

p.249 Tuberculose résistante en Seine-Saint-Denis : étude du dépistage autour des cas
Resistant tuberculosis in Seine-Saint-Denis (France): study of contact investigation

p.253 Vaccination des parents contre la coqueluche : proposition et évaluation de deux pratiques professionnelles en maternité, Haute-Savoie, 2009
Pertussis vaccination for parents: proposal and evaluation of two professional practices in a maternity hospital, Haute-Savoie (France), 2009

Tuberculose résistante en Seine-Saint-Denis : étude du dépistage autour des cas

Ségolène Greffe (segolene.greffe@free.fr)¹, Christine Poirier², Olivier Fain³, Philippe Cruaud⁴, Michèle Hornstein⁵, Isabelle Gros⁶, Sophie Abgrall¹

1/ Service des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Avicenne, Bobigny, France

3/ Service de médecine interne, Hôpital Jean Verdier, Bondy, France

5/ Service de bactériologie, Hôpital Avicenne, Bobigny, France

2/ Service de pneumologie, Hôpital Avicenne, Bobigny, France

4/ Service de bactériologie, Hôpital Jean Verdier, Bondy, France

6/ Service de bactériologie, Hôpital Delafontaine, Saint-Denis, France

Résumé / Abstract

La stratégie d'enquête et de dépistage autour des cas de tuberculose semble être mal appliquée en France.

Pour décrire le dépistage des sujets contacts (SC) des patients hospitalisés pour tuberculose multirésistante (TBMR) respiratoire dans trois hôpitaux de Seine-Saint-Denis, 15 patients ayant un prélèvement respiratoire positif à *Mycobacterium tuberculosis* multirésistant entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2005 ont été inclus dans l'étude et leurs SC ont été identifiés rétrospectivement. Les dossiers des patients et des SC dans les Centres de lutte anti-tuberculeuse (Clat) et les hôpitaux ont été évalués, après contact des patients, des SC et des médecins traitants.

Onze patients étaient connus des Clat, parmi lesquels seuls 7 ont eu un dépistage de leur entourage. La multirésistance n'était connue des Clat que pour 7 patients. Parmi les 4 cas inconnus des Clat, le dépistage n'a été réalisé qu'autour d'un seul cas par le service hospitalier ayant pris en charge le patient. Deux cas groupés de 3 cas étaient méconnus des Clat.

L'étude montre les carences actuelles du dépistage des SC, y compris en cas de TBMR, rendant nécessaire une réflexion pour améliorer voire augmenter les moyens mis en œuvre et les stratégies de dépistage dans un département très touché par la tuberculose.

Resistant tuberculosis in Seine-Saint-Denis (France): study of contact investigation

Screening and contact investigations policies for tuberculosis cases seem insufficiently enforced in France.

To describe the contact investigations of close contacts to patients hospitalized for pulmonary multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) in three Seine-Saint-Denis hospitals in France, 15 patients with positive pulmonary sampling for multidrug-resistant Mycobacterium tuberculosis between 1 January 2000 and 31 December 2005 were analysed. Contacts were retrospectively identified. The patients and their contacts files were studied in anti-tuberculosis centres (ATC) dedicated to the contact investigation, and in hospitals. The patients, their contacts and the patient's referent doctor were called.

Among 11 patients known to the ATC, only 7 had a contact investigation. The ATC knew the multidrug-resistance for only 7 patients. Among 4 cases unknown to the ATC, the contact investigation was performed for only one case by the medical-unit managing the patient. Two clusters of three cases were unknown to the ATC.

This study shows current deficiencies in tuberculosis contact investigation, including in case of MDR-TB, demanding regional re-thinking to improve resources, and contact investigation strategies in a district with a high incidence of tuberculosis.

Mots clés / Keywords

Tuberculose multirésistante, dépistage autour des cas, France / *Multidrug-resistant tuberculosis, tuberculosis contact investigation, France*

Introduction

En 2003, l'Île-de-France avait un taux d'incidence (TI) de tuberculose 3,5 fois supérieur à la moyenne nationale hors Île-de-France (24,8/100 000 habitants/an vs. 6,9/100 000 habitants/an). La Seine-Saint-Denis est l'un des deux départements ayant l'incidence de tuberculose la plus élevée en France métropolitaine avec 450 cas déclarés en 2003 (TI : 32,5/100 000 habitants/an) [1]. Par ailleurs, la tuberculose multirésistante (TBMR), c'est-à-dire résistante au moins à l'isoniazide et à la rifampicine, représente environ 1% des cas de tuberculose en France, avec une augmentation des cas observée entre 2002 et 2004 [2].

