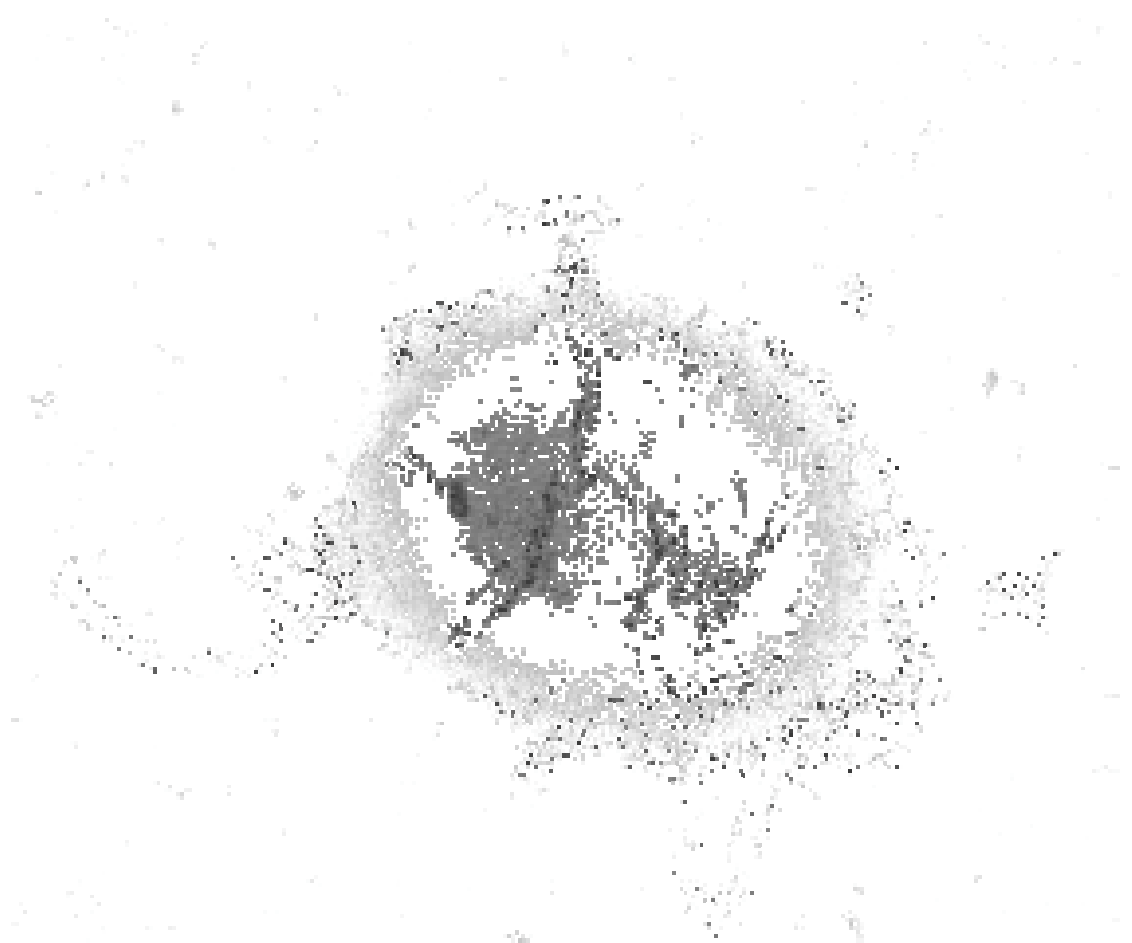


Investigation d'une recrudescence de cas de coqueluche dans les communes de Remire-Montjoly et Matoury, île de Cayenne, Guyane



Décembre 2005



Ministère de la Santé de la famille et
des personnes handicapées
Ministère des Affaires Etrangères



CONSEIL GENERAL
DE LA GUYANE



INSTITUT DE
VEILLE SANITAIRE

Institutions et personnes ayant participé à l'enquête et au suivi épidémiologique

Rapport rédigé par

Lionel PETIT
Pascal CHAUD
Thierry CARDOSO

Coordination scientifique

Institut de Veille Sanitaire
Isabelle BONMARIN

Cellule Inter-Régionale d'Epidémiologie Antilles-Guyane
Thierry CARDOSO
Pascal CHAUD
Lionel PETIT

Direction de la Santé et du Développement Social de Guyane
Françoise RAVACHOL

Conseil Général de Guyane – Service départemental de Protection maternelle et infantile
Ann LINSTRAND

Réalisation de l'enquête de terrain

Conseil Général de Guyane – Service départemental de Protection maternelle et infantile
Guy AUDINAY
Lise CARISTAN
Sylvain FIRMIN
Sylviane FRAUMAR
René HAN SZE CHUEN
Yvana QUEMENEUR

Recueil des données lors du suivi épidémiologique

Direction de la Santé et du Développement Social de Guyane
Evelyne DURQUETY

Cellule Inter-Régionale d'Epidémiologie Antilles-Guyane
Vanessa ARDILLON

Appui scientifique

Centre National de Référence de la coqueluche et autres Bordetelloses
Valérie CARO
Nicole GUIZO

Sanofi Pasteur
Michèle QUESTEL

Remerciements

Au service de Protection maternelle et infantile et à ses agents pour leur participation active et efficace à l'enquête de terrain ainsi qu'à l'organisation et à la réalisation des actions de prévention.

Au service de santé scolaire de l'Education Nationale pour sa collaboration à l'évaluation de la couverture vaccinale et à l'organisation des campagnes de vaccination.

Investigation d'une recrudescence de cas de coqueluche dans les communes de Remire-Montjoly et Matoury, île de Cayenne, Guyane, décembre 2005

<u>ALERTE</u>	3
<u>OBJECTIFS</u>	4
<u>MÉTHODE</u>	4
<u>TYPE D'ÉTUDE : ÉTUDE DESCRIPTIVE</u>	4
<u>POPULATION D'ÉTUDE POUR L'ENQUÊTE ET LE SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE</u>	4
<u>DÉFINITIONS DE CAS POUR L'ENQUÊTE ET LE SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE</u>	4
<u>ORGANISATION DU RECUEIL DES DONNÉES</u>	5
<u>EVALUATION DE LA COUVERTURE VACCINALE</u>	6
<u>RÉSULTATS</u>	6
<u>1-) ENQUÊTE DE TERRAIN</u>	6
<u>1.1-) Population enquêtée</u>	6
<u>1.2-) Description des cas suspects et confirmés</u>	7
<u>1.3-) Recensement des contacts et bilan des mesures prises</u>	9
<u>1.4-) Couverture vaccinale</u>	10
<u>2-) SUIVI ÉPIDÉMIOLOGIQUE</u>	11
<u>DESCRIPTION DES CAS</u>	11
<u>DISTRIBUTION TEMPORELLE DE PRESCRIPTION DE SÉROLOGIES POUR LES CAS CONFIRMÉS</u>	12
<u>DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DES CAS</u>	12
<u>DISCUSSION</u>	12
<u>CONCLUSION - RECOMMANDATIONS</u>	14
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	15
<u>ANNEXE 1 : LISTE DES CAS ET CRITÈRES DE CLASSEMENT</u>	16
<u>ANNEXE 2-A : DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DES CAS SUR LA COMMUNE DE REMIRE-MONTJOLY</u>	17
<u>ANNEXE 2-B : DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DES CAS SUR LA COMMUNE DE MATOURY</u>	18
<u>ANNEXE 3</u>	19
<u>ANNEXE 4</u>	24
<u>ANNEXE 5</u>	25

Contexte

Les 2 enquêtes de couverture vaccinale réalisées en Guyane en 1990 et en 2000 [1] ont montré des taux de couverture vaccinale contre la coqueluche insuffisants dans tout le département. Dans la zone littorale, la couverture vaccinale à 24 mois par 3 injections de vaccin anti-coquelucheux était estimée à 85%. La couverture par 4 doses de coqueluche était encore plus faible. Elle a été estimée à 43 % à 24 mois et à 77% à 6 ans. La couverture vaccinale à 12 ans reste faible dans les cohortes plus âgées ; 60% des adolescents seulement ont bénéficié de 4 doses de vaccin anti-coquelucheux.

