

PROTOCOLE COQUELUCHE EN ESMS

OBJECTIFS

- Savoir **diagnostiquer le 1er cas** de coqueluche afin d'**éviter ou de limiter l'impact** de la survenue de cas secondaires.
- **Connaître les mesures** de contrôle, de gestion et d'hygiène à mettre en place.
- Inciter au respect du **calendrier vaccinal des professionnels** et rattraper une vaccination incomplète.

PRÉAMBULE

La coqueluche est une infection bactérienne peu ou pas fébrile de l'arbre respiratoire inférieur. Chez l'Homme, deux bactéries du genre *Bordetella* sont à l'origine des infections : *Bordetella pertussis* (86 à 95% des cas) et *Bordetella parapertussis*, (5%, responsable de formes plus bénignes et de durée moins longue). La coqueluche évolue par cycles de recrudescence tous les 3 à 5 ans.

La transmission s'effectue essentiellement par l'inhalation de particules issues des voies aériennes d'un sujet infecté (gouttelettes aérosolisées lors des épisodes de toux). Cependant, la bactérie peut survivre jusqu'à 3 à 5 jours sur une surface, et ainsi pourrait être source d'une contamination secondaire indirecte. Les manifestations sont liées à la production d'une toxine.

La période d'incubation est en moyenne 10 jours (extrêmes 7 à 21 jours).

SOMMAIRE

Diagnostique clinique et biologique.....	p. 2
Définitions et concepts.....	p. 3
Prise en charge des cas symptomatiques.....	p. 4
Prise en charge des sujets contacts.....	p. 5
Autres mesures de gestion.....	p. 6
Annexes.....	p. 8

Annexe I – Références

Annexe II – Principaux médicaments dont l'association est contre indiquée avec les macrolides

Annexe III – Outils

Annexe IV – Schéma antibioprophylaxie contre la coqueluche

Annexe V – Message à l'attention des familles

Diagnostique clinique et biologique

Diagnostic clinique

La maladie débute pendant les 4 à 6 premiers jours par des signes discrets d'infection des voies respiratoires supérieures : rhinite, toux légère. Puis la toux persiste, et se modifie au lieu de s'améliorer. La fièvre est discrète ou absente.

La toux peut être atypique, en particulier chez le patient âgé. C'est sa persistance au-delà de 7 jours et son aggravation qui feront évoquer le diagnostic d'autant qu'elle devient caractéristique : spasmodique en particulier nocturne, survenant de façon paroxystique « quintes ».

Elle peut être prolongée pendant plusieurs semaines et source de complications (toux émétisante, dénutrition, surinfection, etc.).

L'impact indirect de l'infection chez le patient âgé fragile sous forme de décompensation de comorbidité, dénutrition, altération de la qualité de vie, etc. reste mal évalué.

Diagnostic biologique

Une fois que d'autres étiologies ont été écartées (covid, grippe, VRS) :

Sur prélèvement naso-pharyngé [1] :

- **Si le malade tousse depuis moins de 21 jours**, le diagnostic de choix est la Polymerase Chain Reaction en temps réel (PCR-TR). Les PCR spécifiques sont à privilégier en cas de suspicion de coqueluche, les tests syndromiques multiplex étant moins sensibles pour le diagnostic de coqueluche.
- **En contexte de recrudescence des cas**, si possible réaliser une culture en cas de PCR positive à partir du même prélèvement.
- **Si le malade tousse depuis 21 jours ou plus**, il n'est plus indiqué de faire un diagnostic par PCR-TR. Dans ce cas, un diagnostic indirect du cas index peut être réalisé en pratiquant une PCR-TR sur les cas secondaires qu'il aurait contaminés.

Les modalités de remboursement des tests sont les suivantes : si le sujet est vacciné depuis plus de trois ans ou en cas de statut vaccinal inconnu et si la toux dure depuis moins de trois semaines. La sérologie n'a plus sa place dans la stratégie diagnostique de la coqueluche et n'est plus remboursée.