La stratégie du dépistage autour des cas de tuberculose est mise en avant par tous les programmes de lutte contre la tuberculose des pays à faible incidence. Cependant, une enquête menée en 2003 auprès de 84 services français de lutte antituberculeuse a montré que moins de 15% des départements réalisaient systématiquement toutes les enquêtes autour d'un cas [3]. Le dépistage autour d'un cas atteint de tuberculose repose en France sur des recommandations pratiques [4,5] préconisant que le dépistage soit initié par toute personne (biologiste ou clinicien) ayant connaissance d'un cas de tuberculose par le biais de la déclaration obligatoire (signalement et notification du cas). Le dépistage nous apparaît primordial dans une stratégie de prévention de la TBMR, en association avec un diagnostic plus rapide de la multirésistance grâce à de nouveaux tests de diagnostic rapide tels que l'amplification en chaîne par polymérase (*Polymerase Chain Reaction*, PCR), permettant une mise en place plus précoce des traitements de seconde ligne [6].

En Seine-Saint-Denis, dans le cadre de l'organisation de la lutte antituberculeuse, la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) transmet les signalements des cas de tuberculose qui lui sont adressés par les médecins déclarants au centre de lutte antituberculeuse (Clat) du département de domicile du patient. Le Clat coordinateur (Clat du lieu de résidence du patient) doit s'assurer de la réalisation de l'enquête si elle est effectuée par d'autres services, notamment lorsque des membres de l'entourage du cas résident dans d'autres départements [5]. Le groupe des sujets contacts (SC) est défini par un membre du Clat après contact téléphonique avec le cas index (CI) ou la famille proche, ou après convocation du patient puis de ses SC. Jusqu'en 2008, dans un des centres hospitaliers, un médecin pneumologue mandaté par la Ddass assurait également, sur appel des cliniciens ayant diagnostiqué la tuberculose, un premier entretien auprès des patients hospitalisés pour identifier les sujets contacts, transmettant ensuite la liste de ces sujets au Clat du domicile du patient.

L'objectif de l'étude est de décrire le dépistage des SC des patients hospitalisés pour TBMR respiratoire dans trois hôpitaux de Seine-Saint-Denis : leur identification et prise en charge par les différentes structures potentiellement impliquées, à savoir les structures officiellement en charge de ce dépistage (Clat) mais aussi les autres structures potentielles (sanatorium, hôpitaux, médecin traitant...).

Matériel et méthodes

Population de l'étude

La liste des patients (CI) présentant un prélèvement positif à *Mycobacterium tuberculosis* multirésistant entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2005 et hospitalisés dans l'un des trois hôpitaux de Seine-Saint-Denis (hôpital Avicenne à Bobigny, hôpital Jean Verdier à Bondy ou hôpital Delafontaine à Saint-Denis) a été établie par les services de bactériologie de ces hôpitaux.

A été considérée comme SC devant bénéficier d'un dépistage toute personne, adulte ou enfant, ayant eu des contacts répétés et rapprochés avec le malade pendant la période de contagiosité (3 mois précédant le diagnostic de tuberculose ou depuis le début de la toux si antérieure). La notion de contact rapproché a été définie comme le contact étroit ou régulier avec un CI [partage d'un même lieu fermé plusieurs heures par jour (famille, classe, bureau, cantine...) ou une personne ayant effectué un séjour dans un même espace défini par la distance d'une conversation].

Méthodes

L'enquête rétrospective a eu lieu entre début janvier 2006 et fin juin 2007. Nous nous sommes d'abord assurés que tous les cas répertoriés étaient bien connus du Centre national de référence (CNR) des mycobactéries et de la résistance des mycobactéries aux antituberculeux, et validés par lui. Puis nous avons vérifié si, dans chaque Clat correspondant au domicile des cas, ce dernier était connu et, si oui, si la notion de multirésistance figurait dans le dossier. Les informations disponibles dans les Clat concernant les CI et leurs SC ont été recueillies par le biais d'une grille de recueil standardisée (médecin déclarant, date de la déclaration obligatoire, date de signalement au Clat, visite d'un employé du Clat au lit du patient, liste des SC, convocations effectuées, rendez-vous assurés, nombre de consultations avec IDR et radiographie pulmonaire et délai entre les consultations, diagnostic retenu). L'identification et la prise en charge des SC étaient également étudiées dans toutes les autres sources disponibles : dossiers hospitaliers des patients et des cas secondaires, ainsi que comptes-rendus d'hospitalisation et comptes-rendus de sanatorium.

