

terme, la revue ou la mise à jour des vaccinations sont rarement évoquées (12%) et les mesures de contrôle à long terme qui, pour la grippe, devraient inclure la vaccination du personnel, ne sont pas majoritairement envisagées ou du moins citées (38%), ce qui est regrettable.

Ce travail confirme que le SIN n'est pas un outil adapté à l'estimation du poids de la grippe chez les soignants et les soignés. Cependant, notre analyse fournit des informations utiles, en particulier en confirmant la contribution des soignants à certains épisodes de grippe nosocomiale. Elle pose la question du développement d'un outil de surveillance adaptée ou d'études complémentaires ponctuelles pour mieux documenter ces épisodes, en particulier en termes de taux d'attaque parmi les personnels et les patients, de source probable de l'infection et de couverture vaccinale du personnel soignant contre la grippe. De telles études devraient également permettre d'évaluer la mise en œuvre et l'impact des mesures de contrôle recommandées. En tout état de cause, ces données ainsi que celles de l'étude

Vaxisoïn [9] soulignent l'urgence du renforcement de la couverture vaccinale contre la grippe des soignants.

Remerciements

Les auteurs remercient tous les professionnels des établissements de santé (cliniciens, microbiologistes, praticiens des équipes opérationnelles d'hygiène, responsables signalement), des CClin et de leurs antennes régionales (Arlin).

Références

- [1] Inserm. Bilan annuel du réseau Sentinelles, janvier-décembre 2009 [Internet]. Paris: 2011. Disponible à : <http://websenti.b3e.jussieu.fr/sentiweb/document.php?doc=1314>
- [2] Léon L. Estimating influenza and RSV associated deaths in mainland France. (soumis en septembre 2011).
- [3] Elder AG, O'Donnell B, McCrudden EA, Symington IS, Carman WF. Incidence and recall of influenza in a cohort of Glasgow healthcare workers during the 1993-4 epidemic: results of serum testing and questionnaire. *BMJ*. 1996;313(7067):1241-2.

[4] Vanhems P, Voirin N, Roche S, Escuret V, Regis C, Gorain C, *et al.* Risk of influenza-like illness in an acute health care setting during community influenza epidemics in 2004-2005, 2005-2006, and 2006-2007: a prospective study. *Arch Intern Med*. 2011;171(2):151-7.

[5] Voirin N, Barret B, Metzger MH, Vanhems P. Hospital-acquired influenza: a synthesis using the Outbreak Reports and Intervention Studies of Nosocomial Infection (ORION) statement. *J Hosp Infect*. 2009;71(1):1-14.

[6] Salgado CD, Farr BM, Hall KK, Hayden FG. Influenza in the acute hospital setting. *Lancet Infect Dis*. 2002;2(3):145-55.

[7] Poujol I, Thiolet JM, Bernet C, Carbonne A, Dumartin C, Sénéchal H, *et al.* Signalements externes des infections nosocomiales, France, 2007-2009. *Bull Epidémiol Hebd*. 2010;(38-39):393-7.

[8] <http://www.epidata.dk/>

[9] Guthmann JP, Fonteneau L, Ciotti C, Bouvet E, Pellissier G, Lévy-Bruhl D, *et al.* Couverture vaccinale des soignants travaillant dans les établissements de soins de France. Résultats de l'enquête nationale Vaxisoïn, 2009. *Bull Epidémiol Hebd*. 2011;(35-36):370-5.

Épisodes de coqueluche nosocomiale, France, 2008-2010

Emmanuel Belchior (e.belchior@invs.sante.fr), Isabelle Bonmarin, Isabelle Poujol, Sophie Alleaume, Jean-Michel Thiolet, Daniel Lévy-Bruhl, Bruno Coignard

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Cette étude fait un bilan des épisodes de coqueluche signalés par les établissements de santé en France de 2008 à 2010, et le compare à celui effectué sur la période de 2000 à 2007.

