

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**, infection bactérienne due à *Bordetella pertussis* ou *parapertussis*, est une **maladie contagieuse, potentiellement grave chez les sujets à haut risque**.

Elle se transmet par **contamination directe, à partir des sécrétions respiratoires** (gouttelettes). Les manifestations sont liées à la production d'une toxine.

Les sujets à risque sont ceux susceptibles de développer une forme grave ou en contact avec des sujets fragiles :

- résidents **insuffisants respiratoires**, résidents immuno-déprimés,
- **soignants ou visiteurs non vaccinés ayant des contacts avec des nouveau-nés ou nourrissons** non protégés par la vaccination (< 6 mois, non vacciné ou incomplet),
- **nourrissons "visiteurs"** en cours de vaccination ou non vaccinés
- soignantes ou visiteuses **enceintes non vaccinées**.

SOMMAIRE

✦	DIAGNOSTICS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE.....	P. 2
✦	PRISE EN CHARGE DES CAS SYMPTOMATIQUES.....	P. 2
✦	PRISE EN CHARGE DES SUJETS CONTACTS.....	P. 3
✦	AUTRES MESURES DE GESTION.....	P. 4
✦	ANNEXES.....	P. 5

ANNEXE I - REFERENCES

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 A L'ATTENTION DES FAMILLES

Diagnostic clinique

Période d'incubation de 7 à 10 jours en moyenne (extrêmes = 6 à 21 jours). La phase de début, d'une durée de 4 à 6 jours, se manifeste par des signes discrets d'infection des voies respiratoires (rhinite, toux légère,...), la fièvre est discrète ou absente.

Cette phase est habituellement suivie d'une phase de toux persistante souvent caractéristique : **spasmodique, à recrudescence nocturne, survenant de façon paroxystique « quintes »**. La toux peut être atypique, en particulier chez le patient âgé.

Elle peut durer pendant plusieurs semaines et être source de complications (vomissements, dénutrition, fractures costales...).

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

Diagnostic biologique

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

Sur prélèvement naso-pharyngé* :

- Si le malade tousse depuis moins de 21 jours, le diagnostic de choix est la Polymerase Chain Reaction en temps réel (PCR-TR).
- Si le malade tousse depuis 21 jours ou plus, le diagnostic par PCR-TR chez le patient lui-même n'est plus indiqué mais le diagnostic peut être porté de façon indirecte en pratiquant une PCR-TR sur les cas secondaires qu'il aurait contaminés.

Les tests sont remboursés : 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 dans un établissement, 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).

Si les modalités précises de prélèvements ne sont pas connues, il est recommandé de prendre contact avec le laboratoire.

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

PRISE EN CHARGE DES CAS SYMPTOMATIQUES

Traitement antibiotique chez l'adulte

- En 1ère intention : Clarithromycine : 500 mg 2 fois par jour pendant 7 jours
- En 2ème intention : 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 « gouttelettes »** 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, la prise de repas en chambre est 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
 - OU 3 jours après le début d'une antibiothérapie par azithromycine
 - OU 3 semaines après le début des symptômes (toux) en l'absence de traitement.

L'identification des sujets « contact » doit se faire rapidement.

Cette identification dépend du type de cas :

Si le cas est un résident

Sujet contact proche :

- Résident vivant dans la même chambre.
- Flirts

Sujet contact occasionnel (contact avec le cas face à face < 1 mètre OU > 1 heure) :

- 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

Sujet contact proche :

- Personnes partageant le même foyer (qui seront prises en charge par leur médecin traitant).

Sujet contact occasionnel (contact avec le cas face à face < 1 mètre OU > 1 heure) :

- Collègues ayant eu un contact face à face à moins de 1 mètre ou pendant plus d'une heure avec le cas.
- 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)

Les indications de l'antibioprophylaxie sont les suivantes :

Chez les sujets contacts proches :

- Dernier contact avec le cas date de moins de 21 jours
- ET non vacciné contre la coqueluche ou dont la dernière dose date de plus de 5 ans.

Chez les sujets contacts occasionnels :

- Dernier contact avec le cas date de moins de 21 jours
- ET avec facteur de risque chez lui ou dans son entourage
- ET non vacciné contre la coqueluche ou dont la dernière dose date de plus de 5 ans.

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.

Si difficultés à isoler les cas (ex : résidents déambulants en unité protégée), une antibioprophylaxie de l'ensemble des résidents de l'unité pourra être discutée.

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)

En situation de cas groupés de coqueluche :

- Il n'est pas nécessaire de tester tous les cas, au-delà des 5 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.

Si cas groupés, remplissage du tableau de suivi proposé en Annexe III.

Port du masque, selon l'analyse de risque de la situation après recherche active de cas (retard du diagnostic, nombreux cas, exposition large, etc.)

- Généralisation du port de masque chez le personnel et les intervenants jusqu'à 21 j. après la date de début de signes du dernier cas.
- Mise à disposition de masques chirurgicaux pour les résidents qui peuvent le porter et pour ceux à risque de forme grave.
- Recommandation du port de masque chirurgical pour les visites.

Vérification du statut vaccinal et rattrapage vaccinal [1]

- Chez les résidents : Vérifier le statut vaccinal. Si le dernier rappel contenant la valence coqueluche date de plus de 5 ans, proposer un rappel de vaccin contenant la valence coqueluche (en respectant un délai minimal d'un mois avec la dernière dose DTP)
- 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).