Ces résultats ont été confirmés par une enquête de monitoring vaccinal réalisée en avril 2003 dans certains quartiers de Cayenne et de Rémire-Montjoly où la vaccination des enfants âgés de 6 mois à 6 ans contre la coqueluche a été retrouvée insuffisante dans la totalité des secteurs enquêtés [2].

La constitution de groupes importants de nourrissons et d'enfants insuffisamment vaccinés contre la coqueluche augmente la population des susceptibles à *Bordetella pertussis* composée des adolescents et adultes pour lesquels l'immunité naturelle ou vaccinale a disparu. Cette situation amplifie le risque de circulation du bacille dans la population et ainsi d'apparition de formes graves chez les nourrissons non immunisés.

A cela s'ajoute la survenue ponctuelle d'épidémies de coqueluche dans les zones frontalières des pays voisins (Brésil, Surinam). La dernière date d'octobre 2005 au Brésil. 313 cas de coqueluche ont été signalés aux alentours de Kumaruma, sur le fleuve Oyapock, parmi lesquels 38 ont été confirmés cliniquement. Un rattrapage vaccinal a été mis en œuvre en Guyane fin octobre 2005 pour les populations frontalières. Au total, 530 vaccins ont ainsi été administrés aux résidents du secteur de la commune de Saint-Georges.

Dans ce contexte, la survenue de foyers épidémiques de coqueluche doit être suivie avec le plus grand soin afin de mettre en œuvre rapidement les mesures de surveillance et de contrôle appropriées.

Alerte

Le 22 novembre 2005 et conformément à la recommandation émise par le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF) [3] quant à la conduite à tenir devant des cas groupés de coqueluche, un médecin libéral exerçant à Rémire-Montjoly (Guyane) signale 2 cas groupés de coqueluche à la Cellule de Veille Sanitaire (CVS) de la Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS) de Guyane.

Le 29 novembre, ce même médecin fait état de 4 nouveaux cas de coqueluche ainsi que de 6 suspicions. La Cellule Inter-Régionale d'Epidémiologie Antilles-Guyane (Cire A-G) est sollicitée pour apporter son concours à l'évaluation de la situation.

Le 1^{er} décembre, la Cire A-G et la DSDS de Guyane font parvenir ce signalement à la cellule de coordination des alertes de l'InVS et au département des situations d'urgences sanitaires de la DGS.

Une enquête de terrain est menée avec la collaboration du service départemental de Protection maternelle et infantile (PMI) de Guyane du 07 au 09 décembre sur les communes concernées afin de valider le signalement.

Un suivi épidémiologique des cas de coqueluche a ensuite été mis en place par la Cellule de veille sanitaire, auprès des laboratoires d'analyses de biologie médicale privés et hospitalier.

Objectifs

1. L'objectif général de l'enquête de terrain est de décrire le phénomène et d'évaluer son potentiel épidémique. En d'autres termes, il s'agit de répondre à la question : s'agit-il de foyers isolés circonscrits géographiquement autour de cas sporadiques ou existe-t-il un risque d'extension de cette pathologie ?

Les objectifs spécifiques de l'enquête sont donc les suivants :

- valider le signal ;
 - documenter et classer les cas ;
 - recenser les contacts des cas ;
 - rechercher d'éventuels nouveaux cas parmi ces contacts ;
 - rechercher d'éventuels nouveaux cas auprès des autres professionnels de santé de la zone (SAU, médecins de ville) ;
 - rechercher si l'origine de cette alerte peut être liée à l'importante épidémie de coqueluche survenue dans la région d'Oyapoque en octobre dernier ;
 - faire le bilan des mesures prophylactiques mises en œuvre dans l'entourage des cas ;
 - renseigner le statut vaccinal des cas et de leur entourage.
2. L'objectif du suivi épidémiologique des cas de coqueluche est de détecter une éventuelle persistance du bacille coquelucheux dans la population cible, voire de détecter la survenue d'un phénomène épidémique.

Méthode

TYPE D'ETUDE : ETUDE DESCRIPTIVE

Deux phases distinctes :

- Investigation de terrain du 07 au 09 décembre 2005 autour des cas signalés et de leurs contacts ;
- Suivi épidémiologique à partir du 12 décembre 2006.

POPULATION D'ETUDE POUR L'ENQUETE ET LE SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE

Est incluse dans l'étude toute personne résidant dans une commune de l'île de Cayenne depuis plus de 2 mois à la date de l'enquête (08 et 09 décembre 2005) et présentant ou ayant présenté une toux avec quintes évocatrices de coqueluche durant le mois précédant l'enquête. Les quintes évocatrices de coqueluche sont définies de la façon suivante :

Toux insomnante nocturne aboutissant à une reprise inspiratoire difficile

OU un chant du coq

OU des vomissements

OU un accès de cyanose voire une apnée

OU associée à une hyperlymphocytose

DEFINITIONS DE CAS POUR L'ENQUETE ET LE SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE

Cas suspect de coqueluche : toute personne présentant une toux d'au moins 8 jours avec quintes évocatrices de coqueluche en l'absence d'une autre étiologie

Cas confirmé clinique : toute personne présentant une toux d'au moins 14 jours avec quintes évocatrices de coqueluche en l'absence d'une autre étiologie

Cas confirmé au laboratoire : cas suspect de coqueluche et une preuve de l'infection :

- isolement de *Bordetella pertussis* sur l'aspiration nasopharyngée
- OU PCR positive
- OU sérologie positive - technique utilisée : Western Blot (semi-quantitative)
 - Séroconversion à 3 semaines d'intervalle
 - Présence d'anticorps anti-toxine pertussique (anti-PTX) en l'absence de vaccination récente (≤ 1 an)¹.

Cas confirmé épidémiologiquement : toute personne présentant une toux d'au moins 8 jours avec quintes évocatrices de coqueluche et contact avec un cas confirmé au laboratoire.

En l'absence d'éléments décrivant la teneur des signes cliniques observés (nature, durée) et la notion de contacts entre les personnes signalées, le suivi épidémiologique des cas se limite à une confirmation biologique des cas par l'analyse conjointe de leur(s) résultat(s) sérologique(s) et de leur statut vaccinal (présence d'anticorps anti-toxine pertussique (anti-PTX) en l'absence de vaccination récente (≤ 1 an)).

ORGANISATION DU RECUEIL DES DONNEES

1. Enquête de terrain

Elle est mise en œuvre par :

- un interrogatoire des professionnels de santé concernés pouvant être à l'origine du signalement de cas : médecins libéraux de la zone concernée (commune de Rémire-Montjoly), service d'urgence (SAU), laboratoires ;
- une enquête auprès de chaque cas recensé et de ses contacts ayant pour objectifs :
 - le recueil d'informations permettant de valider et de classer les cas ;
 - le renseignement du statut vaccinal ;
 - le recensement des contacts pré et post-déclaration de la maladie. La typologie des contacts reprend celle définie classiquement (proche, occasionnel, collectivité) à laquelle il convient d'ajouter l'item « contact communautaire » qui, appliqué au contexte guyanais, permet d'isoler des populations nécessitant une attention particulière (forte promiscuité inter-domicile, accès aux soins difficiles) ;
 - le recensement d'autres cas éventuels dans l'entourage des cas et des contacts.

La collecte d'information est réalisée au moyen de 3 questionnaires fournis en annexe 3.

¹ Remarques :

La sérologie n'a pas d'intérêt pour les jeunes nourrissons en raison de la présence d'éventuels anticorps maternels et d'une synthèse d'anticorps souvent tardive [4].

La présence d'anticorps anti-adénylcyclase, non spécifiques de la *b.pertussique*, ne permet pas de confirmer la maladie. Ces anticorps peuvent être induits par la vaccination à germe entier mais pas avec un vaccin acellulaire [5].

2. Suivi épidémiologique

Organisation d'un suivi actif de la survenue d'éventuels nouveaux cas :

- recueil téléphonique hebdomadaire des résultats des sérologies auprès des laboratoires d'analyses de biologie médicale privés de l'île de Cayenne et du laboratoire du centre hospitalier de Cayenne.

Le suivi épidémiologique débute à la fin de l'enquête, soit le 12 décembre 2005, et se termine dès lors qu'aucun cas de coqueluche n'est détecté durant 3 semaines consécutives.