Quand les données n'étaient pas disponibles dans les Clat, les patients, leurs SC, leur médecin traitant, les centres de PMI, les sanatoriums et les pédiatres étaient contactés. Une liste des SC pour chaque CI a ainsi été établie à partir de toutes ces sources et leur dépistage étudié. Les SC ont été regroupés selon le type de contact : foyer de travailleurs, famille au sens de l'ensemble des personnes vivant sous le même toit, personnes vivant dans le même hôtel, travail, structure scolaire, amis...

Résultats

Le dépistage a été étudié autour de 15 patients présentant une TBMR respiratoire (tableau). La TBMR était connue du CNR pour tous les patients de l'étude.

Parmi les 15 patients, 11 (73%) cas étaient connus des Clat. Parmi ces 11 cas, la notion de multirésistance

était connue des Clat pour 7 patients (47%) et inconnue pour 4 patients (26%). L'entourage a été dépisté pour 7 de ces 11 patients. Ce dépistage a été complet (tous les SC identifiés ont été dépistés) pour 4 d'entre eux et incomplet pour 3. Pour 4 patients, aucun dépistage de l'entourage n'a été réalisé. L'existence d'un dépistage n'était pas liée à la connaissance de la multirésistance.

Concernant les 3 cas pour lesquels le dépistage de l'entourage était incomplet :

- le cas n°5, resté contagieux pendant deux ans, avait un entourage très nombreux dont la liste (9 familles) établie par le sanatorium a été adressée au Clat du domicile du patient, avec envoi en parallèle d'un courrier de convocation à l'adresse de ce même Clat à chaque membre de la famille. Parmi les 9 familles, 5 n'ont pas été dépistées ;

- le cas n°6 inobservant a été hospitalisé pendant deux années consécutives pour une TBMR bacillifère et aucune trace de dépistage au niveau des différents services hospitaliers ni au niveau de l'hôtel où il vivait n'a été retrouvée ;

- le cas n°7 vivait à deux endroits différents et seuls les membres de sa famille vivant en Seine-Saint-Denis ont été dépistés à l'occasion de sa maladie. Sa compagne vivant dans l'Essonne n'a été dépistée que dans un second temps par un Clat de l'Essonne après la découverte d'une TBMR chez sa fille (6 mois après le CI) et chez sa belle-sœur (un an et demi après le CI). Le profil génomique des trois souches était identique.

Parmi les 4 cas connus des Clat et dont l'entourage n'a pas été dépisté, 2 cas (n°9 et n°10) hospitalisés sous une fausse identité et ayant fugué avant l'instauration du traitement étaient perdus de vue. La famille du cas n°8 n'a pas répondu aux multiples convocations du Clat. Le patient, finalement joint par le médecin du Clat, aurait alors précisé que ses parents et sa fratrie avaient été dépistés par le médecin traitant, qui pour sa part dit n'avoir vu personne en consultation. Enfin, l'entourage du dernier cas (n°11) n'a pas été dépisté : ce dépistage a été jugé irréalisable par le Clat, le patient étant hospitalisé dans un autre département, et les demandes du Clat restant sans réponse de la part du personnel hospitalier.

Parmi les 4 CI inconnus des Clat, le dépistage n'a été réalisé qu'autour d'un cas et de façon incomplète. Il s'agissait d'une enfant âgée de 2 mois (n°12), SC du CI n°14. Seuls les trois enfants constituant son entourage pédiatrique ont été dépistés par le pédiatre à l'occasion de son hospitalisation et vus chacun à deux reprises au cours d'un suivi de 4 mois. Les SC des 3 autres cas inconnus des Clat n'ont pas été dépistés. Il est à noter que parmi ces 3 cas, le CI n°14 avait bénéficié d'une visite à l'hôpital d'un médecin chargé de l'enquête lors d'un premier épisode de TB sensible, mais le courrier de convocation de l'entourage était revenu au Clat avec la mention « inconnu à cette adresse ». Lors de la deuxième hospitalisation pour TBMR secondaire, il n'y avait pas eu de deuxième notification au Clat.