Devant une suspicion clinique de coqueluche, une confirmation est nécessaire.

Elle doit être, dans toute la mesure du possible, biologique s'il s'agit de la première suspicion au sein de l'établissement, lorsque les délais le permettent, ou épidémiologique (contact avec un cas confirmé biologiquement).

Il n'est pas nécessaire de tester un cas cliniquement suspect s'il est contact d'un cas confirmé microbiologiquement.

Si nécessaire, prendre contact avec le laboratoire pour les modalités de prélèvement.

[1] méthode d'écouvillonnage identique à celle réalisée pour les tests de dépistage PCR-RT Covid-19

Définitions et concepts

Définition des cas

Cas suspect de coqueluche

Un cas est suspect s'il présente depuis plus de 7 jours une toux persistante avec des quintes évocatrices, et en l'absence d'une autre étiologie.

Cas confirmé de coqueluche

- Une toux avec quintes évocatrices d'au moins 14 jours en l'absence d'une autre étiologie = *Cas clinique*
- Une toux avec une culture positive ou une PCR positive = *Cas biologique*
- Une toux avec quintes évocatrices et si un de ses contacts dans les 3 semaines avant le début de sa toux (contamineur potentiel) a été confirmé biologiquement ou si une personne en contact avec lui pendant sa période de contagiosité (cas secondaire potentiel) a été confirmée au laboratoire = *Cas épidémiologique*

Cas groupés de coqueluche

Sont considérés comme cas groupés au moins 2 cas confirmés (clinique, biologique ou épidémiologique) de coqueluche contemporains ou successifs (séparés par une période d'incubation compatible avec une transmission directe, soit de 10 jours avec des extrêmes de 7 à 21 jours) et survenant dans une même unité géographique (classe, école, chambre, service hospitalier, bureau, entreprise ...).

Situations à risque

- Cas de coqueluche au domicile ou dans le lieu de vie (et par extension nuitée dans la même pièce).
- Contact extra-domiciliaire en milieu clos de plus d'une heure (en cumulé) et sans masque.
- Soin exposant fortement aux sécrétions respiratoires (kinésithérapie respiratoire, aspiration, aérosolthérapie, ...) réalisé sans masque à un résident infecté, quelle que soit la durée de ce soin.

Définition de personne à risque

Les **personnes à risque de forme grave** sont :

- Résidents ou soignants avec une maladie respiratoire chronique ou obésité ou déficit immunitaire,
- Résidents âgés de plus de 80 ans,

Les mesures de prévention sont justifiées chez ces personnes mais pas pour les personnes en contact étroit avec elles.

Les **personnes à haut risque de forme grave** sont :

- L'ensemble des nourrissons âgés de moins de 6 mois, quelles que soient les vaccinations effectuées pendant la grossesse ou en post-natal ;
- Les nourrissons âgés de 6 à 11 mois révolus n'ayant pas reçu deux doses de vaccin anticoquelucheux ou dont la 2^{ème} dose date de moins de 2 semaines.

Les mesures de prévention sont justifiées chez ces personnes et chez les personnes en contact étroit avec elles (partageant le même domicile ou les prenant en charge). Cela peut donc impliquer des nourrissons « visiteurs », des soignants et des visiteurs.