De 2008 à 2010, 89 épisodes de coqueluche ont été signalés. L'évolution du nombre annuel de signalements, supérieur à celui de la période 2000-2007, suivait la tendance de celle du nombre de cas pédiatriques déclarés par le réseau hospitalier Renacoq, avec un pic identifié en 2009. Les recommandations actualisées en 2008 ont majoritairement été suivies, montrant une amélioration de la prise en charge de ces épisodes. Cependant, le personnel soignant restait le plus souvent à l'origine des contaminations. La gestion des épisodes mobilisait toujours durablement les équipes en charge de leur maîtrise. La confirmation diagnostique demeurait toujours limitée. Le remboursement de la PCR par l'Assurance maladie, effectif depuis le 15 mars 2011, devrait contourner cette difficulté et, allié à une amélioration de la couverture vaccinale du personnel, permettre une meilleure maîtrise de ces épisodes de coqueluche en établissements de santé.

Mots clés / Key words

Infections nosocomiales, coqueluche, France / Healthcare-associated infections, pertussis, France

Introduction

La coqueluche est une infection bactérienne due très majoritairement à *Bordetella pertussis*. Cette maladie peu fébrile de l'arbre respiratoire inférieur est d'évolution longue et hautement contagieuse. La transmission est aérienne et se fait au contact d'un sujet malade. Elle survient essentiellement au niveau intrafamilial ou au sein de collectivités.

L'expression clinique de la coqueluche est variable selon les sujets et rend le diagnostic clinique parfois difficile. Elle va de la forme maligne des nourrissons de moins de 3 mois avec détresse respiratoire et défaillance polyviscérale, à la coqueluche de l'adulte le plus souvent méconnue

et dont le diagnostic devrait être évoqué devant toute toux sans cause évidente, persistante ou s'aggravant au-delà d'une semaine. La période d'incubation moyenne est de 10 jours (extrêmes 7 à 21 jours). La contagiosité débute dès le début des symptômes. Elle est maximale pendant la phase catarrhale puis diminue avec le temps. Elle peut être considérée comme nulle après trois semaines sans antibiothérapie ou après trois à cinq jours selon le traitement antibiotique prescrit. La PCR (*Polymerase Chain Reaction*) et la culture sont actuellement les méthodes de référence pour confirmer le diagnostic. Elles doivent être réalisées à partir de prélèvements nasopharyngés réalisés dans les trois premières semaines de la maladie. La sérologie ne peut être interpré-

Healthcare-associated pertussis infections, France, 2008-2010

This study reviews notifications of healthcare-associated pertussis from 2008 to 2010 in France. The results were compared to those obtained from notifications made between 2000 and 2007.

From 2008 to 2010, 89 episodes of pertussis were reported. This increasing number was in line with the paediatric cases trends identified by the hospital network Renacoq with a peak reported in 2009. The 2008 updated guidelines were well followed, showing an improvement in the management of these episodes. Nevertheless, healthcare workers were still the main source of contamination. The management of episodes usually mobilized teams in charge of their control for a long period of time. Diagnostic confirmation was still difficult. Recent reimbursement of the PCR since 15 March 2011 should offset this problem and improve the management of pertussis episodes in healthcare settings where healthcare workers should be vaccinated.

tée qu'à partir de la mise en évidence des anticorps antitoxine pertussique chez des sujets tousant depuis plus de trois semaines et n'ayant pas reçu de vaccin dans les 3 dernières années. La majorité des tests sérologiques commerciaux disponibles en France n'ont pas été validés.

La très bonne couverture vaccinale du nourrisson contre la coqueluche a fait disparaître la maladie chez l'enfant [1]. Cependant, la durée de protection induite par le vaccin ou la maladie est limitée dans le temps. Ainsi, les adolescents et les adultes, qui ne sont plus protégés par la vaccination ou la maladie, constituent le réservoir de l'infection et sont une source de contamination pour les nourrissons trop jeunes pour être vaccinés [2].

La primo-vaccination est recommandée dès l'âge de 2 mois et comprend trois injections à 1 mois d'intervalle. Elle est suivie d'un premier rappel à 16-18 mois puis d'un second à 11-13 ans. Un seul rappel dans la vie adulte est proposé au personnel soignant ainsi qu'aux futurs parents et adultes en contact étroit avec des nourrissons [3].

La survenue de cas de coqueluche dans les établissements de santé n'est pas un événement rare et le personnel de santé est très souvent à l'origine des cas groupés [4]. Les mesures de contrôle à mettre en place sont justifiées du fait du risque de transmission à des sujets susceptibles de développer des formes graves.