Les 32 SC dépistés et suivis, pour lesquels l'information était disponible, ont été vus en médiane 2 fois [extrêmes : 1-5] au cours d'un suivi médian de

Tableau Description du dépistage autour des 15 cas-index de tuberculose multirésistante respiratoire hospitalisés en Seine-Saint-Denis entre le 01/01/2000 et le 31/12/2005 / Table Description of respiratory TBMR contact investigations on 15 index cases hospitalised in Seine-Saint-Denis (France) between 01/01/2000 and 31/12/2005

	Clat en charge du dépistage	Multirésistance connue du Clat Oui/Non	Sujets contacts (SC) ¹	Dépistage des SC Oui (par qui) / Non	Conclusion de l'enquête
I – Cas-index (CI) connus des Clat					
1 – Dépistage complet					
CI n° 1	Clat n°1-93	Oui	Foyer de travailleurs	Oui (Clat n°1-93)	Complet
CI n° 2	Clat n°2-93	Oui	2 amis	Oui (Clat n°2-93)	Complet
CI n° 3	Clat n°1-93	Oui	Famille Lycée	Oui (Clat n°1-93) Oui (Clat n°1-93)	Complet
CI n° 4	Clat n°1-93	Non	Famille	Oui (Clat n°1-93)	Complet
2 – Dépistage incomplet					
CI n° 5	Clat n°3-93	Oui	Travail 3 familles 1 famille 5 familles	Oui (Clat n°4-93) Oui (Clat n°3-93) Oui (Clat n°1-93) Non	Partiel
CI n° 6	Clat n°3-93	Oui	Famille Hôtel 12 services hospitaliers	Oui (Clat n°1-93) Non Non	Partiel
CI n° 7	Clat n°1-93 et Clat 91	Oui	Famille (93) Compagne (91) Enfant et belle-sœur de la compagne	Oui (Clat n°1-93) Oui (Clat 91) Non	Partiel
3 – SC non dépistés					
CI n° 8	Clat 75	Non	Famille	Non ²	Non fait ²
CI n° 9	Clat n°3-93	Non	Famille	Non	Non fait ³
CI n° 10	Clat n°3-93	Oui	Enfants	Non	Non fait ³
CI n° 11	Clat n°3-93	Non	Oncle (famille) Enfant (famille)	Non Non	Non fait
II – Cas index inconnus des Clat					
1 – Dépistage incomplet					
CI n° 12 (âgée de 6 mois)	2 Clat 93 et Clat 95 et PMI	–	3 enfants (famille) Adultes de la famille	Oui (pédiatre du CI n° 12) Non ²	Partiel
2 – SC non dépistés					
CI n° 13	Clat n°2-93	–	Mère Amis	Non ² Non	Non fait ²
CI n° 14	Clat n°3-93	–	Fille = CI n° 12 Logeuse = CI n° 15 Maternité Amie Fiancé	Non Non Non Non Non	Non fait
CI n° 15	Clat n°1-93 & Clat 95	–	Famille	Non ²	Non fait ²

¹ SC identifiés rétrospectivement au cours de l'étude par l'analyse des dossiers des patients, des comptes-rendus hospitaliers, des comptes-rendus de sanatorium, des dossiers des Clat.

² SC qui a pu être joint et qui n'a pas été dépisté.

³ Usurpation d'identité / non réalisable.

Clat = Centre de lutte antituberculeuse.

9 mois [extrêmes : 3-18]. Cinq SC n'ont été vus qu'une fois. Le dépistage autour de chacun des CI a été réalisé par un Clat (du domicile ou du lieu de travail du CI, ou du domicile du SC) à l'exception des trois enfants contacts du CI n°12. Ces enfants ont été dépistés par un pédiatre hospitalier, l'identification préalable des SC ayant été réalisée par le Clat ou par d'autres structures (sanatorium...). Enfin, nous avons constaté dans notre étude 2 cas groupés de 3 cas à partir de 2 de nos CI (n°14 et n°7), méconnus des Clat dans leur intégralité. Le premier foyer concerne le CI n°14, qui a présenté une TBMR après un an d'inobservance de son traitement antituberculeux, deux mois après accouchement d'une petite fille. Celle-ci, ainsi que leur logeuse, sont restées inconnues de la PMI et du Clat et ont développé secondairement une TBMR pour