Période au-delà de laquelle l'antibioprophylaxie n'est plus justifiée :

- 21 jours pour les personnes à haut risque de formes graves
- 14 jours pour les autres personnes

Traitement antibiotique chez l'adulte

- En 1^{ère} intention : Clarithromycine : 500 mg 2 fois par jour pendant 7 jours
Azithromycine : 500 mg par jour pendant 3 jours
- En cas de contre-indication aux macrolides : Cotrimoxazole (sulfaméthoxazole-triméthoprime) : forme 800/160 mg, 1 comprimé 2 fois par jour pendant 7 jours
- En cas de rupture de stock : Erythromycine : 1 g, 2 fois par jour pendant 14 jours

Chez les résidents

- **Traitement antibiotique** par macrolides, en l'absence de contre-indication et d'interactions médicamenteuses. (*Annexe II*)
- **Précautions complémentaires respiratoires** dès la suspicion clinique
- **Durée des précautions** : 5 j. après le début d'une antibiothérapie efficace par macrolides (3 j. si traitement par azithromycine).
 - En chambre seule, si possible.
 - Si chambre double, s'assurer que le cas et le contact proche initient le traitement antibiotique (curatif/prophylactique) en même temps (sauf contre-indication)
- **Limiter les déplacements** (arrêt des activités et des repas en collectivité, prise de repas en chambre recommandée)
- **Port de masque chirurgical** par le patient si déplacement et en présence d'une autre personne.
- **Port de masque chirurgical pour le soignant** (ou FFP2 pour les soins aérosolisants : aérosols thérapie, oxygénothérapie > 6l/min, soins de bouche, VNI) **ou le visiteur en entrant dans la chambre** ; le jeter en sortant de la chambre puis se frictionner les mains avec un produit hydro-alcoolique.

Chez le personnel

- **Traitement antibiotique par macrolides**, en l'absence de contre-indication.
- **Arrêt de travail (éviction rapide) pendant la phase contagieuse** :
 - 5 jours après le début d'une antibiothérapie efficace
 - 3 jours après le début d'une antibiothérapie par azithromycine
 - 3 semaines après le début des symptômes (toux) en l'absence de traitement.

Prise en charge de sujets contacts

L'identification des sujets « contact » à risque de forme grave doit se faire rapidement au sein de l'établissement.
Cette identification dépend du type de cas :

Si le cas est un résident

Les situations à risques sont (liste non exhaustive) :

- Résident vivant dans la même chambre.
- Flirts
- Résidents appartenant à la même bulle sociale (même table à manger si les postes sont fixes, personnes partageant les mêmes activités, sortie en extérieur avec partage du même véhicule, etc.)
- Personnel ayant pris en charge le cas pendant sa période de contagiosité, en l'absence de mesure barrière.
- La famille et les visiteurs (qui seront pris en charge par leur médecin traitant).

Si le cas est un professionnel

Les situations à risques sont (liste non exhaustive) :

- Personnes partageant le même foyer (qui seront prises en charge par leur médecin traitant).
- Collègues ayant eu un contact pendant plus d'une heure avec le cas en milieu clos et sans masque.
- Résidents ayant été pris en charge par le cas pendant sa période de contagiosité en l'absence de mesure barrière.
- Autres contacts hors-profession (qui seront pris en charge par leur médecin traitant)

Indications de l'antibioprophylaxie

Chez les personnes à risque de forme grave :

- Contact sans masque avec un cas durant sa période de contagiosité
- **ET** dernier contact avec le cas date de moins de 14 jours
- **ET** non vacciné contre la coqueluche ou dont la dernière dose date de plus de 5 ans
- **OU** coqueluche datant de plus de 10 ans

Chez les personnes sans risque de forme grave

- En contact avec des sujets à haut risque sans port du masque systématique (domicile, travail...)
- **OU** femme enceinte dans le 3^{ème} trimestre de grossesse
- **ET** contact sans masque avec un cas durant sa période de contagiosité
- **ET** dernier contact avec le cas date de moins de 14 jours
- **ET** non vacciné contre la coqueluche ou dont la dernière dose date de plus de 5 ans
- **OU** coqueluche datant de plus de 10 ans

Pour les sujets contacts à haut risque de forme grave, se reporter à l'algorithme du HCSP en **Annexe 4**.

Le traitement pour l'antibioprophylaxie est le même que pour le traitement curatif.

