

Mesures pour la prévention et la maîtrise de la diffusion de la coqueluche en EHPAD



Equipe Mobile d'Hygiène
Centre Hospitalier Annecy Genevois

V1

Date d'application : 03/09/2024

Page : 1/7

1 - Objet

- Savoir diagnostiquer le 1^{er} 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.

2 - Personnes concernées

L'ensemble des professionnels de l'établissement, les résidents, les intervenants extérieurs, les visiteurs et bénévoles.

3 - Généralités

La coqueluche, infection respiratoire bactérienne due à *Bordetella pertussis* ou *parapertussis*, est une maladie très contagieuse, potentiellement grave sur terrain particulier.

Mode de transmission

La coqueluche se transmet par contamination directe, à partir des sécrétions respiratoires (gouttelettes).

Une contamination secondaire indirecte à partir des surfaces est possible, la bactérie pouvant survivre jusqu'à 3 à 5 jours sur une surface.

Incubation

En moyenne de 10 jours, la période d'incubation peut aller de 7 jours à 3 semaines.

Contagiosité

La contagiosité est de 3 semaines après le début des symptômes en l'absence de traitement. Elle est maximale dans la 1^{ère} semaine, s'atténue au cours de la 2^e semaine et devient négligeable la 3^{ème} semaine.

On estime qu'un malade peut contaminer 5 à 15 personnes en fonction de la couverture vaccinale de la population considérée. Cette contamination se fait par voie aérienne au contact du sujet malade par les gouttelettes provenant du nez ou de la bouche lors de la toux.

4 - Définitions

4.1 Cas confirmé de coqueluche

Un cas est confirmé s'il présente :

- Une toux avec quintes évocatrices d'au moins 14 jours en l'absence d'une autre étiologie = **Cas clinique**
ou
- Une toux avec une culture positive ou une PCR positive = **Cas biologique**
ou
- Une toux avec quintes évocatrices et si un de ses contacts dans les 3 semaines avant le début de sa toux (contaminateur 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**

4.2 Sujets à risque de forme grave de coqueluche

Personnes à haut risque de forme grave :

- Nourrissons de moins de 6 mois quelles que soient les vaccinations effectuées pendant la grossesse ou en post-natal ;
- Nourrissons 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.

Personnes à risque de forme grave :

- Personnes présentant une maladie respiratoire chronique, ou une obésité ou un déficit immunitaire ;
- Personnes âgées de plus de 80 ans

4.3 Situations de contact à risque de transmission de la coqueluche

- Contact avec un cas de coqueluche au **domicile**
- Contact avec un cas de coqueluche en **milieu clos** de plus d'une **heure** (en cumulé) **sans masque**
- **Soin exposant fortement aux sécrétions respiratoires** (ex : kinésithérapie respiratoire, aspirations trachéales, aérosolthérapie, VNI, etc.) **réalisé sans masque** à un résident infecté, quelle que soit la durée de ce soin.

4.4 Epidémie de coqueluche

Est considérée comme épidémie au moins 2 cas confirmés (clinique, biologique ou épidémiologique) de coqueluche concomitants 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 au sein d'une même collectivité.

5 - Diagnostic clinique et biologique

5.1 Diagnostic clinique

Il repose essentiellement sur trois critères : le déroulement de la maladie, le caractère de la toux et l'identification de contaminateurs.

Le **déroulement de la maladie** est souvent stéréotypé. Elle 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 comme c'est généralement le cas pour une rhinopharyngite banale. La fièvre est en général discrète ou absente.

La **toux** peut être atypique. C'est sa persistance au-delà de 7 jours et son aggravation qui feront évoquer le diagnostic d'autant plus qu'elle devient caractéristique, car **spasmodique en particulier nocturne**, survenant de façon paroxystique. Elle est souvent quinteuse : accès violents et répétés de toux, sans reprise inspiratoire efficace, qui aboutissent parfois à une turgescence du visage, une rougeur conjonctivale, des vomissements, une cyanose et une reprise inspiratoire en fin de quinte, sonore et comparable au chant du coq.

Fait important : le chant du coq peut être absent chez le jeune nourrisson, les adultes et les sujets anciennement vaccinés, ce qui rend le diagnostic initial de coqueluche plus difficile, d'où l'intérêt des autres critères de présomption. Par contre, la toux ne s'accompagne pas de fièvre ni d'autre signe respiratoire et entre les accès de toux et les quintes, le sujet est asymptomatique.