laquelle elles ont été chacune hospitalisée dans un hôpital de notre étude. Aucune trace de dépistage n'est retrouvée autour de la logeuse. Le deuxième foyer concerne le CI n°7 déjà décrit, vivant en partie en Seine-Saint-Denis et en partie dans l'Essonne, avec sa compagne, la fille (8 mois) et la sœur de celle-ci étant restées non dépistées du fait de l'absence de transmission d'informations entre les Clat des deux départements. L'enfant a été hospitalisé ultérieurement pour TBMR. La mère ne s'est pas rendue aux convocations du dépistage initié autour de ce nouveau CI, et c'est à l'occasion de la TBMR de sa sœur qu'elle sera enfin dépistée. Par ailleurs, d'autres dysfonctionnements dans le circuit du dépistage ont été repérés au cours de cette étude : un seul entretien hospitalier du médecin mandaté par la Ddass avec un des CI ; entretien

hospitalier non systématique auprès des CI hospitalisés ; absence de liste des SC dépistés dans les dossiers Clat de certains CI, ceci jusqu'à l'informatisation des dossiers qui a débuté à la fin de la période de l'étude ; peu de communication entre les Clat et les autres acteurs potentiels du dépistage (médecin traitant, hôpital, sanatorium...) ; absence de retour systématique au Clat coordinateur des résultats des dépistages autour d'un CI effectués par les Clat des autres départements ; peu de communication entre Clat d'un même département ; pas de système prévoyant la réalisation d'un nouveau signalement et d'une nouvelle notification (déclaration obligatoire) en cas de persistance de cultures positives pendant plusieurs mois consécutifs, ou lors du diagnostic d'une multirésistance secondaire, permettant alors d'initier une nouvelle enquête. Ainsi,

le CI n°6 a été hospitalisé pendant deux années consécutives dans 12 services hospitaliers différents, dont 3 services de réanimation, pour la prise en charge d'une TBMR secondaire. Il est resté bacillifère pendant un an et demi. Aucune trace de dépistage de ces services hospitaliers ou de l'hôtel dans lequel il vivait n'a été retrouvée.

Discussion

Un quart de nos CI sont inconnus des Clat de leur lieu de domicile. Parmi les 11 cas connus, les Clat ont connaissance de la multirésistance chez seulement 7 d'entre eux. Le dépistage des SC n'a été réalisé qu'autour de 7 patients, de façon complète autour de 4 cas seulement.

L'étude s'est intéressée à la période 2000-2005, soit avant la publication des dernières recommandations de dépistage autour d'un cas de tuberculose ou d'un cas de TBMR [5,7,8]. Aussi, nous avons d'abord étudié l'existence d'un dépistage pour chaque SC puis ses modalités (nombre de consultations, délai entre les consultations), les recommandations antérieures ayant toujours insisté sur l'importance d'un tel dépistage autour de tout cas de tuberculose respiratoire sensible ou résistante malgré des variations dans les modalités de mise en œuvre [4]. L'objectif de l'étude n'était par ailleurs pas de faire une liste complète des SC, impossibles à dénombrer rétrospectivement de façon certaine, mais d'évaluer, avec l'ensemble des informations disponibles, si les principaux contacts (domicile, travail...) avaient été recherchés, convoqués et dépistés. De plus, la réalisation non systématique d'inventaires des SC pour chaque CI par les Clat rendait impossible la restitution des résultats des enquêtes dans leur intégralité et la réalisation d'analyses d'évaluation de la rentabilité des enquêtes. Néanmoins notre étude montre, en dépit de son caractère rétrospectif, que certains SC (appelés au cours de l'enquête) n'ont, de façon certaine, pas été dépistés. Cette étude présente donc l'intérêt de mettre en évidence les difficultés du dépistage autour de ces patients, y compris parmi les SC qui ont pu être identifiés.