Depuis 1986, la coqueluche n'est plus inscrite sur la liste des maladies à déclaration obligatoire. Cependant, un réseau de bactériologistes et de pédiatres hospitaliers, Renacoq, assure une surveillance des cas pédiatriques hospitalisés depuis 1996 [5]. Par ailleurs, les médecins sont incités à déclarer les cas groupés de coqueluche à l'Agence régionale de santé (ARS) [6]. Le signalement des infections nosocomiales (IN) contribue également au recueil des épisodes de coqueluche survenant en milieu de soins [7].

Cette étude dresse un bilan des épisodes de coqueluche survenus dans les établissements de santé en France de 2008 à 2010, afin de les décrire, d'évaluer les mesures de contrôle mises en place pour leur gestion et de comparer ce bilan avec celui effectué sur les signalements de 2000 à 2007 [8].

Méthodes

Une coqueluche nosocomiale a été définie comme une infection à *B. pertussis* survenant dans un établissement de santé chez des patients ou des soignants, qu'elle soit importée ou acquise dans l'établissement, avec une durée d'hospitalisation chez le patient compatible avec la durée d'incubation de la coqueluche.

Le signalement des IN a été mis en place dans l'ensemble des établissements de santé français par décret du 26 juillet 2001 [7]. Les méthodes sont par ailleurs détaillées dans le dernier bilan effectué en 2010 des signalements externes d'IN [9].

Tous les signalements d'IN de coqueluche rapportés à l'Institut de veille sanitaire (InVS) et dont la date de survenue de l'épisode était comprise entre janvier 2008 et décembre 2010 ont été inclus dans l'analyse.

La fiche de signalement standardisée comporte les informations suivantes : type et statut de l'établissement, nombre de cas et de décès, dates de survenue du premier et du dernier cas, motif de signalement, description de l'événement (site infectieux, micro-organisme, type de service concerné), investigations réalisées et mesures de contrôle mises en place.

Par ailleurs, tous les cas survenant en établissements de santé signalés à l'InVS durant la même période d'étude et qui n'ont pas fait l'objet d'un signalement spécifique d'IN ont été inclus.

Un cas de coqueluche devait correspondre à l'une des définitions suivantes :

- clinique : toux avec quintes évocatrices d'au moins 14 jours en l'absence d'une autre étiologie ;

- biologique : culture ou PCR positive, ou une sérologie positive chez un sujet n'ayant pas reçu de vaccination anticoquelucheuse depuis au moins 3 ans ;

- épidémiologique : cas en contact dans les trois semaines précédant le début de sa toux avec un cas de coqueluche confirmé biologiquement [6].

Nous avons considéré comme cas groupés les épisodes décrivant au moins 2 cas de coqueluche contemporains ou successifs, survenant dans une même unité géographique et dont la chronologie des signes cliniques était compatible avec les périodes d'incubation et de contagiosité de la maladie.

L'ensemble des données a été complété par des informations disponibles ultérieurement dans des rapports d'investigation ou courriels. Cette base de données sur des épisodes de coqueluche survenus dans les établissements de santé en France de 2008 à 2010 a fait l'objet d'une analyse descriptive.

Les cinq zones couvertes par les Centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CClin) (Est, Ouest, Paris-Nord, Sud-est, Sud-ouest) sur lesquels repose la lutte contre les IN ont été retenues pour étudier la distribution géographique des signalements.

La durée de l'épisode a été calculée par la différence entre les dates de début des signes du dernier cas et du premier cas. Le délai de déclenchement d'un signalement a été calculé par la différence entre la date d'émission de la fiche de signalement et la date du début des signes du premier cas rapporté. Concernant les mesures de contrôle mises en place, les informations étudiées étaient celles communes aux deux types de signalements : spécifique des IN ou direct à l'InVS. Enfin, nous avons comparé les résultats de l'analyse à ceux de l'analyse réalisée sur la période 2000-2007 [8].