EVALUATION DE LA COUVERTURE VACCINALE (réalisée dans le cadre de l'enquête de terrain)

Recommandations générales d'après le calendrier vaccinal 2005 [6] :

Les vaccins actuellement disponibles en France sont :

- le vaccin coquelucheux à germe entier destiné aux enfants ;
- les vaccins acellulaires, composés d'un ou plusieurs antigènes purifiés, ceux destinés aux enfants (de type DTCaP) et ceux destinés aux adultes en raison du dosage spécifique du vaccin diphtérique (de type dTCaP).

La primo-vaccination comporte 3 injections à débiter dès l'âge de 2 mois à un mois d'intervalle. Elle est suivie d'un rappel fait entre 16 et 18 mois. Ces vaccinations peuvent être pratiquées indifféremment avec le vaccin coquelucheux à germe entier ou le vaccin acellulaire. « Compte-tenu de la recrudescence de cas de coqueluche observée chez les très jeunes nourrissons contaminés par des adolescents ou de jeunes adultes, un rappel est recommandé, depuis 1998, entre 11 et 13 ans et doit être pratiqué avec un vaccin acellulaire. » [6]

Sont donc considérées comme correctement vaccinées les personnes :

- | | | |
|---------------------|--------------|------------------|
| • de 6 à 23 mois | qui ont reçu | au moins 3 doses |
| • de 2 ans à 10 ans | qui ont reçu | au moins 4 doses |
| • de plus de 10 ans | qui ont reçu | au moins 5 doses |

Résultats

1-) ENQUETE DE TERRAIN

1.1-) Population enquêtée

Initialement, une enquête a été menée auprès du seul médecin à l'origine de l'alerte. A partir des signalements transmis, 20 personnes, réparties dans 11 domiciles, ont été incluses. Tous ces domiciles ont été enquêtés. Sur ces 20 personnes, 14 ont finalement été classées comme cas.

Les contacts des cas ont été identifiés : 82 contacts dont 31 domiciliés chez les cas et 51 dans 16 autres domiciles ont été enquêtés. Parmi ces contacts, 8 cas confirmés ont été identifiés.

1.2-) Description des cas suspects et confirmés

Sur la base des définitions de cas ci-dessus, l'enquête a permis d'identifier 22 cas, dont 11 confirmés et 11 suspects, distribués dans 10 domiciles. La liste des cas accompagnée des critères qui permettent leur classement est fourni en **annexe 1**.

Les caractéristiques socio-démographiques sommaires des cas sont reportées dans le tableau suivant :

Tableau 1 : répartition des cas en fonction de leur sexe et âge

	Homme	Femme
Adulte (>15 ans)	5	5
Adolescent (11-15 ans)*	1	1
Enfants (2-10 ans)*	3	5
Nourrissons (0-1 an)*	2	0
Total	11	11

* tranche d'âge définie en fonction du calendrier vaccinal de la coqueluche

DISTRIBUTION TEMPORELLE DE SURVENUE DE LA MALADIE

Figure 1 : courbe épidémique selon le statut des cas (suspect/confirmé)

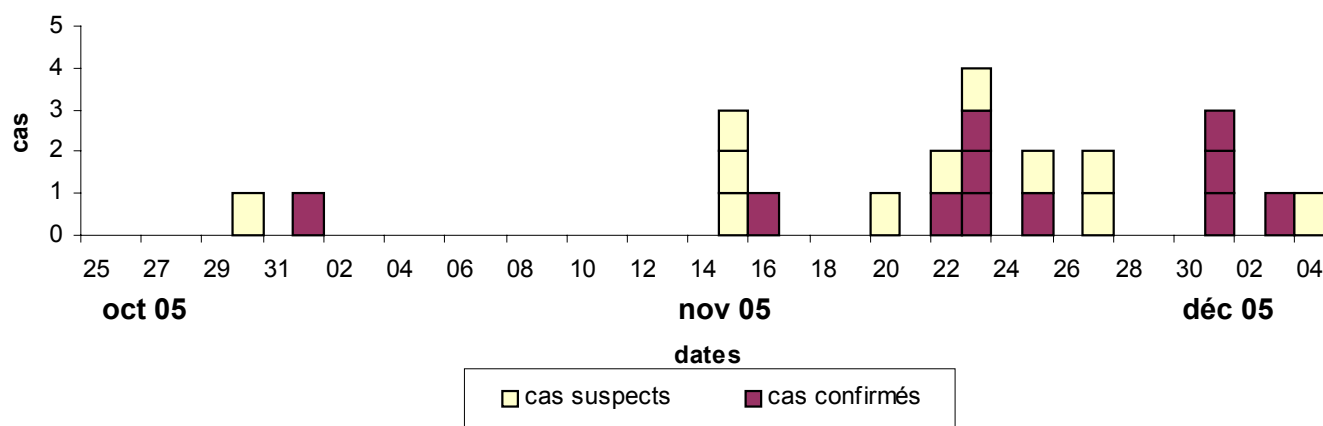
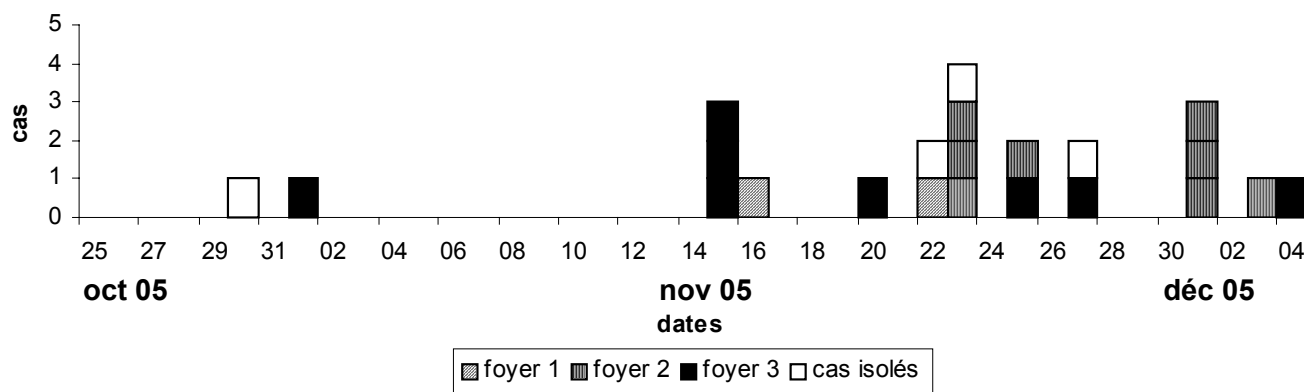


Figure 2 : courbe épidémique selon les foyers de transmission



L'évolution de la courbe épidémique est compatible avec le mode de transmission de la coqueluche : transmission inter-personnelle de la maladie et période d'incubation comprise entre 3 et 21 jours (avec une moyenne de 7 jours).

Commentaire général sur la répartition des cas :

- 2 foyers de cas confirmés :
 - foyer 1 (cas A et B – cf figure 2) : Le cas A est biologiquement confirmé (2 sérologies positives). Il a déclaré les signes le 16 octobre. Il a probablement contaminé son fils de 2 mois (cas B) hospitalisé après avoir développé les complications caractéristiques liées à la maladie. Le cas A déclare avoir eu des contacts avec des personnes de nationalité brésilienne qui présentaient une toux quinteuse pendant les trois semaines précédant l'apparition de la maladie.
 - foyer 2 (Cas D à K) : Ces 8 cas se répartissent en 2 domiciles distincts. Les cas D à J vivent à Matoury et le cas K vit à Rémire-Montjoly. Les signes se déclarent le 23/11 pour les cas D, F et H et le 25/11 pour le cas K puis secondairement le 01/12 pour les cas E, I et J et le 03/12 pour le cas G. Aucune information n'a permis d'identifier un contaminateur. L'enquête autour des contacts de la famille D-J a permis d'identifier le cas K.
- 1 foyer de cas non confirmés :
 - foyer 3 (1 foyer de 8 cas suspects - cas L à T). Le seul recueil des signes cliniques ne permet pas de valider le diagnostic de coqueluche pour ces personnes.
- Cas sporadiques :
 - 1 cas confirmé isolé : Le cas C a déclaré les signes le 30/10. Aucun contaminateur n'a pu être identifié.
 - 3 cas suspects isolés : cas U, V et W pour lesquels les premiers signes surviennent respectivement les 27/11, 22/11 et 23/11 et pour lesquels les résultats sérologiques ne permettent pas de valider le diagnostic de coqueluche.