Les recommandations antérieures de dépistage dans le cadre de la TB préconisaient un entretien rapide avec le patient pour identifier les SC, un dépistage de ceux-ci dans le premier mois suivant le signalement, à 3 mois puis entre 12 et 18 mois [4], les dernières recommandations de 2006 ayant supprimé cette dernière consultation [5]. Or, malgré des hospitalisations prolongées de plus d'un mois pour 11 de ces patients (milieu hospitalier et/ou sanatorium), un seul a été vu sur son lieu d'hospitalisation par un agent mandaté par la Ddass. Les dernières recommandations sur la prise en charge des SC de patients atteints de TBMR, parues après notre étude en 2005 et 2006 [7,8], recommandent un suivi pendant deux ans. Dans notre étude, tous les SC ont été suivis au moins 3 mois lorsqu'ils étaient dépistés, soit le temps minimum actuellement recommandé dans le cadre d'une tuberculose sensible, mais insuffisamment par rapport aux recommandations antérieures et insuffisamment en ce qui concerne les recommandations actuelles concernant la TBMR (50% des patients ont été suivis moins de neuf mois).

Dans 4 cas sur les 11 cas de tuberculose connus des Clat, la multirésistance est inconnue du Clat. Or, étant donné la gravité de cette pathologie, cette information est primordiale pour modifier ou arrêter le traitement préalablement instauré d'une infection latente, pour suivre suffisamment longtemps les SC [7,8] et pour s'assurer d'un dépistage exhaustif. Nous suggérons qu'il devrait revenir au Clat de récupérer l'antibiogramme auprès du laboratoire de bactériologie.

D'autres dysfonctionnements dans le circuit du dépistage ont été observés. Le signalement direct de tout cas de TB par le médecin au Clat concerné n'était pas effectué. Or ce signalement doit être exhaustif et le plus précoce possible [5] pour permettre au Clat de déclencher l'enquête, et devrait être effectué par toute structure ayant connaissance du cas (service clinique, bactériologique...) pour en améliorer l'exhaustivité. L'entretien précoce et systématique à l'hôpital auprès du CI pour identifier les SC [5,8,9] n'est que très rarement réalisé. Or, il s'avère extrêmement important dans le cadre des TBMR, étant donné la gravité de la pathologie et les conditions de vie instables et précaires fréquentes des patients concernés. La méthode de convocation par courrier est inadaptée à une partie de cette population instable et précaire. La plupart des SC n'ayant pas répondu aux convocations par courrier étaient contactés par téléphone, mais cela n'a pas permis d'améliorer l'exhaustivité du dépistage. Les moyens humains et l'organisation actuelle n'offrent pas de consultations en dehors des heures de travail, ni ne permettent aux employés des Clat de se rendre au domicile des SC ou des CI, et très difficilement à l'hôpital. Or cela permettrait d'améliorer la qualité du dépistage autour des CI, comme cela a été montré et est préconisé ailleurs [8,10]. Il existe une mauvaise communication entre les différents Clat et un manque d'uniformisation des pratiques et du recueil de l'information. Dans le programme de lutte antituberculeuse, il est prévu que les résultats des enquêtes soient standardisés, ce qui permettrait un retour d'informations vers un Clat central [11]. L'absence de correspondance facile entre les dossiers des CI et de leurs SC, observée au cours de notre étude, a pu être améliorée en fin d'étude grâce à la généralisation de l'informatisation des dossiers. Le lien réciproque entre le Clat et le service clinique hospitalier n'est également pas optimal. Si le clinicien signalait le cas de tuberculose par le biais de la déclaration obligatoire, il n'y avait pas de contact direct entre le médecin prenant en charge le patient et le Clat. Les comptes-rendus d'hospitalisation étaient retrouvés dans les dossiers des Clat, mais il n'y avait aucun retour du dépistage effectué vers le médecin hospitalier. Ce retour permettrait de sensibiliser les cliniciens à l'importance du signalement pour obtenir une plus grande exhaustivité du dépistage des sujets contacts. À noter que depuis 2006, sous l'impulsion de la Ddass de Seine-Saint-Denis, il est demandé aux cliniciens de signaler directement les CI au Clat de leur domicile, parallèlement à l'envoi de la déclaration obligatoire, pour tenter d'améliorer l'exhaustivité du dépistage et réduire le délai d'investigation des SC [4,5].

