

## Adresses utiles...

Conseil National de l'Ordre des Sages Femmes :

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/>

CERDAM Centre de Ressource Documentaire pour l'Allaitement

Maternel : [www.info-allaitement.org/CERDAM/index.htm](http://www.info-allaitement.org/CERDAM/index.htm)

Nosobase® Hygiène Hospitalière et Infections nosocomiales:

<http://nosobase.chu-lyon.fr/>

SFHH Société Française d'Hygiène Hospitalière :

<http://www.sfhh.net/>

### ✉ Appel à communications

Afin que ce bulletin devienne un lieu privilégié d'échange entre les maternités du Sud-Est, n'hésitez pas à nous faire parvenir de courts textes (1 page Word, taille de caractères 12) traitant de vos expériences ou bien exposant vos problèmes et interrogations.

**Responsable de publication : Louis AYZAC**  
**Pour tout renseignement contacter le CCLIN\* Sud-Est**

Tel : 04 78 86 49 20 - Fax : 04 78 86 49 48

E-mail : [cclinse@chu-lyon.fr](mailto:cclinse@chu-lyon.fr)

Site Internet : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/>

\*Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

# Mater.li@n

**LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN MATERNITE**

N°18 mai 2009

Journée Mater Sud Est- Lyon 25 novembre 2008

## La coqueluche en maternité

La coqueluche en maternité est une réalité[1] : J Hood et al rapporte une épidémie de coqueluche survenue dans une même maternité au Texas en 2004 qui a conduit à l'hospitalisation de 6 nourrissons nés. L'enquête (CDC) avait identifié une professionnelle de santé qui toussait et pour laquelle le diagnostic de coqueluche avait été biologiquement confirmé. La recherche des bébés contacts montrait qu'elle s'était occupée de 113 nouveau-nés dont 11 avaient présenté une coqueluche (taux d'attaque: 9,7%) : 5 hospitalisés en réanimation (3 ventilés), 5 hospitalisés en pédiatrie ou aux urgences et 1 traité en ambulatoire.

Les coqueluches nosocomiales existent aussi en France. Depuis 2001, les cas groupés d'infections nosocomiales doivent faire l'objet d'une déclaration au CCLIN et à la DDASS. L'analyse des cas par l'InVS[2] a mis en évidence, entre 2000 et 2005, 67 foyers signalés, 31 en établissements de santé dont 16 provenant de maternités, services de néonatalogie ou de pédiatrie. Parmi les 27 épisodes de cas groupés en 2005, le personnel de santé est systématiquement concerné. Seuls, sept épisodes avaient pour origine un malade hospitalisé. Des malades hospitalisés ont été contaminés dans 3 foyers. Des mesures de contrôle ont été mises en place dans 22 établissements. Un service a contacté jusqu'à 440 personnes. Le coût a été estimé pour un établissement à 46 661€.

La coqueluche est une maladie infectieuse et contagieuse liée à *Bordetella pertussis*, bacille gram négatif. Elle est transmise par voie aérienne au contact d'un malade (toux) avec un risque maximal pendant la phase catarrhale, qui cesse après 3 semaines. Le risque est majoré par : (1) l'exposition prolongée et répétée, (2) l'atmosphère confinée, (3) la phase précoce de la maladie.

La coqueluche est une maladie grave chez le nourrisson. Il y a en moyenne 3 décès par an (entre 0 et 11). Quatre vingt huit pour cent ont lieu chez les bébés

de moins de 3 mois [2]. Les nourrissons sont le plus souvent contaminés par les adultes. Ce sont, eux, les réservoirs essentiels de la maladie qui présentent des formes atténuées et non diagnostiquées. La maladie immunise pour 12 à 15 ans, la vaccination pour environ 8 ans. Tout adulte est potentiellement réceptif à la coqueluche.

Que font les autorités de santé pour y pallier? Le Haut Comité de Santé Publique a édité un Guide relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche en 2004 et l'a actualisé en juin 2008 [3]. Il a aussi adopté des adaptations du calendrier vaccinal en 2004 puis en 2007 [4].