Résultats

Entre 2008 et 2010, 89 épisodes de coqueluche survenus en établissements de santé ont été signalés à l'InVS. Parmi ceux-ci, 78 (88%) l'étaient par le signalement spécifique des IN. Le nombre d'épisodes a augmenté en 2008 pour atteindre un pic en 2009 puis a diminué en 2010. Le nombre annuel moyen (environ 30) de la période 2008-2010 était supérieur au nombre moyen annuel de signalements (environ 9) de la période 2000-2007. Par ailleurs, l'évolution du nombre de signalements suivait la tendance de l'évolution du nombre de cas déclarés par Renacoq de 2006 à 2010 (figure 1).

La proportion du nombre de signalements d'IN coqueluche (78) parmi le nombre total de signalements d'IN (4 248) était de 1,8% pour 2008-2010 contre 0,9% (47/5 339) pour la période 2000-2007. Cette proportion variait selon l'interrégion de 1,0% (Est) à 2,5% (Sud-Ouest et Sud-Est). L'interrégion Paris-Nord restait la région contribuant le plus aux signalements d'IN de coqueluche (31%) comme au nombre total de signalements d'IN (34%) (tableau 1).

Parmi ces 89 épisodes, 21 (24%) correspondaient à des cas uniques et 68 (76%) à des cas groupés (figure 2) pour lesquels le nombre moyen de cas déclarés était de 4 [2-24 cas] avec une médiane à 3 cas (8 sur la période 2000-2007).

Parmi les établissements de santé ayant signalé ces épisodes de coqueluche, 79% étaient des établissements publics et 54% étaient des centres hospitaliers.

Les services les plus concernés par ces épisodes étaient ceux de soins de courte durée recevant des adultes (49%) suivis de ceux recevant des enfants (20%) (tableau 2). En 2000-2007, les services les plus concernés étaient ceux accueillant des nourrissons.

Figure 1 Répartition annuelle des signalements d'épisodes de coqueluche nosocomiale selon le type et comparaison avec l'évolution du nombre de cas de moins de 17 ans déclarés par les bactériologistes du réseau hospitalier pédiatrique Renacoq, France, 2001-2010 / *Figure 1* Annual distribution of reports of healthcare-associated pertussis according to the type of report and comparison with the annual number of pertussis cases among children under 17 years old, Renacoq, France, 2001-2010

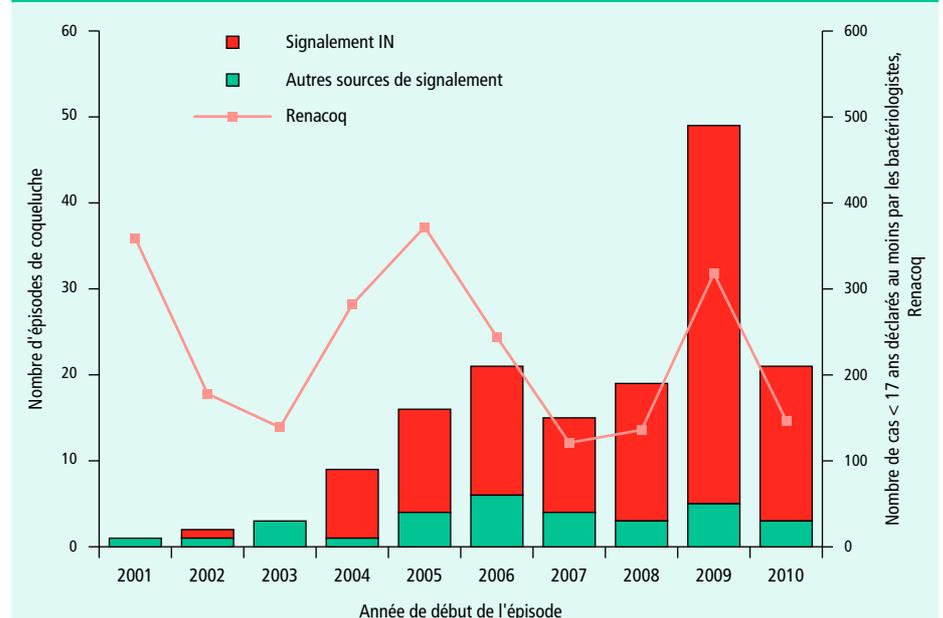


Tableau 1 Épisodes de coqueluche nosocomiale selon l'interrégion concernée, France, 2000-2010 /
Table 1 Healthcare-associated pertussis episodes by region, France, 2000-2010