Une méthodologie spécifique du dépistage autour des cas atteints de TBMR pourrait être proposée, avec d'une part l'instauration d'un circuit de communication entre le CNR et le Clat, permettant de s'assurer de la connaissance de la multirésistance par le Clat, et d'autre part l'instauration d'une deuxième notification à l'origine d'une deuxième enquête lors du diagnostic de multirésistance.

Conclusion

Notre étude de terrain montre des dysfonctionnements dans le circuit du dépistage, à l'origine d'une absence de dépistage chez de nombreux SC. Elle met en évidence de nombreux besoins :

- l'amélioration encore des signalements par les cliniciens ;
- la réalisation systématique d'un entretien par le Clat auprès du patient au cours de l'hospitalisation ;
- l'amélioration du lien Clat-services clinique et bactériologique ;
- la centralisation des résultats des enquêtes ;
- la récupération de l'antibiogramme par le Clat comme proposé dans le nouveau programme de lutte contre la tuberculose [11,12] ;
- une optimisation des moyens humains et de l'organisation de la lutte antituberculeuse pour permettre un dépistage plus exhaustif des SC (à leur domicile ou au minimum en dehors de leurs heures de travail) ;
- un signalement à nouveau des cas de TB en situation de multirésistance secondaire ou en cas d'échec de la prise en charge. En effet, les TBMR sont difficiles à traiter et plus souvent responsables de mortalité ou de toxicité médicamenteuse potentiellement invalidantes que les TB sensibles.

Compte tenu de la gravité des TBMR, le maximum doit être fait, au niveau des services cliniques, pour prendre en charge les patients et, au niveau des centres de dépistage, pour dépister les SC et éviter les cas secondaires sources de diffusion de l'infection.

Remerciements

Aux personnels des Clat pour leur aide précieuse et sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Au Dr Jérôme Robert au sein du CNR tuberculose.

Références

- [1] Che D, Bitar D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2003. *Bull Epidemiol Hebd.* 2005;17-18:66-9.
- [2] Robert J, Veziris N, Truffot-Pernot C, Grigorescu C, Jarlier V. Surveillance de la résistance aux antituberculeux en France : données récentes. *Bull Epidemiol Hebd.* 2007;11:90-1.
- [3] Fraisse P, Chouaïd C, Portel L, Antoun F, Blanc-Jouvan F, Dautzenberg B. La lutte antituberculeuse en France : évaluation des pratiques par un groupe de travail de la SPLF auprès des services de lutte antituberculeuse. *Rev Mal Respir.* 2005;22:45-54.
- [4] Prévention et prise en charge de la tuberculose en France. Synthèse et recommandations du groupe de travail du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (2002-2003). *Rev Mal Respir.* 2003;20:7524.
- [5] Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Groupe de travail. Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations pratiques. Présenté au CSHPF le 24 mars 2006 http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_autour_d_un_cas_de_tuberculose_Recommandations_pratiques.pdf

[6] Khuê PM, Truffot-Pernot C, Tewier-Maugein J, Jarlier V, Robert J. A 10-year prospective surveillance of Mycobacterium tuberculosis drug resistance in France, 1995-2004. Eur Respir J. 2007;30:937-44.

[7] Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. WHO 2006. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546956_eng.pdf

[8] Guidelines for the investigation of contacts of persons with infectious tuberculosis. Recommendations from the National Tuberculosis Controllers Association and CDC. MMWR Recomm Rep. 2005;54(RR-15):1-47.

[9] Sfez A, Delacourt C. Prise en charge des enfants en contact avec des sujets suivis pour une tuberculose pulmonaire multirésistante. Enquête rétrospective en Île-de-France. Mémoire de DIU de pneumologie pédiatrique. UFR de Médecine, Pharmacie de Rouen. 7 juin 2005.

[10] Malakmadze N, Gonzalez IM, Oemig T, Isiadino I, Rembert D, McCauley MM. Unsuspected recent transmission of tuberculosis among high-risk groups: implications of universal tuberculosis genotyping in its detection. Clin Infect Dis. 2005;40:366-73.

[11] Programme de lutte contre la tuberculose en France. 2007-2009. Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose. Juin 2007 (rédigé en février 2007).

[12] Paty MC. L'organisation de la lutte antituberculeuse et la mise en œuvre du programme de lutte contre la tuberculose en France. Bull Epidemiol Hebd. 2009;12-13: 117-9.