La prévention de la transmission de la coqueluche en établissement de santé repose sur l'identification précoce de la coqueluche parmi le personnel soignant : un cas est suspect s'il présente une toux insomnante nocturne avec des quintes évocatrices, c'est à dire aboutissant à une reprise inspiratoire difficile ou un chant du coq ou des vomissements ou un accès de cyanose voir une apnée ou associées à une hyper lymphocytose, depuis plus de 8 jours, et en l'absence d'une autre étiologie. La confirmation du diagnostic est indispensable : la référence est la PCR, à défaut si la toux dure depuis plus de 3 semaines, la confirmation peut se faire par sérologie, après avis d'un médecin compétent en infectiologie. Le port du masque pour tout soignant qui tousse est obligatoire. L'éviction de tout sujet suspect doit être prononcée : jusqu'à 3 semaines de toux en l'absence de traitement ou pendant 3 à 5 jours (selon le traitement prescrit) après le début de l'antibiothérapie. L'antibiothérapie du sujet index doit être effectuée pour limiter le risque de transmission. Sont actuellement recommandés : azithromycine (500mg/j en 1 prise 3 jours) ou clarithromycine (500 à 1000mg/j en 2 prises pendant 10 jours). Les mesures de contrôle doivent être mises en place dès la confirmation de la coqueluche. Le signalement doit être immédiat effectué, interne vers l'équipe d'hygiène hospitalière, le Clin et la médecine de travail, puis externe vers le CCLIN et la DDASS.

Les mesures concernant le personnel comprennent (1) une information du personnel sur le risque d'une contamination, la conduite à tenir devant l'apparition d'une toux même banale pendant les 3 semaines après les derniers contacts supposés infectants. (2) l'identification, l'investigation, le traitement et l'éviction rapide du personnel présentant une toux suspecte de coqueluche, le port du masque dans les cas douteux en attendant les éléments de confirmation. (3) l'antibioprophylaxie du personnel exposé au cas si ce personnel est à risque et non protégé par la vaccination. (4) la mise à jour des vaccinations parmi le personnel soignant selon le calendrier vaccinal en rigueur.

Les mesures concernant les patients comprennent (1) l'identification des patients ou résidents exposés pour information, la recherche de cas et l'antibioprophylaxie (macrolides) des personnes à risque asymptomatiques et non protégées par la vaccination. Ne pas oublier les patients exposés qui

seraient sortis de l'établissement. Ceci concerne bien entendu les nouveaux nés. (2) la mise en place d'une surveillance active pour la détection de nouveaux cas. Des mesures propres aux maternités doivent être envisagées : (1) pour le personnel, du fait des contacts avec les nouveau-nés, la majorité du personnel rentre dans la catégorie des sujets susceptibles de transmettre la maladie à des sujets fragiles. Pour autant, l'antibioprophylaxie ne peut pas être généralisée d'emblée à l'ensemble du service. Une analyse bénéfique/risque doit permettre de ne proposer une prophylaxie qu'aux personnels les plus exposés aux cas. (2) pour les patients, les patients exposés sont potentiellement le binôme mère/enfant. Le personnel en contact proche avec l'enfant (puéricultrice) n'est souvent pas celui qui est en contact proche avec la mère (sage-femme). Dans cette situation, il est important au cas par cas d'identifier qui, a été principalement exposé et de ne proposer une prophylaxie qu'à cette personne : (a) si une puéricultrice a une coqueluche, seuls les enfants dont elle aura pris soins seront traités. Leurs mères recevront l'information de se surveiller pendant les 3 semaines suivant le dernier contact avec la puéricultrice. (b) si une sage-femme a une coqueluche, seules les femmes à qui elle aura prodigué des soins seront traitées. Leurs nouveau-nés ne recevront une chimioprophylaxie que si la maman développe la maladie. Si les deux, mère et enfant, ont été exposés conjointement, la prophylaxie est à donner systématiquement à l'enfant. La prophylaxie conjointe de la mère dépend de la fréquence et de la proximité du contact avec le cas de coqueluche. La vaccination de l'entourage proche du nouveau né est à mettre à jour

*D.Floret,*

*Université Claude Bernard Lyon1, Hôpital Femme Mère Enfant Bron,  
Président du Comité Technique des Vaccinations*