Tous les cas ont bénéficié d'un traitement antibiotique. En moyenne, le traitement est commencé 9 jours après le début des signes (écart-type=6).

REPARTITION GEOGRAPHIQUE

Quatorze cas, répartis dans 8 domiciles, habitent à Rémire-Montjoly et 8 cas, répartis dans 2 domiciles, habitent à Matoury (voir. annexe 2).

Plus particulièrement, le quartier « les Âmes Claires », situé sur la commune de Rémire-Montjoly, rassemble :

- 3 cas, répartis en trois domiciles ;
- 8 cas (foyer 3) ayant un lien avec la pharmacie du quartier (employés et leur famille) ;
- 1 cas confirmé appartenant au foyer 2.

REPARTITION DES CAS PAR SOURCE D'IDENTIFICATION

- médecin à l'origine de l'alerte : 21 cas dont 10 confirmés
- enquête : 1 cas confirmé épidémiologiquement

1.3-) Recensement des contacts et bilan des mesures prises

PERSONNES A RISQUE

Les sujets à haut risque sont définis comme suit : nourrissons non ou incomplètement vaccinés, femmes enceintes, sujets atteints de maladies respiratoires chroniques (asthme,...), parents des nourrissons non encore vaccinés.

Parmi les personnes-contacts enquêtées, deux personnes à risque ont été identifiées. Il s'agit d'une femme enceinte et d'un adulte asthmatique qui, conformément aux préconisations du CSHPF, ont reçu un traitement prophylactique.

MESURES PROPHYLACTIQUES

La mise en œuvre de mesures prophylactiques a été renseignée pour chaque cas et ses contacts proches et occasionnels, lorsque ceux-ci ont pu être enquêtés.

Plus de la moitié des contacts proches (12 personnes sur 21* soit 57%) et environ un contact occasionnel sur 6 (4 personnes sur 25* soit 16%) a bénéficié d'un traitement prophylactique.

** personnes pour lesquelles l'information est disponible*

COLLECTIVITES, COMMUNAUTE

Etant donné la haute contagiosité de la maladie et ses conséquences potentiellement graves chez le nouveau-né et chez le nourrisson non vacciné, il est nécessaire d'identifier les collectivités fréquentées par les cas avec, en priorité, les crèches, établissements scolaires et établissements de santé. Cinq écoles primaires/maternelles, 1 collège, 1 lycée, 1 institut médico-éducatif départemental et 1 crèche sont concernés ainsi que 1 établissement d'activités péri-scolaires.

Une information a été diffusée à ces établissements et des mesures de prévention (rattrapage vaccinal) ont été mises en œuvre par leur tutelle.

Un domicile regroupant deux cas confirmés (cas A et B) se situe en contexte communautaire². L'enquête s'est donc étendue à la communauté. Parmi les personnes présentes, 26 personnes réparties en 10 foyers ont été interrogées. Une personne n'ayant pas encore consulté présentait les symptômes de la coqueluche. Parmi la population enquêtée, aucune personne à risque n'a été identifiée dans la communauté.

Dans les collectivités fréquentées par les cas les recommandations du CSHPF ont été préconisées [3] :

- pour les structures d'accueil de la petite enfance (dont crèches), préconisation à la PMI de pratiquer une antibioprophylaxie de tous les nourrissons contacts n'ayant pas reçu 4 injections de vaccin et mise à jour des vaccinations selon le calendrier vaccinal et une antibioprophylaxie du personnel en contact avec les cas ;
- établissements scolaires : préconisation d'une enquête pour déterminer les contacts proches et occasionnels (préconisation faite à la PMI pour les écoles maternelles et à l'éducation nationale pour les autres établissements scolaires) :
 - un ou plusieurs cas dans une classe ou section : antibioprophylaxie de tous les enfants de la classe non à jour de leurs vaccinations et des enseignants ;

² Tel que défini au paragraphe Organisation du recueil des données – 1. enquête de terrain

- Institut Médico-Educatif Départemental : antibioprophylaxie de tous les enfants contacts non à jour de leurs vaccinations et du personnel adulte quelque soit son statut vaccinal ;
- établissement de santé : préconisation de vaccination des personnels de santé pouvant entrer en contact avec des nourrissons (urgence, pédiatrie).
- Evaluation de la couverture vaccinale chez les enfants en CP et en 3^{ème} sur l'île de Cayenne par les médecins et infirmières scolaires.

Tableau 2 : récapitulatif des contacts identifiés et/ou enquêtés

Cas	Contacts proches	Contacts occasionnels enquêtés	Nbre de collectivités fréquentées	Contacts communautaires enquêtés	Contacts ayant bénéficié d'une prophylaxie
A-B	3	-	-	26 p / 10 dom	0
C	2	3 personnes / 1 domicile	-	-	2
D-J	0	6 p / 3 dom	4	-	0
K	3	7 p / 1 dom	-	-	1
L-R	1	9 p / 3 dom	5	-	0
S	3	2 p / 2 dom	-	-	2
T	4	-	1	-	0
U	5	-	1	-	3
V	7	-	1	-	7
W	1	-	1	-	1

1.4-) Couverture vaccinale

Les proportions d'individus correctement vaccinés selon l'âge sont les suivantes (voir tableaux 3-4-5 et 6) :

- Adultes (>15 ans) : 10% (3/29)
- Adolescents (11-15 ans) : 75% (3/4)
- Enfants (2-10 ans) : 79% (23/29)
- Nourrissons (0-1 an) : 67% (4/6)

Remarque : Ces résultats n'incluent pas les personnes pour lesquelles le statut vaccinal n'est pas renseigné (NSP). Celles-ci sont au nombre de 22 pour les plus de 15 ans et de 5 pour les 15 ans et moins.

Ces résultats, même s'ils sont observés sur de petits effectifs, s'inscrivent partiellement dans les tendances observées à l'échelle du département lors de la précédente enquête :

- Pour les 2-10 ans, la couverture vaccinale observée lors de l'enquête est proche de 80% ; elle était évaluée respectivement à 68% [61%-74%] chez les 2-3 ans et à 87% [82%-91%] chez les 7-8 ans en 2000 [1]. ;
- Pour les 11-15 ans, le taux de couverture vaccinale observé lors de l'enquête (100%) est significativement différent de celui observé en 2000 (6 personnes vaccinées sur 233 interrogées) malgré le faible effectif (3 individus enquêtés dans cette tranche d'âge).

Les informations concernant le statut vaccinal des personnes interrogées peuvent être présentées sous la forme suivante :

Tableaux 3-4-5-6 : tableaux de contingence par classe d'âge

Adultes					Adolescents (11-15 ans)				
	Cas		Non cas ³	Total		Cas		Non cas ³	Total
	CS	CC				CS	CC		
Vaccinés	0	0	3	3	Vaccinés	0	1	2	3
Non vaccinés	3	3	20	26	Non vaccinés	1	0	0	1
Nsp	2	2	18	22	Nsp	0	0	1	1
Total	5	5	41	51	Total	1	1	3	5

Enfants (2-10 ans)					Nourrissons (0-1 ans)				
	Cas		Non cas ³	Total		Cas		Non cas ³	Total
	CS	CC				CS	CC		
Vaccinés	5	3	15	23	Vaccinés	0	1	3	4
Non vaccinés	0	0	6	6	Non vaccinés	0	1	1	2
Nsp	0	0	3	3	Nsp	0	0	1	1
Total	5	3	24	32	Total	0	2	5	7

Il faut noter que 10 cas âgés de moins de 15 ans sur 12, dont 5 confirmés, sont correctement vaccinés contre la coqueluche. Dans la tranche d'âge des 2-10 ans, les 3 cas confirmés dont 2 biologiquement, âgés de 3, 4 et 9 ans, sont correctement vaccinés et leur dernier rappel vaccinal est récent. Le cas âgé de 9 ans a reçu sa dernière injection courant 2004. Le cas confirmé de 11 ans a reçu sa dernière injection courant 2005. Tous les cas confirmés de moins de 15 ans appartiennent à un même foyer.