Vaccination des parents contre la coqueluche : proposition et évaluation de deux pratiques professionnelles en maternité, Haute-Savoie, 2009

Catherine Durand (catherine.durand@ch-st-julien.fr), Émilie Flament, Charlotte Tournan

Hôpital Sud Léman Valserine, Saint-Julien-en-Genevois, France

Résumé / Abstract

Contexte – La coqueluche du nourrisson reste un problème en France, où les recommandations vaccinales ciblées *cocooning* des parents sont peu suivies.

Objectifs et méthodes – Nous étudions en 2009 dans une maternité de proximité deux interventions : information et prescription vaccinale (si éligibilité) en sortie de maternité (188 parents, groupe 1), *versus* proposition de réaliser la vaccination en maternité pour les deux parents (190 parents, groupe 2). Les couvertures vaccinales des deux groupes sont réévaluées six semaines après la sortie.

Résultats – En début d'étude, 8 % des parents sont à jour de la vaccination coqueluche. Les données objectives concernant le statut vaccinal parental manquent dans 58 % des cas. En fin d'étude, la moitié des parents du groupe 1 sont vaccinés (53 %), *versus* 64 % du groupe 2. La stratégie de proposition vaccinale en maternité est la plus efficace.

Conclusion – La promotion des vaccinations parentales en maternité par le pédiatre est simple et efficace. Nous en discutons les modalités, les interactions et la complémentarité entre l'équipe périnatale et le médecin généraliste.

Pertussis vaccination for parents: proposal and evaluation of two professional practices in a maternity hospital, Haute-Savoie (France), 2009

Background – Infant pertussis is far from being controlled in France. A vaccination strategy called *cocooning* for parents is recommended, but those guidelines are rarely followed.

Objectives and methods – During 2009, we studied two vaccination strategies in a primary health care hospital: information and vaccine prescription at the time of discharge from maternity (group 1 with 188 parents), *versus* information and vaccination proposed during hospitalization to both parents (group 2 with 190 parents).

After six weeks, vaccination coverages of both groups were compared.

Results – At the beginning of the study, 8% of parents are up-to-date for pertussis vaccine. We failed to obtain objective data concerning the vaccine status for 58% of the population.

For group 1, at the end of the study, 53% of the parents were vaccinated. In group 2, 64% were immunized. The proposed vaccine strategy for both parents in maternity is most effective.

Conclusions – The promotion of parental vaccination by the paediatrician in maternity is simple and effective. The mode, interaction, and complementarity between the perinatal team and GPs are discussed.

Mots clés / Keywords

Coqueluche, vaccination, stratégie vaccinale, soins périnataux / *Pertussis, immunization, vaccine strategy, perinatal care*

Introduction

La coqueluche est loin d'être maîtrisée en France, en raison d'une diminution de l'immunité liée à l'absence de rappels, vaccinaux ou naturels [1,2]. La prévention de la coqueluche du petit nourrisson repose entre autres sur la stratégie dite « *cocooning* », consistant à vacciner l'entourage pour protéger le nourrisson non ou encore incomplètement vacciné [3,4]. Depuis 2004, des recommandations vaccinales sont émises en France en faveur de la vaccination des futurs ou nouveaux parents et des

professionnels en contact avec de jeunes nourrissons [5]. L'adhésion des professionnels est fortement requise pour l'application de ce programme, qui semble encore peu suivi [6], ce qui a conduit en 2009 à préconiser un rappel associant les valences Diphtérie, Tétanos, Polio et Coqueluche acellulaire (dTPca) généralisé chez l'adulte aux alentours de 26-28 ans [7].

Notre objectif principal était de promouvoir la vaccination parentale « *cocooning* », en obtenant que 65 % des nouveaux parents soient immunisés dans un délai de six semaines suivant la naissance de

leur enfant. Ce taux de couverture serait requis pour le contrôle de la maladie, dans le cadre d'une vaccination ciblée complétée par une dose unique de rappel dTPca à tous les adultes [8]. Dans ce but, nous avons comparé deux stratégies de vaccination : information et prescription en sortie de maternité (groupe 1) *vs.* proposition de vaccination pour les deux parents durant le séjour en maternité (groupe 2). L'objectif secondaire de l'étude était d'évaluer le statut vaccinal des adultes à l'occasion d'une grossesse, leurs connaissances sur la coqueluche et leur connaissance de leurs vaccinations.