L'identification des sujets contaminants : La notion de cas suspect ou confirmé de coqueluche dans l'entourage du résident/professionnel doit être systématiquement recherchée.

5.2 Diagnostic biologique

Le diagnostic biologique repose sur un **prélèvement nasopharyngé** :

- **Si le malade tousse depuis moins de 15 jours**, le diagnostic de choix est le diagnostic direct par **culture et PCR ciblant *Bordetella pertussis* et *Bordetella parapertussis***. La culture doit être réalisée en parallèle avec la PCR afin de poursuivre l'analyse de l'évolution des souches et leur sensibilité aux macrolides.
La sensibilité de la culture est de 50 à 60% au début de la maladie (première semaine de toux) et diminue très rapidement, surtout sous antibiotiques.
- **Si le malade tousse depuis plus de 15 jours et moins de 21 jours**, seul le diagnostic direct par **PCR** doit être pratiqué.
- **Si le malade tousse depuis 21 jours ou plus**, il n'est plus possible de faire un diagnostic direct par culture ou PCR. Dans ce cas, un diagnostic indirect du cas index peut être réalisé en pratiquant une PCR sur les cas secondaires qu'il aurait contaminés, la maladie étant très contagieuse.

La sérologie n'a plus sa place dans la stratégie diagnostique de la coqueluche en pratique courante et n'est plus remboursée en France.

Les tests PCR multiplex ne doivent pas être utilisés en 1^{ère} intention en cas de suspicion de coqueluche car ils sont moins sensibles.

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

Elle doit être, dans toute la mesure du possible, biologique, lorsque les délais le permettent, ou épidémiologique (contact avec un cas confirmé biologiquement).

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

6 - Conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas de coqueluche

6.1 Prévention

Dans le cadre des précautions standard, **toute personne** (visiteur, professionnel de santé, intervenant extérieur, aidant...) **présentant des symptômes respiratoires de type toux ou expectoration doit porter un masque chirurgical dès son entrée dans l'EHPAD.**

Devant tout résident présentant des signes d'infection respiratoire aiguë, des **précautions complémentaires d'hygiène de type gouttelettes** doivent être mises en place sans délai.

6.2 Prise en charge des cas de coqueluche

- **Traitement antibiotique chez l'adulte**

- Clarithromycine : 500 mg 2 fois par jour pendant 7 jours
ou
- Azithromycine : 500 mg par jour pendant 3 jours
- En cas de contre-indication aux macrolides : Cotrimoxazole (sulfamethoxazole-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

- **Cas de coqueluche chez un résident**

- Traitement antibiotique selon les préconisations ci-dessus
- Instauration des **précautions complémentaires « gouttelettes »** dès la suspicion clinique
- Durée des précautions : 5 jours après le début d'une antibiothérapie efficace par macrolides (3 jours si traitement par azithromycine)
 - Chambre individuelle si possible
 - Si chambre double, s'assurer que le cas et le contact (si ce dernier est à risque de forme grave) initient le traitement antibiotique (curatif/prophylactique) en même temps
- **Limiter les déplacements** (arrêt des activités et des repas en collectivité, prise de repas en chambre recommandée)
- **Port de masque chirurgical par le résident si déplacement** et en présence d'une autre personne.
- **Port de masque chirurgical pour le soignant** (ou FFP2 pour les soins aérosolisants : aérosolthérapie, oxygénothérapie à haut débit (≥ 6 litres/min), aspirations trachéales, soins de trachéotomie, prélèvement naso-pharyngé, kinésithérapie respiratoire, 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.

- **Cas de coqueluche chez un professionnel**

- Traitement antibiotique selon les recommandations ci-dessus
- **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.

6.3 Prise en charge des contacts

L'**antibioprophylaxie** vise à réduire la survenue d'une coqueluche chez le sujet ayant été exposé à un cas index contagieux (cf 4.3 Situation de contact à risque de transmission).

