégie choisie (privilégier la vaccination et antibioprophyxie ciblée), en accord avec l'InVS, permet de limiter la mauvaise compliance associée aux effets secondaires de l'antibioprophyxie décrits dans 30 à 40 % des cas [10, 11], et de diminuer à plus long terme le risque de récurrence de la maladie. Avant l'épidémie, la couverture vaccinale pour la coqueluche était de moins de 5 % des personnels des services à risque. Même si moins de 40 % du personnel a été vacciné lors de l'épisode aigu, cette couverture a

probablement suffi à limiter la circulation de la bactérie au sein de l'unité et contribué, avec les antibioprophyxies ciblées et les antibiothérapies, à l'arrêt de l'épidémie. Il convient d'ailleurs de noter que 17 % n'ont pu être vaccinés en raison d'un rappel de DTPolio inférieur à deux ans. Dans le dernier avis du HCSP sur le sujet [12], cette disposition a été abaissée à un mois lors d'une épidémie en collectivité. Enfin, la pratique systématique d'une PCR coqueluche dans les cas douteux chez le personnel, en permettant un diagnostic rapide (diagnostic de référence au cours des trois premières semaines), a grandement contribué à la pratique de l'antibioprophyxie ciblée.

Enfin, la réactivité des équipes soignantes vis-à-vis de la coqueluche a également été améliorée par cet épisode, et persiste à ce jour. Lorsqu'une patiente se présente avec une symptomatologie évocatrice, elle est d'emblée placée en chambre seule, porte un masque lors de ses déplacements, et une PCR coqueluche est réalisée rapidement. Cette réactivité des équipes sera probablement très utile pour d'autres maladies infectieuses respiratoires épidémiques à venir.

Conclusion

Cette épidémie illustre bien les problèmes posés par la gestion d'une crise où des patients vulnérables peuvent être gravement menacés. Elle souligne tout particulièrement l'indispensable coordination des différents acteurs, l'importance de la communication et de la transparence vis-à-vis des patients et du personnel. Au-delà, elle rappelle la nécessité de la prévention de ce type d'épidémie par la vaccination des soignants, qui serait certainement facilitée par la mise à disposition d'un vaccin anti-coquelucheux acellulaire non associé.

Références

- [1] Floret D. Les décès par infection bactérienne communautaire. Enquête dans les services de réanimation pédiatrique français. Arch Pediatr. 2001; 8 Suppl 4:705s-11s.
- [2] Bonmarin I, Levy-Bruhl D, Baron S, Guiso N, Njamkepo E, Caro V. Pertussis surveillance in French hospitals : results from a 10 year period. Euro Surveill. 2007; 12.
- [3] Edwards KM, Talbot TR. The challenges of pertussis outbreaks in healthcare facilities : is there a light at the end of the tunnel ? Infect Control Hosp Epidemiol. 2006; 7:537-40.
- [4] Haut conseil de la santé publique. Calendrier des recommandations vaccinales 2008. Bull Epidemiol Hebd. 2008; 16-17:129-48.
- [5] Crowcroft NS, Pebody RG. Recent developments in pertussis. Lancet. 2006; 367:1926-36.
- [6] Goins WP, Schaffner W, Edwards KM, Talbot TR. Healthcare workers' knowledge and attitudes about pertussis and pertussis vaccination. Infect Control Hosp Epidemiol. 2007; 28:1284-9.
- [7] Conseil supérieur d'hygiène publique. Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche. Session du 1^{er} Février 2005.
- [8] Calugar A, Ortega-Sanchez IR, Tiwari T, Oakes L, Jahre JA, Murphy TV. Nosocomial pertussis : costs of an outbreak and benefits of vaccinating health care workers. Clin Infect Dis. 2006; 42:981-8.
- [9] Ward A, Caro J, Bassinet L, Housset B, O'Brien JA, Guiso N. Health and economic consequences of an outbreak of pertussis among healthcare workers in a hospital in France. Infect Control Hosp Epidemiol. 2005; 26:288-92.
- [10] Giugliani C, Vidal-Trean G, Traore S, Blanchard H, Spiridon G, Rollot F, et al. Feasibility of azithromycin prophylaxis during a pertussis outbreak among healthcare workers in a university hospital in Paris. Infect Control Hosp Epidemiol. 2006; 27:626-9.
- [11] Vanjak D, Delaporte MF, Bonmarin I, Levardon M, Fantin B. Cases of pertussis among healthcare workers in a maternity ward : management of a health alert. Med Mal Infect. 2006; 36:151-6.
- [12] Haut conseil de la santé publique. Rapport relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche. 5 septembre 2008.

Investigations autour d'un cas de tuberculose chez un professionnel en milieu de soin, France, 2004-2007

Delphine Noël, Delphine Antoine (d.antoine@invs.sante.fr), Jean-Michel Thiolet, Isabelle Pujol, Didier Che

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Introduction - Dans un contexte de faible incidence de la tuberculose en France, la lutte antituberculeuse doit notamment s'attacher à limiter la transmission nosocomiale de la maladie. Les établissements de santé concentrent des populations particulièrement fragilisées et, lorsqu'un soignant est atteint de tuberculose contagieuse, cela nécessite la mise en place d'investigations parfois lourdes pour identifier les sujets contact à dépister.

Méthode - Étude rétrospective descriptive à partir des fiches de signalement d'infection nosocomiale (SIN) impliquant un personnel d'établissement de santé et reçus à l'Institut de veille sanitaire (InVS) entre 2004 et 2007.

Résultats - Vingt-six SIN de tuberculose concernant un personnel travaillant en établissement de santé ont été reçues à l'InVS sur la période d'étude. Tous les SIN concernaient des soignants. Vingt-trois parmi les 26 étaient des cas de tuberculose potentiellement contagieuse. Aucun cas n'était porteur de souches résistantes. Les investigations conduites pour identifier des cas secondaires ont concerné 1 224 professionnels et 791 patients. Une seule tuberculose maladie a été identifiée.

Contact tracing for tuberculosis in healthcare settings, France, 2004-2007

Introduction - In low incidence countries, such as France, tuberculosis control should aim at limiting the nosocomial transmission of the disease, especially in healthcare settings where highly vulnerable populations are concentrated. Identification of tuberculosis case among healthcare workers requires an effective and prompt contact investigation in order to identify possible secondary cases.

Method - Retrospective descriptive study using mandatory reporting of nosocomial infection involving a healthcare worker in health care settings received at National Institute for Public Health Surveillance (InVS) between 2004 and 2007.

Results - Twenty-six reports of tuberculosis among health care workers were received to the InVS during the study period. Twenty-three of the 26 tuberculosis cases were potentially contagious. No resistant strain was isolated. Investigations performed to identify secondary cases included 1,224 staff members and 791 patients. One tuberculosis case was identified among contacts.