Période	Épisodes de coqueluche signalés				Signalements d'IN				Signalements d'IN coqueluche et proportion par rapport aux signalements d'IN			
	2008-2010		2000-2007		2008-2010		2000-2007		2008-2010		2000-2007	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Inter-région												
Paris-Nord	28	31	32	47	1 437	34	2 091	39	24	1,7	22	1,1
Sud-est	24	27	12	18	894	21	1 311	25	22	2,5	9	0,7
Ouest	14	16	11	16	488	11	627	12	12	2,5	8	1,3
Est	12	13	7	10	448	11	736	14	10	2,2	5	0,7
Sud-ouest	11	12	6	9	981	23	574	11	10	1,0	3	0,5
Total	89	100	68	100	4 248	100	5 339	100	78	1,8	47	0,9

Figure 2 Principales caractéristiques des épisodes de coqueluche nosocomiale signalés, France, 2008-2010 /
Figure 2 Main characteristics of the reported healthcare-associated pertussis episodes, France, 2008-2010

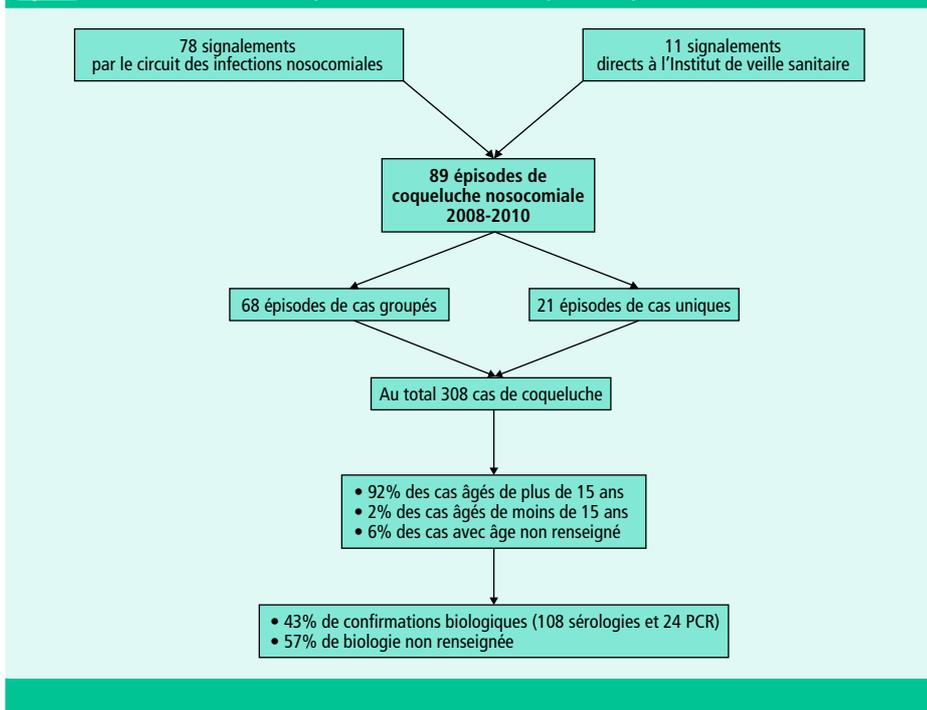


Tableau 2 Épisodes de coqueluche nosocomiale selon le statut, le type et le service de l'établissement concerné, France, 2008-2010 /
Table 2 Healthcare-associated pertussis episodes by health care setting status, type and service, France, 2008-2010

Caractéristiques de l'établissement	N	%
Statut		
Public	70	79
Privé	13	15
Participant au service public hospitalier	6	7
Type		
Centre hospitalier	48	54
Médecine Chirurgie Obstétrique	9	10
Centre hospitalier régional	8	9
Hôpital local	8	9
Centre de lutte contre le cancer	4	4
Établissement pour personnes âgées dépendantes	5	6
Psychiatrie	4	4
Soins Suite Rééducation	3	3
Services de soins de courte durée	62	70
Adultes et personnes âgées	44	49
Enfants	18	20
Services de soins de moyenne et longue durée	27	30
Personnes âgées	17	19
Psychiatrie	5	6
Services inconnus	5	6
Total	89	100