Une antibioprophylaxie est recommandée pour un résident ou un professionnel suite à un contact à risque de transmission de la coqueluche (cf paragraphe 4.3) :

- S'il est à **risque de forme grave**, ou s'il est **en contact avec un sujet à haut risque de forme grave**, ou s'il s'agit d'une **femme enceinte au 3^{ème} trimestre de grossesse**,
ET
- Si son dernier contact avec le cas index contagieux remonte à moins de 14 jours,
ET
- Si son dernier vaccin coquelucheux date de plus de 5 ans et de moins d'une semaine,
ET
- S'il n'a pas eu de coqueluche avérée au cours des 10 dernières années.

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.

Il n'est pas recommandé de tester les sujet contacts asymptomatiques. La recherche de *Bordetella pertussis* et *parapertussis* par PCR est indiquée uniquement chez les contacts symptomatiques.

En situation de cas groupés, l'extension de l'antibioprophylaxie à tous les contacts à risque de forme grave pourra être discutée en concertation pluridisciplinaire entre le médecin coordonnateur, l'ARS et l'EMH, en fonction de la dynamique de la maladie dans la structure, du nombre de sujets à risque dans la structure et des difficultés liées à la mise en place de la surveillance.

6.4 Autres mesures de gestion

- **Surveillance renforcée pendant 3 semaines : recherche active de tousseurs**

Stratégie de prélèvement en cas 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 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.

- **Port du masque**

Selon l'analyse de risque de la situation (retard de diagnostic, nombreux cas, exposition large, ...) :

Généralisation du port de masque chirurgical en continu chez le personnel, les intervenants et les visiteurs jusqu'à 21 j après la date de début de signes du dernier cas.

- **Vérification du statut vaccinal et rattrapage vaccinal**

- 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), sauf si coqueluche avérée dans les 10 ans.
- 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 antioquelucheuse datant de plus de 5 ans, et en l'absence de coqueluche avérée dans les 10 ans).

- **Limitation des visites**

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

- **Information des familles, des intervenants extérieurs et partenaires**

- Message aux familles (courrier, mail, etc.), mise en place d'affiches
- Information des professionnels extérieurs intervenant dans l'établissement sur les mesures de protection respiratoire
- Information des partenaires :
 - Information des structures en aval en cas de transfert de cas
 - Information du service de santé au travail.

- **Signalement**

- Signalement à l'Equipe Mobile d'Hygiène dès le 1^{er} cas suspect/confirmé
- Signalement externe à l'ARS et CPias ARA par le portail de signalement (IRA) : dès 2 cas, ou si cas grave (hospitalisation ou décès)

- **Renforcement des mesures d'hygiène**

- Aération régulière des salles communes et des chambres des résidents
- Renforcement de l'hygiène des mains avec la solution hydro-alcoolique, notamment à l'entrée et sortie des chambres.
- Renforcement du bionettoyage (au minimum 1 fois/j) :
 - de l'environnement proche des résidents
 - des points de contact (poignées de portes, ascenseur, mains-courantes, déambulateurs, poignées de fauteuil roulant, accoudoirs fauteuils)

- **Limitation des activités de groupe**

En cas d'épidémie, limiter les activités partagées des résidents, surtout lorsqu'elles sont prévues en milieu clos, et faire porter un masque aux résidents dans la mesure du possible.

- **Arrêt des admissions**

En cas d'épidémie, éviter si possible l'admission de nouveaux résidents tant que le cluster n'est pas contrôlé


7 - Documents associés

- ✓ Protocole « Précautions complémentaires d'hygiène Gouttelettes »

8 - Documents de référence

- ✓ Avis relatif à la prévention de la transmission de la coqueluche aux personnes à risque de forme grave. Haut Conseil de la Santé Publique. 30 juillet 2024.
- ✓ Protocole coqueluche en ESMS. CPias Occitanie. Juillet 2024.
- ✓ Avis relatif à la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas de coqueluche. Haut Conseil de la Santé Publique. 18 novembre 2022.
- ✓ Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche. Haut Conseil de la Santé Publique. 10 juillet 2014.

Diffusion	
-	EHPAD des filières gériatriques Annecy - Rumilly - Saint-Julien - Pays de Gex - Valserhône

Rédaction	EMH CHANGE	Le 03/09/2024
Vérification	Alexandra JEAN, Praticien hospitalier – EMH CHANGE	Le 03/09/2024 
Approbation	[Prénom NOM, fonction]	[Date de signature]