Deux enquêtes de couverture vaccinale de la coqueluche réalisées par le service santé du rectorat de Guyane à Cayenne⁴ et à Saint-Laurent-du-Maroni⁵ consécutivement à l'investigation présentent des résultats globalement positifs :

- 82% [80%-88%] des élèves de primaires enquêtés à Cayenne et 80% des élèves de CP enquêtés à Saint-Laurent-du-Maroni sont bien vaccinés ;
- 54% [36%-87%] des élèves de collèges enquêtés à Cayenne et 75% de ceux enquêtés à Saint-Laurent-du-Maroni sont bien vaccinés. On peut estimer que ce taux, nettement meilleur à celui observé lors de la précédente enquête de couverture vaccinale, est consécutif à la préconisation d'un rappel coqueluche à 11 ans en 2000.

2-) SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE

DESCRIPTION DES CAS

107 demandes de confirmation biologique de coqueluche ont été signalées entre le 11 décembre 2005 et le 20 février 2006 par 3 laboratoires privés et le laboratoire du Centre hospitalier de Cayenne. Au total, 18 cas ont été confirmés biologiquement, dont les dates de prélèvement sont comprises entre le 27 novembre 2005 (résultat parvenu après la mise en œuvre du suivi) et le 20 février 2006.

³ On définit par « non cas » les contacts enquêtés autour des cas et qui ne sont pas malades de la coqueluche à la date de l'enquête. La méthode employée ici pour mesurer la couverture vaccinale ne correspond pas aux règles classiques (réalisation d'une enquête de cohorte) et introduit donc un biais de recrutement.

⁴ 1884 collégiens et 1890 élèves d'écoles primaires ont été enquêtés, soit respectivement 21 % du total des collégiens (8863) et 17% du total des écoliers (10848) du secteur comprenant les communes de Cayenne, Remire-Montjoly et Matoury.

⁵ Elle inclue 252 élèves de CP, 94 élèves de 6^{ème} et 201 élèves de 3^{ème} soit respectivement 35% du total d'élèves de CP (718), 9% du total d'élèves de 6^{ème} (1049) et 32% du total des élèves de 3^{ème} (621) scolarisés à St-Laurent-du-Maroni.

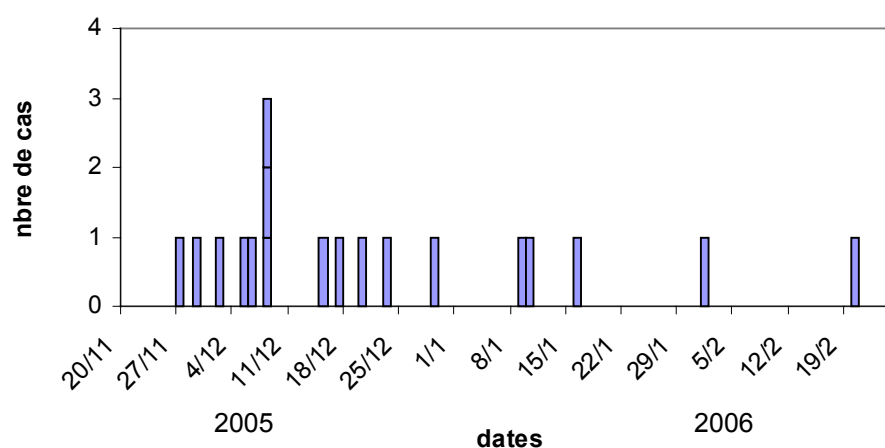
Les caractéristiques socio-démographiques sommaires de ces cas sont reportées dans le tableau suivant :

Tableau 7 : répartition des cas en fonction de leur sexe et âge

	Homme	Femme
Adulte (>15 ans)	1	4
Adolescent (11-15 ans)*	0	0
Enfants (2-10 ans)*	7	6
Nourrissons (0-1 an)*	0	0
Total	8	10

DISTRIBUTION TEMPORELLE DE PRESCRIPTION DE SEROLOGIES POUR LES CAS CONFIRMES

figure 3 : courbe épidémique présentant la distribution des cas confirmés signalés par les laboratoires selon la date de prélèvement



DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE DES CAS

Parmi les 18 cas confirmés, 7 sont domiciliés à Rémire-Montjoly et 4 à Cayenne, ce qui témoigne de l'extension géographique du phénomène à l'île de Cayenne dans sa globalité. Sept cas ne sont pas renseignés sur leur lieu de résidence.

Discussion

La discussion des résultats observés lors de l'enquête puis du suivi des cas de coqueluche s'articulent tout particulièrement autour de 2 interrogations :

1. La situation investiguée correspond-elle à une épidémie, c'est-à-dire à la survenue d'un nombre de cas plus important qu'habituellement pour la même période dans la même zone géographique (ici l'île de Cayenne) ?
 2. Comment expliquer que 10 des 12 cas âgés de moins de 15 ans, dont 5 des 6 cas confirmés recensés par l'enquête soient correctement vaccinés contre la coqueluche ?
1. A ce jour, l'enquête a permis de valider l'existence de foyers de cas groupés de coqueluche. Elle a mis en évidence que ces cas restaient relativement isolés. En effet, peu de cas ont été identifiés parmi les contacts. Il est à noter par ailleurs qu'aucun cas n'a pu être confirmé cliniquement (voir les définitions de cas p.5) bien que 7 des 11 cas

suspects aient présenté une toux quinteuse pendant une période au moins égale à 14 jours. Il s'agit des cas L, N, P, Q, S, V et W (voir annexe 1). Cela se justifie par le fait que les informations cliniques recueillies ne permettent pas de qualifier les quintes comme « évocatrices de coqueluche » et de valider l'absence d'une autre étiologie.

La mise en place d'un suivi des cas de coqueluche a montré une persistance de la circulation du bacille coquelucheux durant les semaines suivant l'enquête (environ 2 cas par semaine). L'estimation du nombre de cas survenus dans les suites de l'enquête de terrain reste très vraisemblablement inférieure à la réalité, du fait des difficultés d'obtention des informations complémentaires permettant de classer les cas (notamment sur la vaccination), d'une probable sous déclaration et des pratiques des médecins de ville, ces derniers ne prescrivant pas systématiquement une sérologie devant un cas suspect de coqueluche.

Au total, il a été mis en évidence une circulation quasi-continue du bacille coquelucheux dans 3 communes de l'île de Cayenne de novembre 2005 à janvier 2006. Il est difficile de conclure à une augmentation anormale du nombre de cas pour la période et la zone géographique considérée du fait de l'absence de données antérieures⁶. Même si cette situation ne correspond pas à une épidémie, elle demande la vigilance et la réactivité des praticiens afin d'éviter la survenue de cas de coqueluche graves chez les nourrissons.

En outre, on peut penser que les cas recensés depuis la mise en place des mesures de suivi est assimilable au bruit de fond. En effet, étant donné le contexte, la sensibilisation du corps médical à la circulation du bacille coquelucheux, par voie de presse notamment, a pu amener certains médecins à prescrire plus de sérologies.

Quant à l'origine de l'épisode, un lien éventuel avec l'importante épidémie de coqueluche survenue à la frontière brésilienne pendant le mois d'octobre n'a pas pu être établi.

2. D'autre part, l'enquête de terrain a permis de constater que 10 des 12 cas âgés de moins de 15 ans, dont 5 des 6 cas confirmés, sont tous correctement vaccinés contre la coqueluche.

Cinq hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cet état de fait :

1. Sans remettre en cause le diagnostic clinique posé il est utile de s'interroger sur le fait que la majorité des signalements émanent d'un seul et même médecin, alors qu'une recherche active de cas a été réalisée auprès des autres médecins de la zone et du service accueil urgences. Par ailleurs, parmi les 10 cas correctement vaccinés chez les moins de 15 ans, seuls 2 sont confirmés biologiquement, 3 sont des cas confirmés épidémiologiquement et le 5 autres sont des cas suspects. Il est possible que parmi des cas réels de coqueluche se soient greffés des sujets atteints de pathologie respiratoire infectieuse, attribuée de façon erronée à la coqueluche au vu des liens épidémiologiques et du contexte.
2. Une perte de l'immunité chez les sujets ayant reçu leur dernière dose il y a plus de 4 ans. De façon générale, l'immunité vaccinale se perd progressivement; la durée de protection vaccinale a été estimée entre 4 et 12 ans [7]. Ici, parmi les cas confirmés dans la tranche d'âge 2-10 ans, on aurait pu avancer cette hypothèse chez l'enfant âgé de neuf ans s'il n'avait eu sa dernière dose à 18 mois mais il en a reçu une 5^{ème} en août 2004 et était correctement vacciné lorsqu'il a présenté la maladie.
3. Une rupture de la chaîne du froid. La température de conservation du vaccin joue un rôle prépondérant dans le maintien de son activité. Dans des conditions climatiques telles que celles rencontrées en Guyane, la baisse de l'efficacité du vaccin lié au mode conservation est une hypothèse qui doit être prise en considération, et ce

⁶ Les médecins de ville ne prescrivant que très rarement une sérologie pour confirmer un cas suspect de coqueluche, il n'a pas été possible de réaliser une enquête rétrospective auprès des laboratoires.

quelque soit le niveau de rupture de la chaîne du froid : du fournisseur au grossiste, du grossiste au pharmacien ou du pharmacien au médecin vaccinateur.