Il n'est pas nécessaire de mettre à l'isolement ou à l'éviction les sujets contacts asymptomatiques. Les sujets contacts symptomatiques deviennent des cas suspects.

Dès le premier cas

Surveillance renforcée pendant 3 semaines

- **Recherche active de tousseurs :**

En période de co-circulation de coqueluche avec d'autres virus (covid, grippe, VRS) :

- Tester d'abord les autres virus respiratoires.
- Si résultats négatifs, faire le test coqueluche. (RT PCR ciblée coqueluche)

Port du masque (jusqu'à 21 jours après la date de début des signes du dernier cas)

- **Chez le personnel** de manière systématique :

- Face aux résidents.
- Face à un autre membre du personnel.

- **Chez les résidents**, le port est recommandé, notamment pour les résidents à risque de forme grave.

- **Chez les visiteurs**, de manière systématique.

Vérification du statut vaccinal et rattrapage vaccinal [2]

- **Chez les résidents**

S'il n'existe pas à la date de la rédaction de ce protocole d'une recommandation officielle pour vacciner contre la coqueluche les résidents d'un EMS, les auteurs de ce protocole considèrent raisonnable de vacciner les personnes à risque de forme grave avec un vaccin contenant la valence coqueluche si la dernière dose date de plus de 5 ans, en cohérence avec les recommandations chez les professionnels de santé en charge de résidents. La stratégie à adopter sera laissée à l'appréciation du médecin coordonnateur.

- **Chez le personnel**

Orientation du personnel vers le service de santé au travail pour vérification du statut vaccinal et mise à jour si nécessaire avec un vaccin contenant la valence coqueluche (si dernière dose anticoquelucheuse date de plus de 5 ans ou coqueluche datant de plus de 10 ans).

Renforcement des mesures d'hygiène

- Aération régulière des salles communes et des chambres des résidents (de façon cohérente avec les mesures de prévention en cas de fortes chaleurs).
- Renforcement de l'hygiène de main avec SHA, notamment à l'entrée et sortie des chambres.
- Nettoyage avec un produit détergent désinfectant de surface bactéricide 1 fois par jour.

Gestion du linge, vaisselle et déchets

- Circuit habituel pour le traitement du linge et de la vaisselle.
- Elimination des déchets selon les circuits habituels.

Demande d'appui

- **En première intention : EMH, EMA**
- En seconde intention : Hotline gériatrique, CPias, CrATB et ARS

[2] Un arrêt de commercialisation du vaccin trivalent Revaxis (dTPolio) est annoncé dans le courant de l'année 2024. En cas d'indisponibilité du vaccin, les rappels dTPolio qui étaient réalisés chez l'adulte avec le vaccin Revaxis devront être réalisés avec des vaccins dTcaP (Source : Calendrier vaccinal 2024)

A partir des cas groupés (dès 2 cas)

Surveillance renforcée pendant 3 semaines

- **Recherche active de tousseurs :**

En situation de cas groupés de coqueluche :

- Il n'est pas nécessaire de tester tous les cas, au-delà des 3 premiers cas (patients ou personnel). L'identification d'un lien épidémiologique avec un cas déjà confirmé et la clinique permettent de valider le cas.

- Il n'est pas nécessaire d'attendre les résultats de la PCR coqueluche pour mettre sous antibiotique les cas suspects symptomatiques.

- **Remplissage du tableau de suivi** proposé en **Annexe 3**.

Information des familles et partenaires

Des résidents, familles et personnel :

- o Message aux familles (courrier, mail, sms, etc.)
- o Affiches

Des partenaires :

- o Information des structures en aval en cas de transfert de cas (prendre contact avec les hotline gériatriques).
- o Information du service de santé au travail.