1. Hood J, Murphey D, Dunn J (2008) **Hospital-Acquired Pertussis Among Newborns - Texas, 2004.** MMWR. 57 (22): 600-603
2. Bonmarin I, Poujol I, Levy-Bruhl D (2007) **Nosocomial infections and community clusters of pertussis in France, 2000-2005.** Euro Surveill. 12 (10-12): 364-367
3. Haut Conseil de Santé Publique (2008) **Rapport relatif a la conduite a tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche** [http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcspr20080905\\_coqueluche.pdf](http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcspr20080905_coqueluche.pdf).
4. Haut Conseil de Santé Publique (2008) **Calendrier vaccinal 2008. Avis du Haut Conseil de la Santé Publique.** BEH. (16-17): 131-148
5. Haut Conseil de Santé Publique (2008) **Avis relatif aux recommandations vaccinales contre la coqueluche du 19 mars 2008.** [http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcspa20080319\\_coqueluche.pdf](http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcspa20080319_coqueluche.pdf).

### Appliquer les recommandations pour éviter ces situations!

Le Haut Conseil de la Santé Publique recommande[5] : ① **La vaccination contre la coqueluche par un vaccin dTcaPolio de l'ensemble des personnels soignants**, à l'occasion d'un rappel décennal dTPolio. Cette mesure s'applique aussi aux étudiants des filières médicales et paramédicales. ② **Le rattrapage des professionnels en contact avec des nourrissons trop jeunes pour avoir reçu trois doses de vaccin coquelucheux** : personnel médical et paramédical des maternités, des services de néonatalogie, de tout service de pédiatrie prenant en charge des nourrissons de moins de 6 mois et le personnel de la petite enfance. Pour ces personnes, **le délai minimal séparant une vaccination dTPolio de l'administration du vaccin quadrivalent peut être ramené à deux ans.** ③ **Qu'en cas de survenue de cas groupés en collectivité, le délai séparant une vaccination dTPolio de l'administration du vaccin quadrivalent peut être ramené à un mois.** ④ qu'en l'état actuel des connaissances, **il n'y a pas lieu d'administrer plus d'une dose de vaccin dTcaPolio chez l'adulte.**

### Le personnel des maternités est concerné au plus haut point par la prévention de la coqueluche du nourrisson!

Le Haut Conseil de la Santé Publique[5] : ❶ **Insiste sur l'importance de la recommandation d'une vaccination avec le vaccin dTcaPolio des adultes ayant un projet parental et, à l'occasion d'une grossesse, la mise à jour des vaccinations des membres de l'entourage** (enfant non à jour pour cette vaccination, adulte n'ayant pas reçu de vaccination contre la coqueluche au cours des dix dernières années) selon les modalités suivantes : (a) durant la grossesse, pour le père, la fratrie et, le cas échéant, l'adulte en charge de la garde du nourrisson pendant les 6 premiers mois de vie, (b) le plus tôt possible après l'accouchement pour la mère (l'allaitement ne constitue pas une contre-indication à la vaccination anticoquelucheuse) ❷ **Chez l'adulte, le délai minimal séparant une vaccination dTPolio de l'administration du vaccin quadrivalent peut être ramené à deux ans.**

Conclusions : (1) La survenue d'une coqueluche parmi un membre du personnel travaillant en maternité peut avoir des conséquences dramatiques (2) L'application des recommandations autour d'un cas permet de minimiser les conséquences. Ces mesures sont lourdes et coûteuses (3). Le respect des recommandations vaccinales permettrait d'éviter ces situations difficiles.

## Bilan de 7 années de surveillance des infections au sein du réseau Sud-Est à la maternité du CH d'Issoire : Utilisation des résultats et des RSIN

L'expérience s'est déroulée sur 7 ans. Elle a conduit à la sensibilisation de toute l'équipe (médecins, sage femmes, auxiliaires de puériculture, A.S.H.) aux risques d'infection nosocomiale (IN). La formation aux IN en maternité a eu lieu aux HCL d'abord en 1998 pour le chef de service puis en 2000 pour 2 gynécologues obstétriciens, 2 sages-femmes et 1 infirmière hygiéniste. En 1999, la maternité d'Issoire s'est affilié au réseau de surveillance des IN en MATER Sud-Est. Depuis la surveillance est continue, avec un arrêt transitoire fin 2003 et tout 2004 du fait de l'absence du cadre. Les résultats sont régulièrement communiqués à l'ensemble de l'équipe grâce à des réunions de CLIN et à l'affichage des graphiques à travers une grande affiche inspirée des résultats MATER Sud Est.