4. De façon générale, l'efficacité du vaccin anti-coquelucheux à germes entiers utilisé en France vis-à-vis des formes typiques de plus de 21 jours est estimée à 95% après 3 injections. Celle des vaccins acellulaires est de l'ordre de 85%. De ce fait, il est possible qu'une partie des enfants correctement vaccinés contre la coqueluche n'ait pas développé d'immunité efficace contre la maladie.
5. L'existence d'une souche bactérienne échappant à la vaccination. A propos de l'apparition d'une nouvelle souche échappant à la vaccination, les souches de *B. pertussis* en circulation présentent des différences avec les souches vaccinales (la France utilise en effet le même vaccin anticoquelucheux à germes entiers depuis 1957). Toutefois, les études menées par le CNR montrent qu'à ce jour, ces modifications n'ont pas eu d'effet notable sur l'efficacité du vaccin. Aucune culture n'ayant été faite pour identifier la souche bactérienne en cause, cette hypothèse ne peut être validée.

Conclusion - Recommandations

En définitive, l'investigation des cas groupés de coqueluche à Rémire-Montjoly a confirmé la circulation du bacille coquelucheux dans la population résidant dans l'île de Cayenne de novembre 2005 à janvier 2006, sans que l'on puisse ni estimer l'ampleur réelle du phénomène du fait du manque d'exhaustivité du recueil des données, ni conclure à une situation épidémique en l'absence de données antérieures de surveillance.

Les taux de couverture vaccinale faibles retrouvés lors de la dernière enquête de couverture vaccinale et de l'enquête réalisée en milieu scolaire, la proportion relativement élevée de nourrissons - principales personnes à risque du fait d'un taux de natalité plus de 2 fois supérieur à celui de la France métropolitaine – et l'existence de quartiers où le mode de vie communautaire (promiscuité, faible accès aux soins) favorise la transmission du bacille sont autant de facteurs pouvant favoriser la survenue de ces formes graves.

Il importe donc de limiter l'importance du réservoir potentiel du bacille représenté par les personnes non ou insuffisamment vaccinées et de limiter au maximum la survenue de formes graves chez le nourrisson par :

- la réalisation de campagnes de rattrapage de la couverture vaccinale des nourrissons, des enfants et des adolescents, en lien avec les services de PMI et de santé scolaire ;
- la sensibilisation des médecins traitants de l'île de Cayenne au diagnostic de la coqueluche et au respect de la conduite à tenir face à un ou plusieurs cas de coqueluche préconisées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France [3] ;

Enfin, la mise en évidence de cas confirmés biologiquement chez des enfants et des adolescents correctement vaccinés demande une sensibilisation des grossistes répartiteurs, des pharmaciens, des médecins et des familles au strict respect de la chaîne du froid (conservation des vaccins à une température comprise entre +2°C et + 8°C).

Bibliographie

- [1] : Chaud P., Cardoso T., Bateau A., Cottrelle B., Antona D. - La couverture vaccinale en Guyane en 2000 - 2002 – Rapport InVS - <http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>
- [2] : Chaud P., Huguet P., Quénel P., Souarès Y., Izzurieta H. - Vers une intégration de la Guyane française au programme d'élimination de la rougeole dans les Amériques. Evaluation des activités de vaccination anti-rougeoleuse et anti-coquelucheuse - 2005 – Rapport InVS. <http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>
- [3] : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale - Rapport du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France section maladies transmissibles relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas groupés de coqueluche – 2004 – <http://www.sante.gouv.fr/>
- [4] : Guiso N. – Diagnostics biologiques de la coqueluche – 2003 – Journal de Pédiatrie et de puériculture 16 – pp. 365-368
- [5] : Guiso N. – Diagnostics biologiques de la coqueluche (quels examens prescrire ?) – 2003 – Journal de pédiatrie et de puériculture 16 – pp. 369-370
- [6] : Calendrier vaccinal 2005 et autres avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France relatifs à la vaccination – 2005 – BEH n°29-30 - http://www.invs.sante.fr/beh/2005/29_30/
- [7] Wendelboe A; Van Rie A, Salmaso S; Englund J - Duration of Immunity Against Pertussis After Natural Infection or Vaccination. - Pediatric Infectious Disease Journal. The Global Pertussis Initiative. 24(5) Supplement:S58-S61, May 2005.
- [8] : Organisation Mondiale de la Santé, Département vaccins et produits biologiques – Réunion mondiale - 2001 - <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF01/www657.pdf>

ANNEXE 1 : LISTE DES CAS ET CRITERES DE CLASSEMENT

Id ¹	sexe	âge	def° du cas ²	Signes cliniques			1 ^{ère} sérologie			2 ^{ème} sérologie			date dernier rappel vaccinal
				nature	début	fin	AC ³	PTX ⁴	date	AC	PTX	date	
A	M	33	CCbio	toux quinteuse	16-nov	en cours	+	+	14-nov	+	+	5-déc.	
B	M	2 mois	CCépi	toux quinteuse	22-nov		+						
C	M	35	CCbio	toux quinteuse	01-nov	21-nov	+	+	18-nov				
D	M	36	CCépi	toux quinteuse	23-nov	05-déc	+		06-déc				
E	M	4	CCbio	toux quinteuse	01-déc	en cours	+	+	06-déc				10-janv.-03
F	F	3	CCépi	toux quinteuse	23-nov	en cours	-	+	06-déc				7-oct.-05
G	M	1	CCépi	toux quinteuse	03-déc	en cours	+	+	06-déc				25-févr.-05
H	F	36	CCépi	toux quinteuse	23-nov	en cours	+		06-déc				
I	M	11	CCépi	toux quinteuse	01-déc	en cours	+	+	06-déc				2-sept.-05
J	M	9	CCbio	toux quinteuse	01-déc	en cours	+	+	06-déc				27-août-04
K	F	58	CCépi	toux quinteuse	25-nov	en cours			05-déc				
L	M	33	CS	toux quinteuse	15-nov	en cours	+	-	02-déc				
M	F	33	CS	toux quinteuse	27-nov	en cours	+	-	02-déc	+	-	18-janv.	
N	F	7	CS	toux quinteuse	20-nov	en cours	+	+	05-déc				21-juil.-05
P	F	2	CS	toux quinteuse	15-nov	en cours	-	+	02-déc				21-juil.-05
Q	M	5	CS	toux quinteuse	15-nov	en cours	+		02-déc	+	-	18-janv.	
R	M	65	CS	toux quinteuse	04-déc	en cours	+		03-déc	+	-	02-fev.	
S	F	40	CS	toux quinteuse	01- nov	30-nov	+	-					
T	F	3	CS	toux quinteuse	25-nov	04-déc			05-déc				30-août-04
U	F	11	CS	toux quinteuse	27-nov	en cours	+	-	01-déc				3-juin-05
V	F	3	CS	toux quinteuse	22-nov	en cours	-	+			+	03-janv.	24-sept.-04
W	F	20	CS	toux quinteuse	23-nov	30-nov	+		24-nov				

¹ : identifiant

² : définition des cas : CCbio = cas confirmé biologiquement ; CCépi = cas confirmé épidémiologiquement ; CS = cas suspect