Limitation de visites, d'activités et de nouveaux arrivages

- Recommander de reporter les visites des femmes enceintes non vaccinées et des nourrissons non ou incomplètement vaccinés.
- Limiter les activités partagées des résidents, surtout lorsqu'elles sont prévues en milieu clos et dans la mesure du possible, faire porter un masque aux résidents.
- Éviter les pauses et les réunions en groupe dans des espaces clos et sans masque.
- Si possible, éviter l'arrivée de nouveaux résidents tant que le cluster n'est pas contrôlé.

Signalement

- **Information de l'équipe mobile d'hygiène (EMH ou EOH)**
- **Information de l'ARS Occitanie et CPias par le portail de signalement (IRA)**
 - o Dès deux cas
 - o Si cas grave (hospitalisation ou décès)
 - o Si suspicion d'échec vaccinal, notamment chez le personnel.
 - o Si infection nosocomiale

ANNEXE 1 RÉFÉRENCES

- [Calendrier vaccinal octobre 2024.pdf \(sante.gouv.fr\)](#)
- [Prévention de la transmission de la coqueluche aux personnes à risque de forme grave \(hcsp.fr\)](#)
- [Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche \(hcsp.fr\)](#)
- [HAS – Choix et durées d’antibiothérapies : coqueluche chez le nourrisson, l’enfant et l’adulte \(has-sante.fr\)](#)

ANNEXE 2 PRINCIPAUX MÉDICAMENTS DONT L’ASSOCIATION EST CONTRE INDIQUÉE AVEC LES MACROLIDES D’APRÈS LES RÉSUMÉS DES CARACTÉRISTIQUES DES PRODUITS.

- | | |
|----------------|--------------|
| • Colchicine | • Quétiapine |
| • Alfuzozine | • Eplérénone |
| • Ivadrabine | • Dapoxétine |
| • Simvastatine | |

L’association est déconseillée avec certains immunosuppresseurs (ciclosporine, évérolimus, sirolimus, tacrolimus) et les médicaments qui contiennent les substances suivantes : cabergoline, disopyramide, ébastine, oxycodone, quinidine, rivaroxaban, siméprévir, tamsulosine.

Le traitement entraîne un risque d’allongement du Qt nécessitant une utilisation prudente en cas de médicament allongeant le Qt, bradycardisant ou de médicament pouvant entraîner des hypokaliémies.