Ces 89 épisodes totalisaient 308 cas, dont 92% chez des personnes de plus de 15 ans (93% en 2000-2007), 2% chez des enfants de moins de 15 ans (7% en 2000-2007). Pour 6% d'entre eux, l'âge n'était pas renseigné. Deux décès ont été rapportés au décours des épisodes de coqueluche, tous deux chez des personnes âgées de plus de 15 ans : un dans une unité de psychiatrie et l'autre dans un service de soins de longue durée. Seuls 4 épisodes incluaient des nourrissons (donnée non disponible pour 2000-2007).

Au total, 132 (43%) cas ont eu une confirmation biologique de la coqueluche. Sur ces 132 cas documentés, 108 (82%) étaient confirmés par la sérologie et 24 (18%) par la PCR. En 2000-2007, la moitié des cas (194/413) était confirmée biologiquement et, sur 64 cas documentés seulement, 58 (91%) étaient confirmés par la sérologie et 6 (9%) par la PCR. Parmi les 17 épisodes de coqueluche dans les services de soins de moyenne et longue durée accueillant des personnes âgées, le diagnostic de coqueluche a été porté pour 11 épisodes (65%) par sérologie et 6 (35%) n'ont eu aucune confirmation biologique.

Le délai moyen entre le début de l'épisode et la date de signalement était de 55 jours

[1-431 jours] avec une médiane à 34 jours. En 2000-2007, le délai moyen était de 47 jours et la médiane à 32 jours. La durée moyenne des épisodes de cas groupés pour lesquels l'information était disponible était de 48 jours [1-425 jours] avec une médiane à 33 jours. En 2000-2007, la durée moyenne était de 37 jours et la médiane à 20 jours.

Parmi les 89 épisodes, 55 (62%) concernaient exclusivement des personnels de santé, 17 (19%) exclusivement des patients et 17 (19%) associaient les deux. Parmi ces derniers pour lesquels l'information était renseignée (n=16), la source de contamination était rapportée comme étant le soignant lors de 9 (56%) épisodes contre 7 (44%) pour le patient, sans différence significative (p=0,4) selon que le signalement avait été fait par le signalement spécifique des IN ou directement à l'InVS. En comparaison, durant la période 2000-2007, 56% des épisodes concernaient exclusivement des personnels soignants, 16% exclusivement des patients et 28% associaient patients et professionnels. Parmi ces derniers, le cas index était un membre du personnel dans environ 50% (9/19) des épisodes.

Les caractéristiques principales de gestion et de contrôle de ces épisodes sont résumées dans le tableau 3. Une investigation au moment du signalement a été réalisée quasi-systématiquement (96% des 68 épisodes de cas groupés). Pour la majorité des épisodes, une recherche active des cas et des contacts a été effectuée (82% des épisodes contre 84% en 2000-2007) et une information a été faite aux patients et aux soignants (79% des épisodes contre 32% en 2000-2007). Les mesures de contrôle au moment du signalement ont également été mises en place quasi-systématiquement (92% des épisodes).

Parmi les mesures correctrices prises au moment du signalement, la recommandation du port du masque en cas de toux (52% des épisodes, donnée non disponible pour 2000-2007) et une mise à jour des vaccinations (60% des épisodes contre 32% en 2000-2007) ont été les plus citées. Parmi les 17 épisodes qui concernaient exclusivement les patients, 12 (71%) ont fait l'objet d'un isolement respiratoire. Parmi les 55 épisodes qui concernaient exclusivement les personnels de santé, 29 (53%) ont fait l'objet d'une éviction du lieu de travail des personnels malades. L'usage d'antibiotiques en prophylaxie a été mis en place lors de 35 épisodes (39% des épisodes contre 44% en 2000-2007). Au moment du signalement, 51% des épisodes ont été jugés maîtrisés alors que 8% ne l'étaient pas et 28% étaient en cours de maîtrise. L'information n'était pas disponible pour 13% des épisodes (tableau 3).