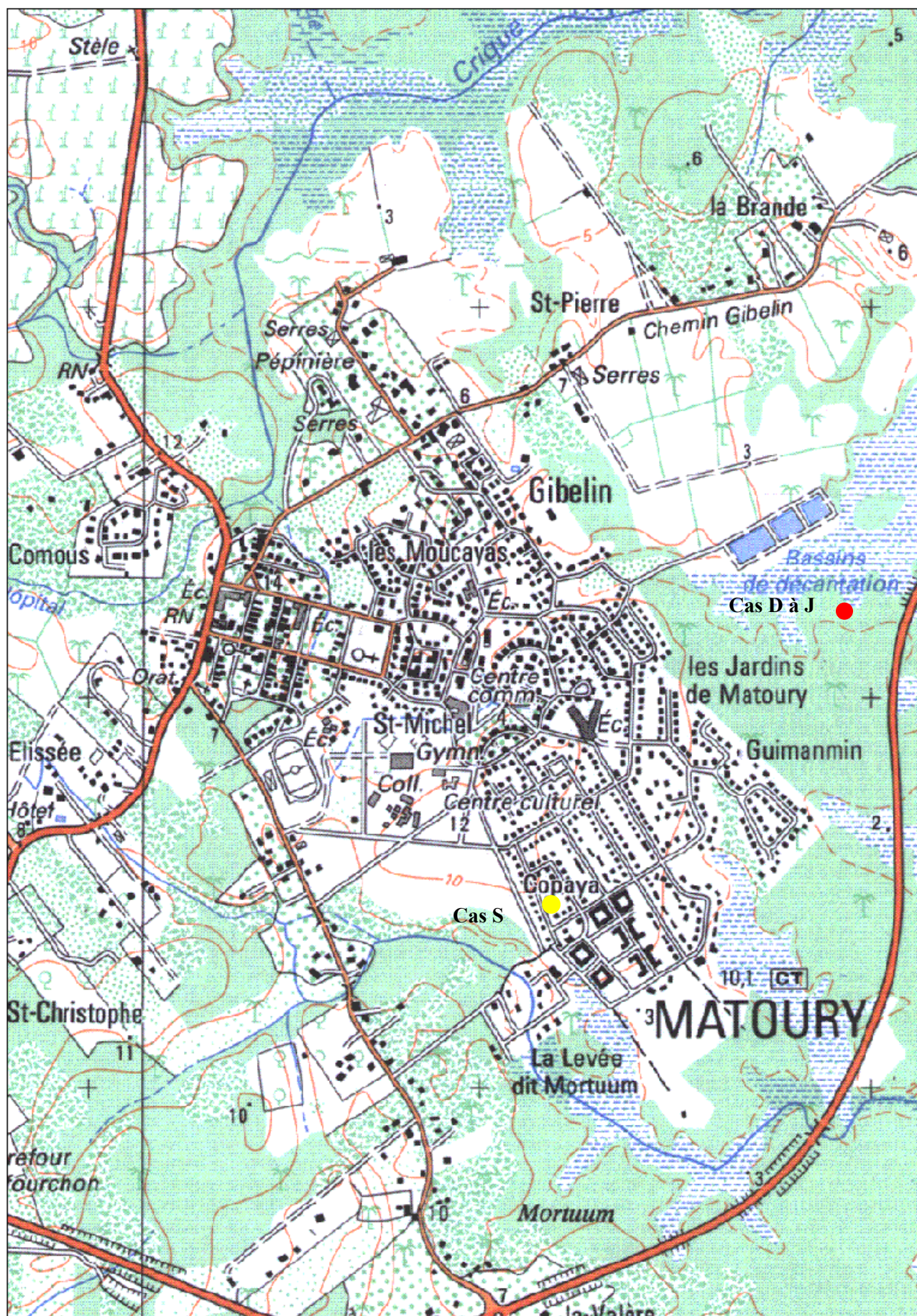
³ : adénylcyclase-hémolysine (présence = « + » ; absence = « - »)

⁴ : anti-toxine pertussique (présence = « + » ; absence = « - »)

ANNEXE 2-A : DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE DES CAS SUR LA COMMUNE DE REMIRE-MONTJOLY



ANNEXE 2-B : DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE DES CAS SUR LA COMMUNE DE MATOURY



ANNEXE 3

Formulaire d'enquête

Cela comprend :

- un questionnaire « cas » dont l'objet est de :
 - recueillir les informations nécessaires à la validation et au classement des cas ;
 - de recenser les contacts pré et post-déclaration de la maladie ;
 - de recenser d'autres cas éventuels dans l'entourage des cas et des contacts ;
- un questionnaire « foyer » qui, à l'échelle du domicile investigué, synthétise les informations collectées pour chacune des personnes y vivant ;
- un questionnaire « statut vaccinal ».

Enquête autour des cas de coqueluche dans la commune de Rémire-Montjoly

Questionnaire CAS (suspect ou confirmé) (cf. critères d'inclusion)

Nom de l'enquêteur :

Identification foyer : ____/____/____

Nom, Prénom :

Sexe H ☐ F ☐

Age (années) :

CLINIQUE :

Toux avec quintes : Oui ☐ Non ☐

Date de début de la toux : / // Date de fin de la toux : / /

TRAITEMENT :

Avez-vous consulté pour cette toux ? Oui ☐ Non ☐ Un traitement a-t-il été prescrit ? Oui ☐ Non ☐

Nom du médicament : Si oui, à quelle date ? / / Ne se rappelle plus : ☐

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- Nom du médecin prescripteur :

- Prélèvements nasopharyngés : Oui ☐ Non ☐ Date : / /

- **PCR** : Positive ☐ Négative ☐ Ne sait pas ☐ **Culture** : Positive ☐ Négative ☐ Ne sait pas ☐

- **Sérologies 1** : Oui ☐ Non ☐ Date : / / Résultat :

- **Sérologies 2** : Oui ☐ Non ☐ Date : / / Résultat :

DEFINITION DU CAS :

Cas suspect de coqueluche ☐

Coqueluche confirmée clinique ☐

Coqueluche confirmée au laboratoire ☐

Coqueluche confirmée épidémiologiquement ☐

VOYAGE :

Avez-vous voyagé durant les 3 semaines précédant l'apparition des signes ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, où ?

Avez-vous voyagé depuis l'apparition des signes ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, où ?

CONTAMINATEUR SUSPECTE :

Dans les 3 semaines précédant le début de votre toux, y a-t-il eu un contact avec une personne présentant une toux prolongée de plus de 8 jours ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, date :

Le diagnostic de coqueluche a-t-il été : suspecté pour ce contact ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

confirmé pour ce contact ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Cette personne a-t-elle voyagé durant les 3 semaines précédant l'apparition des premiers signes ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, où ?

Contaminateur suspecté :

Père ☐ Mère ☐ Fratrie ☐ Autre ☐ spécifier :

AUTRE CAS DANS LE FOYER :

Nom, prénom	Date de début des signes	Diagnostic de coqueluche confirmé OU suspecté	
		C	S
		C	S
		C	S
		C	S
		C	S
		C	S

CONTACTS :**Personnes fréquentées hors foyer :**

Nom, Prénom	Sexe	Age	Adresse	Type ⁷ (O,P)	Nature du contact	Mesures prises ⁸ (C, V)

P : proche ; O : occasionnel

Collectivités fréquentées⁹ :

Nom	Type	Adresse

⁷ Type de contact : P : proche ; O : occasionnel

Contact proche : personne de la famille vivant sous le même toit ou, s'il s'agit d'un enfant en crèche familiale, personnes exposées au domicile des assistantes maternelles

Contact occasionnel : sujet ayant eu un contact face à face ou prolongé avec un cas dans les 3 premières semaines d'évolution de sa maladie

⁸C : Chimio prophylaxie – V : Vaccination⁹ Crèche, école-collège-lycée (précisez la classe), centre de loisir, église, club de sport, travail...

Enquête autour des cas de coqueluche dans la commune de Rémire-Montjoly **Questionnaire FOYER**

Nom de l'enquêteur :

Identifiant foyer : / __/ __/ __/

Adresse précise :

.....

N° téléphone : fixe.....portable.....