Le réseau MATER Sud-Est, en 2007, couvre 74 maternités (dont 3 en Auvergne), 51 515 accouchées dont 41 390 (80,3%) par voie basse (AVB) et 10 125 (19,7%) par césarienne. La maternité d'Issoire est une maternité de Niveau 1, avec, en 2007, 718 accouchements dont 604 (84,1 %) AVB et 114 (15,9%) césariennes.

Les indicateurs standardisés d'IN en 2007 montrent (1) chez les accouchées voies basses, pour les endométrites, un RSIN de 0 ( $p=0,283$  NS) et pour les infections urinaires, un RSIN de 0,141 ( $p=0,141$  NS) (2) chez les césarisées pour les infections de site opératoire (ISO), un RSIN de 0,51 ( $p=0,277$  NS) et pour les infections urinaires, un RSIN de 0,352 ( $p=0,352$  NS).

La surveillance a conduit à (1) le diagnostic précoce d'un début d'épidémie d'infection nosocomiale grave en 1999, grâce à la centralisation des résultats bactériologiques par l'infirmière hygiéniste. L'enquête a mis en cause le distributeur de savon dans la nursery. Les mesures prises ont visées la mise en place de flacons à usage unique. (2) deux cas de méningite suite à des actes d'anesthésie locorégionale rachidienne : en 2002, un cas de méningite à *streptococcus oralis* dans les suites d'une ALR obstétricale et en 2004 un cas de méningite aseptique, rapidement régressive après antibiothérapie, avec comme hypothèse la contamination d'un flacon partagé. L'expertise du CCLIN Sud-Est est demandée. Elle conduit à la mise à jour du protocole et à la systématisation du portage du masque en salle de naissance même pour l'accompagnant.

En conclusion, la participation au réseau MATER Sud Est a amené le changement de comportement et d'attitude au bloc obstétrical pour le bien-être et la sécurité de tous.

A. Mansoor, C. Mayer, M. Deusebis, E. Delcamp  
Centre Hospitalier Paul Ardier, 63500 ISSOIRE

Réseau Mater Sud-Est / CCLIN Sud-Est

Réseau Mater Sud-Est / CCLIN Sud-Est

## AGENDA

DATES	INTITULE
1. 4 et 5 juin 2009	XXème Congrès de la Société Française d'Hygiène Hospitalière
2. 4 et 5 juin 2009	28èmes Journées Nationales de la Société Française de GynécoPathologie.
3. 5 juin 2009	Journée marseillaise de la reproduction
4 8 juin 2009	Journée à thème du Collège National des Sages-femmes
5. 18 et 19 juin 2009	34èmes journées de l'Association Nationale des Puéricultrices
6. du 18 au 20 juin 2009	XVèmes JPECHO - Journées Parisiennes d'Echographie
7 du 10 au 12 septembre 2009	6ème Congrès de Gynécologie Obstétrique et Reproduction de la Côte d'Azur
8. 29 septembre 2009	Prévention du risque infectieux en pédiatrie
9. 2 et 3 octobre 2009	Journées INFOGYN 2009
10. du 14 au 16 octobre 2009	39èmes Journées de la Société Française de Médecine Périnatale
11. 24 novembre 2009	Journée annuelle du réseau Mater Sud Est

## 2009

LIEU, ORGANISATION	RENSEIGNEMENTS
1. Nice	05 34 45 24 87
2. Bordeaux - Université Victor Segalen Bordeaux II	05.56.79.59.85
3. Marseille - World Trade Center	04 91 39 33 11
4. PARIS - ASIEM	01 34 15 56 75
5. Bordeaux - Palais des Congrès de Bordeaux Lac	01 34 15 56 75
6. Paris –Palais des congrès	01 43 34 76 71
7. Nice - Hôtel Negresco	06 60 17 70 40
8. Lyon - CCLIN Sud Est	04 78 77 71 20
9. Tarbes - Parc des Expositions	05 62 51 91 51
10. Angers	01 34 15 56 75
11. Lyon – Hôtel Dieu Grand réfectoire	04 78 86 49 20