Discussion

Cette étude a permis d'établir un bilan des épisodes de coqueluche dans les établissements de santé de 2008 à 2010 et de le comparer à celui effectué pour la période 2000-2007. Ce premier bilan proposait plusieurs recommandations : une détection rapide des cas, la mise en place immédiate de mesures de contrôle, une sensibilisation du personnel au port du masque, la vaccination du personnel contre la coqueluche afin de réduire le nombre et la durée des épisodes de coqueluche en établissements de santé et une utilisation plus systématique des outils d'alerte et de suivi [8].

Tableau 3 Description des mesures mises en place lors des épisodes de coqueluche nosocomiale, France, 2000-2010 / **Table 3** Description of control measures of healthcare-associated pertussis episodes, France, 2000-2010

Période	2008-2010 (n=89)						2000-2007 (n=68)	
	Oui		Non		NR ^a		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Mesures mises en place								
Investigations réalisées à la date du signalement	82	92	5	6	2	2	–	–
Recherche active des cas et des contacts	73	82	0	0	16	18	57	84
Information du personnel et des patients	70	79	0	0	19	21	22	32
Mesures de contrôle								
Prise à la date du signalement	82	92	2	2	5	6	–	–
À prévoir à long terme	43	48	9	10	37	42	–	–
Types de mesures correctrices à la date du signalement								
Isolement des patients	27	30	0	0	62	70	–	–
Éviction du personnel de santé infecté	34	38	0	0	55	62	–	–
Recommandations de port du masque en cas de toux	46	52	0	0	43	48	–	–
Antibioprophylaxie	35	39	1	1	53	60	30	44
Mise à jour des vaccinations	53	60	1	1	35	39	22	32
Besoins d'expertise	11	12	61	69	17	19	–	–
Mise en place d'une cellule de crise	24	27	15	17	50	56	–	–
Maitrise de l'épisode au moment du signalement	45	51	32	36	12	13	–	–
Envoi d'un rapport d'investigation	32	36	57	64	0	0	36	53

^a NR=non renseigné.

Le nombre d'épisodes signalés de 2008 à 2010 ainsi que la proportion de signalements coqueluche parmi le nombre total de signalements des IN ont augmenté par rapport au précédent bilan. L'interrégion Paris-Nord reste la région la plus concernée. Les interrégions Sud-est et Sud-ouest voient la proportion de leur signalement d'IN coqueluche augmenter entre les deux périodes. Cette augmentation pourrait s'expliquer soit par l'augmentation du nombre de cas de coqueluche dans la communauté, soit par une amélioration du signalement suite à une meilleure sensibilisation des équipes. Cette hypothèse est renforcée par le fait que le nombre moyen de cas par épisode est en diminution. Les services pédiatriques, les plus à risque, sont également moins touchés.

Cependant, la confirmation biologique des cas est encore faible, du fait notamment de l'utilisation encore limitée de la PCR, même si une augmentation de son utilisation a été constatée entre les deux bilans. De même, l'augmentation du nombre de signalements de coqueluche dans les services accueillant des personnes âgées, dont près d'un tiers n'a pas été confirmé biologiquement, pourrait laisser supposer d'autres étiologies. Cette difficulté de confirmation diagnostique devrait être rapidement contournée dans les années à venir. En effet la PCR, de meilleure sensibilité que la culture si elle est réalisée dans les 3 premières semaines suivant le début des signes, est remboursée officiellement par l'Assurance maladie depuis le 15 mars 2011 [10].

Malgré une diminution du nombre moyen de cas par épisode, la durée moyenne des épisodes a augmenté et est encore longue, rappelant l'impact important tant humain que financier de la gestion de ces épisodes et la nécessité de la mise en place immédiate des mesures de contrôle. Une longue incubation de la maladie, l'absence de signes cliniques spécifiques de la coqueluche chez l'adulte et la confirmation diagnostique,

souvent tardive lorsqu'elle est effectuée, sont autant d'éléments pouvant expliquer la difficulté pour réduire la durée de ces épisodes.

Le personnel soignant reste le plus souvent à l'origine de ces épisodes de coqueluche. Il est important de sensibiliser cette population au risque de transmission de coqueluche qu'ils font courir aux personnes les plus fragiles. De plus, les données récentes obtenues chez le personnel soignant des établissements de santé montrent une couverture insuffisante de la vaccination contre la coqueluche (11,4%) [11]. Ainsi, une sensibilisation au risque de transmission et l'incitation à la vaccination contre la coqueluche sont des éléments importants dans la maîtrise de ces épisodes.