Composition du foyer :

Nom, prénom	Sexe (M, F)	Age	Toux quinteuse	Vacciné ¹⁰	Statut ¹¹ des malades

¹⁰ Colonne à remplir à la validation en fonction des critères de définition

¹¹ Colonne à remplir à la validation en fonction des critères de définition : Statut : S=suspect – CC=Coqueluche Confirmée cliniquement - CB=Coqueluche confirmée Biologiquement – CE=Coqueluche confirmée Epidémiologiquement

Enquête autour des cas de coqueluche dans la commune de Rémire-Montjoly

Questionnaire STATUT VACCINAL

Nom de l'enquêteur :Feuillet : ____/____

Identifiant foyer : / ____/____/____/

Adresse :

Nom, Prénom : Age :Sexe M ☐ F ☐
Carnet de vaccination : oui ☐ non ☐

Injection	Date	Nom du vaccin	Type*	Lieux de vaccination	Mode de conservation**
1					
2					
3					
4					
5					

Motifs de non-vaccination :

Nom, Prénom : Age :Sexe M ☐ F ☐
Carnet de vaccination : oui ☐ non ☐

Injection	Date	Nom du vaccin	Type*	Lieux de vaccination	Mode de conservation**
1					
2					
3					
4					
5					

Motifs de non-vaccination :

Nom, Prénom : Age :Sexe M ☐ F ☐
Carnet de vaccination : oui ☐ non ☐

Injection	Date	Nom du vaccin	Type*	Lieux de vaccination	Mode de conservation**
1					
2					
3					
4					
5					

Motifs de non-vaccination :

* GE : germe entier - A : acellulaire)

** si achat du vaccin en pharmacie faire préciser comment les vaccins ont été conservés entre leur achat et leur utilisation : conservation au réfrigérateur, stockage en milieu ambiant, voiture, ...

ANNEXE 4

COMMENT INTERPRETER LE RESULTAT DE LA 1^{ERE} SEROLOGIE PAR LES TECHNIQUES D'IMMUNO-EMPREINTE DEVANT UNE SYMPTOMATOLOGIE COMPATIBLE AVEC UNE COQUELUCHE ?

type de vaccin	délai sérologie/ dernier vaccin	anti-AD ¹²	anti-PT ¹³	diagnostic biologique d'infection à <i>Bordetella pertussis</i>	coqueluche	conduite à tenir
	< 1 an			interprétation impossible	?	prescrire une PCR
germe entier ¹⁴	> 1 an	-	+	infection à <i>Bordetella p.</i>	OUI	
	> 1 an	+	+	infection à <i>Bordetella p.</i>	OUI	
	> 1 an	+	-	infection à <i>Bordetella p.</i> ou <i>parapertussis</i> ou <i>bronchiseptica</i>	possible	prescrire une 2 ^{nde} sérologie
acellulaire ¹⁵	< 1 an	-/+	+	interprétation impossible	?	prescrire une PCR
	< 1 an	+	-	infection à <i>Bordetella p.</i> ou <i>parapertussis</i> ou <i>bronchiseptica</i>	possible	prescrire une 2 ^{nde} sérologie
				DEFAUT DE VACCINATION		
	> 1 an	-	+	infection à <i>Bordetella p.</i>	OUI	
	> 1 an	+	+	infection à <i>Bordetella p.</i>	OUI	
	> 1 an	+	-	infection à <i>Bordetella p.</i> ou <i>parapertussis</i> ou <i>bronchiseptica</i>	possible	

Les anticorps anti-PT positifs confirment le diagnostic en l'absence de vaccination dans l'année qui précède.

Ce tableau est le fruit d'une réflexion commune entre la DSDS de Guyane, le CNR des bordetella, l'Institut de Veille Sanitaire et la Cire Antilles-Guyane.

¹² anticorps anti-toxine pertussique

¹³ anticorps anti-adénylcyclase

¹⁴ le vaccin coquelucheux à germe entier destiné aux enfants

¹⁵ les vaccins acellulaires, composés d'un ou plusieurs antigènes purifiés, ceux destinés aux enfants (de type DTCaP) et ceux destinés aux adultes en raison du dosage spécifique du vaccin diphtérique (de type dTCaP).

ANNEXE 5

Eléments constitutifs du dossier de surveillance active par l'information et la mobilisation des médecins sur la zone concernée

Cela comprend :

- Une procédure de signalement des cas de coqueluche ;
- Un fax pré-rempli ;
- Une synthèse des conduites à tenir devant un cas de coqueluche pour un clinicien.



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction de la Santé et du
Développement Social de la Guyane



Cire ANTILLES GUYANE

PROCEDURE DE SIGNALEMENT DES CAS DE COQUELUCHE

- 1) **Pour toute personne répondant à la définition de cas suspect**, à savoir présentant les signes suivants :

Toux insomnante nocturne avec des quintes évocatrices, c'est-à-dire aboutissant à une reprise inspiratoire difficile ou chant du coq ou des vomissements ou un accès de cyanose voire une apnée ou associées à une hyper lymphocytose, depuis plus de 8 jours et en l'absence de toute autre étiologie.

Noter dans le tableau joint les informations la concernant.

Il convient de rappeler que tous les éléments que vous êtes amenés à nous transmettre sont soumis au secret médical et qu'aucune donnée à caractère nominatif n'est conservée par nos services une fois les dossiers traités.

- 2) **Compléter le fax pré rempli et retourner à la Cellule de Veille Sanitaire par fax** au numéro suivant :

05 94 25 11 90

Il est souhaitable de disposer de ces informations le plus rapidement possible

TÉLÉCOPIE

Date: 23/08/06

Nombre de pages (celle-ci comprise): 1

DESTINATAIRE :

Cellule de Veille Sanitaire

A l'attention du Dr. Ravachol

Téléphone: 0594 25 53 14/0594 25 60 70

Télécopie: 0594 25 11 90

Cc: Evelyne Durquety et Vanessa
Ardillon

EXPEDITEUR :

Téléphone:

Télécopie:

Notes:

☒ Urgent

☐ Pour information

☐ Réponse au plus vite

☐ Veuillez commenter

SIGNALEMENT DE CAS SUSPECTS DE COQUELUCHE

Date: _____

Médecin : Dr _____

Téléphone: _____

Nombre de cas suspects de coqueluche: _____

CONDUITE A TENIR DEVANT UN CAS DE COQUELUCHE

*extrait du rapport du CSHPF relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche
(01/02/05)*

Il est recommandé au clinicien ayant diagnostiqué un cas de coqueluche de prendre les mesures suivantes :

CONCERNANT LE CAS	DANS L'ENTOURAGE D'UN CAS
Hospitalisation recommandée pour les cas âgés de moins de 3 mois, et selon la tolérance clinique après l'âge de 3 mois. Isolement respiratoire <u>A la maison</u> : éviter le contact avec les nourrissons non ou insuffisamment protégés. <u>En collectivité d'enfants</u> : éviction de la collectivité, le retour n'est autorisé dans la collectivité qu'après 5 jours de traitement par un antibiotique adapté <u>En cas d'hospitalisation</u> : chambre seule (pendant les 5 premiers jours de traitement par un antibiotique adapté)	Entourage familial, social ou professionnel Le clinicien demandera au patient ou aux parents d'un enfant malade d'aviser le plus rapidement possible leur entourage notamment si le malade fréquente des sujets à haut risque*. Entourage familial du malade et contacts proches <u>Prescrire une antibioprophylaxie</u> : • aux enfants non ou mal vaccinés, • aux adolescents ayant reçu moins de 5 doses ou à ceux dont la dernière vaccination date de plus de 5 ans, • aux parents de nourrissons, • aux parents du sujet index (à l'exception des adultes qui auraient eu un rappel du vaccin anticoquelucheux datant de moins de 5 ans)
<u>SUJETS A HAUT RISQUE</u> : Nourrissons non ou incomplètement vaccinés, femmes enceintes, sujets atteints de maladies respiratoires chroniques (asthme...), parents des nourrissons non encore vaccinés <u>STATUT DE VACCINE</u> : • 6 à 24 mois : ≥ 3 doses • 2 à 10 ans : ≥ 4 doses • Plus de 10 ans : ≥ 5 doses	<u>Mettre à jour les vaccinations</u> selon le carnet vaccinal. En l'absence actuelle de vaccin coquelucheux non combiné, force est de recourir à un vaccin combiné. Si l'enfant a reçu un vaccin DTPolio depuis moins de 5 ans, il est recommandé d'utiliser un vaccin combiné faiblement dosé en anatoxine diphtérique et de surveiller la tolérance Cette mesure s'applique aux personnes exposées au domicile des assistantes maternelles Contacts occasionnels Antibioprophylaxie uniquement chez les sujets à haut risque*