Limitation des visites

Recommander de reporter les visites des femmes enceintes non vaccinées et des nourrissons non ou incomplètement vaccinés.

Information des familles et partenaires

Des résidents et familles :

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

Des professionnels extérieurs intervenant dans l'établissement :

- Mesures de protection respiratoire

Des partenaires :

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

Signalement

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

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 des mains avec SHA, notamment à l'entrée et sortie des chambres.
- Nettoyage des sols et surface avec un produit détergent désinfectant 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

[1] 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.

ANNEXE I - RÉFÉRENCES

- Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités – [Calendrier vaccinal 2024](https://sante.gouv.fr) (sante.gouv.fr)
- Haut Conseil de la Santé Publique – [Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche](#)
- Haute Autorité de Santé – [Choix et durées d'antibiothérapies : coqueluche chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte](#)

ANNEXE II

PRINCIPAUX MÉDICAMENTS DONT L'ASSOCIATION EST CONTRE INDIQUÉE AVEC LES MACROLIDES D'APRÈS LES RÉSUMÉS DES CARACTÉRISTIQUES DES PRODUITS :

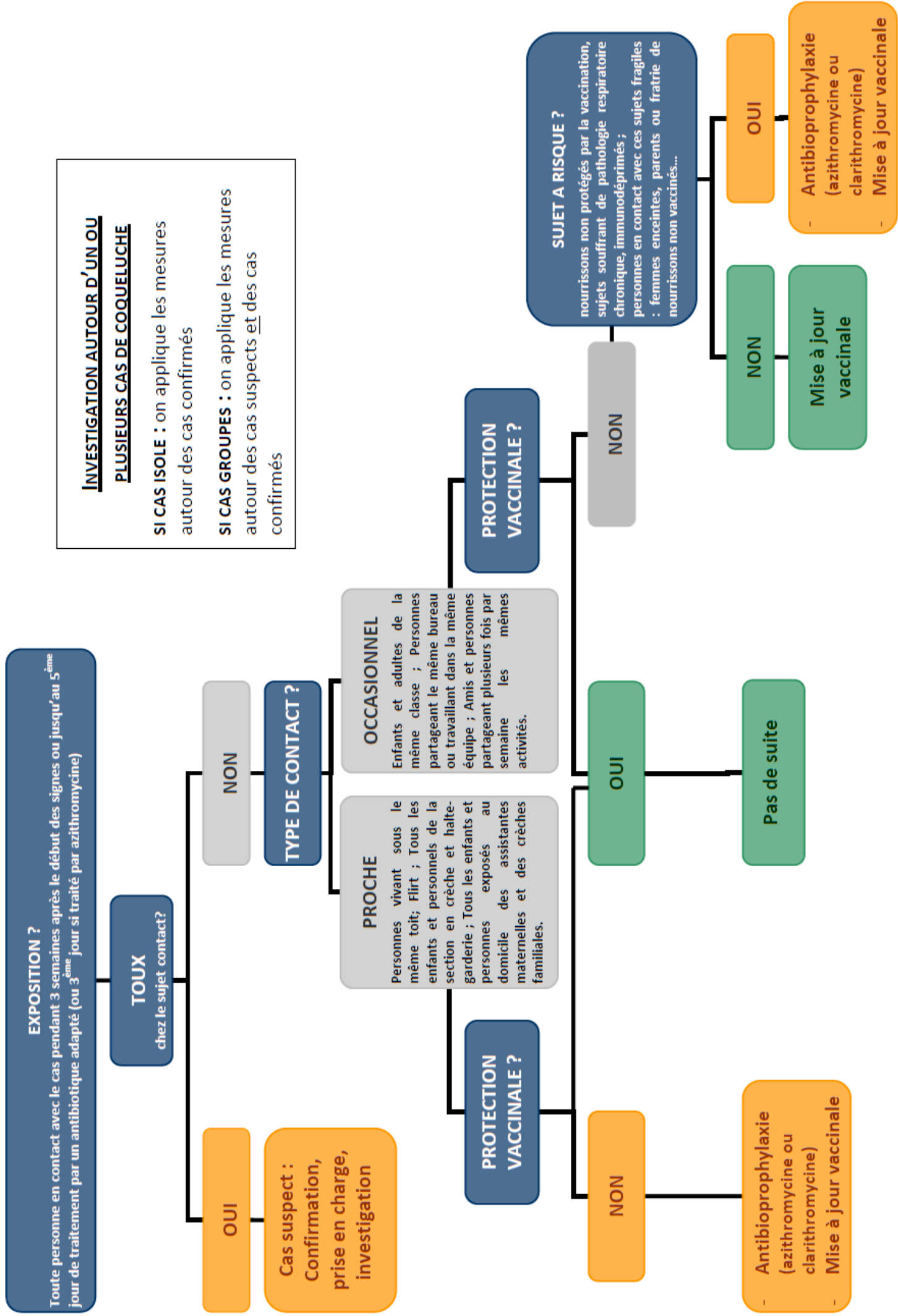
- | | |
|----------------|--------------|
| • Colchicine | • Quétiapine |
| • Alfuzozine | • Eplérénone |
| • Ivadrabine | • Dapoxétine |
| • Simvastatine | |

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 III - OUTILS

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



ANNEXE V - 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.