Cependant, la mise en œuvre des mesures de contrôle est plus conforme aux dernières recommandations actualisées en 2008 sur la conduite à tenir en cas d'épisodes de coqueluche dans des établissements de santé [6], puisque l'investigation de l'épisode, la recherche active des cas et des contacts, l'information du personnel et des patients, la recommandation du port du masque en cas de toux débutante ainsi que la mise à jour des vaccinations ont été mises en place dans la majorité des épisodes signalés.

Concernant l'utilisation plus systématique des outils d'alerte et de suivi, cette recommandation semble avoir été suivie puisque la grande majorité des signalements a été effectuée via le circuit spécifique de signalement des IN. Le faible nombre de signalements effectués directement à l'InVS ainsi que le peu de sollicitations d'expertise extérieures laissent supposer un meilleur contrôle des épisodes.

Conclusion

Ce bilan suggère que les équipes soignantes se sont progressivement approprié les recommandations faites lors du bilan de 2008. Cependant, la confirmation biologique des épisodes reste

primordiale afin de pouvoir mettre en place rapidement des mesures de contrôle spécifiques. Le remboursement officiel de la PCR devrait favoriser son utilisation plus systématique. Enfin, compte tenu du fait que le personnel soignant demeure fréquemment la principale source de contamination, il est impératif d'obtenir une meilleure couverture vaccinale des personnels de santé afin de diminuer le nombre d'épisodes de coqueluche et de limiter leur durée, notamment pour les patients les plus à risque.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des cliniciens et des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière des établissements de santé, les CCLin, les Antennes régionales de lutte contre les IN (Arlin), les ARS ainsi que les Cire.

Références

- [1] Fonteneau L, Guthmann JP, Collet M, Vilain A, Herbet JB, Lévy-Bruhl D. Couvertures vaccinales chez l'enfant estimées à partir des certificats de santé du 24^{ème} mois, France, 2004-2007. Bull Epidemiol Hebd. 2010;(31-32):330-3.
- [2] Bonmarin I, Levy-Bruhl D, Baron S, Guiso N, Njamkepo E, Caro V; Renacoq. Pertussis surveillance in French hospitals: results from a 10 year period. Euro Surveill. 2007 Jan 20;12(1). Disponible à : <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=678>
- [3] Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2011 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. Bull Epidemiol Hebd. 2011; (10-11):101-56.
- [4] Bonmarin I, Poujol I, Lévy-Bruhl D. Nosocomial infections and community clusters of pertussis in France, 2000-2005. Euro Surveill. 2007;12(11): pii=748. Disponible à : <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=748>
- [5] Institut de veille sanitaire. Coqueluche. Données épidémiologiques (mise à jour le 3 février 2011). Données annuelles de surveillance du réseau hospitalier Renacoq. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/coqueluche/default.htm>
- [6] Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Haut Conseil de la santé publique. Rapport relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche. Paris: HCSP ; 2008. 28 p. Disponible à : <http://www.sante.gouv.fr/coqueluche.html>
- [7] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État). JO du 28/07/2001.
- [8] Poujol I, Bonmarin I, Thiolet JM, Coignard B. Épisodes de coqueluche dans les établissements de santé : la situation épidémiologique en France, 2000-2007. Hygiènes. 2008;16(6):445-9.
- [9] Poujol I, Thiolet JM, Bernet C, Carbone A, Dumartin C, Sénéchal H, et al. Signalements externes des infections nosocomiales, France, 2007-2009. Bull Epidemiol Hebd. 2010;(38-39):393-7.
- [10] Décision du 19 octobre 2010 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. JO du 15/02/2011. Disponible à : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023587047&dateTexte=&categorieLien=id>
- [11] Guthmann JP, Fonteneau L, Ciotti C, Bouvet E, Pellissier G, Lévy-Bruhl D, et al. Couverture vaccinale des soignants travaillant dans les établissements de soins de France. Résultats de l'enquête nationale Vaccin, 2009. Bull Epidemiol Hebd. 2011;(35-36):370-5.