ANNEXE 3 OUTILS

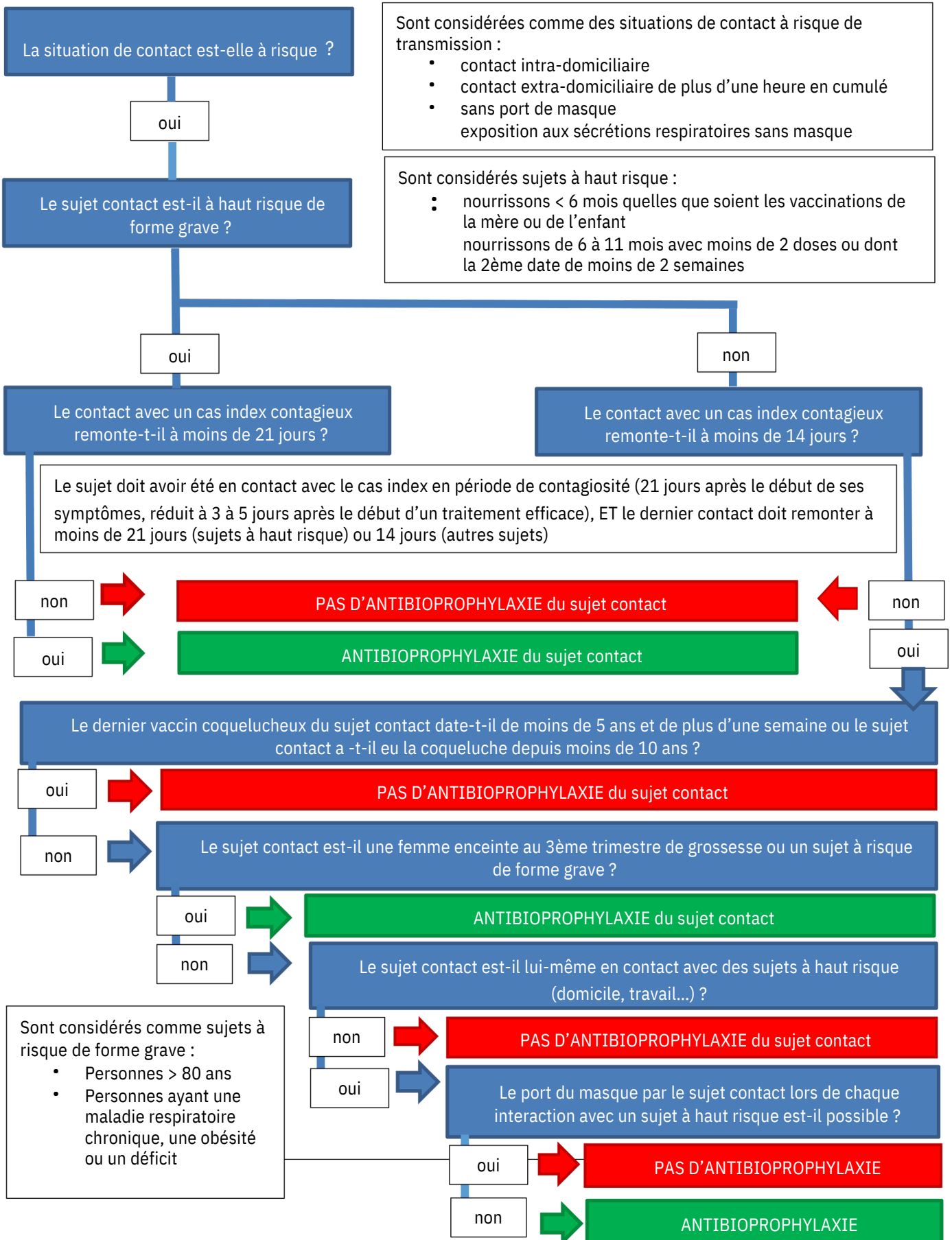
- CPias Occitanie – [Fiche réflexe coqueluche](#)
- ARS Occitanie – [Tableau de suivi des cas groupés de coqueluche](#)



ANNEXE 4

SCHEMA ANTIBIOPROPHYLAXIE CONTRE LA COQUELUCHE

Logigramme relatif aux indications d'antibioprophylaxie pour un sujet contact





ANNEXE 5

MESSAGE A L ' ATTENTION DES FAMILLES

Madame, Monsieur,

Un ou plusieurs cas confirmés de coqueluche ont été identifiés chez des personnes fréquentant ou résidant dans notre établissement médico-social.

La coqueluche est une maladie respiratoire due à une bactérie. Elle se transmet très facilement, par voie aérienne. Elle est responsable de quintes de toux fréquentes et prolongées. **C'est une maladie grave lorsqu'elle survient chez les nourrissons et les personnes fragiles** (femmes enceintes, porteurs de maladies chroniques, personnes immunodéprimées).

Des mesures préventives sont à mettre en œuvre **auprès des sujets contacts** :

1. **Vérification et mise à jour du statut vaccinal** contre la coqueluche.
2. **Mise sous antibiothérapie préventive** en fonction du statut vaccinal, du type de contact et de la présence de facteurs de risque chez le sujet contact ou dans son entourage.
3. **Prise en charge de cas suspects et leur éviction de la collectivité ou isolement si résident** tant que le diagnostic n'aura pas été infirmé et, s'il est confirmé, tant que le malade n'aura pas reçu complètement le traitement.

Nous vous invitons à consulter votre médecin traitant muni de ce courrier pour que ces mesures puissent être mises en place dans les meilleurs délais.

Nous restons à votre disposition et vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos plus cordiales salutations.