

Logo ou nom de votre établissement	Mesures pour la prévention et la maîtrise de la diffusion de la coqueluche en EHPAD	Référence
		Date : / /201..
		Version :

1. Mots clés

Coqueluche, Vaccination, Diagnostic par PCR

2. 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 d'hygiène à mettre en place.
- Inciter au respect du calendrier vaccinal des professionnels et rattraper une vaccination incomplète.

3. Préambule

La coqueluche est une maladie contagieuse, grave chez les sujets à haut risque⁽¹⁾ due à *Bordetella pertussis* ou *parapertussis*. Elle se transmet par contamination directe, à partir des sécrétions respiratoires (gouttelettes).

La prévention passe par la vaccination et une sensibilisation au diagnostic de cette infection.

⁽¹⁾ **Sujets à haut risque** : résidents insuffisant respiratoires et ou avec cardiopathie, soignants non vaccinés ayant des contacts avec des nourrissons, nourrissons "visiteurs" en cours de vaccination ou non vaccinés, soignantes enceintes non vaccinées.

4. Diagnostics clinique et biologique

Pensez à la coqueluche si la vaccination date de plus de 10 ans ou s'il y a eu une coqueluche depuis plus de 10 ans.

- 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. C'est sa persistance au-delà de 7 jours et son aggravation qui feront évoquer le diagnostic d'autant qu'elle devient caractéristique, car spasmodique **en particulier nocturne**, survenant de façon paroxystique.

- Diagnostique biologique

- **Si le malade tousse depuis moins de quinze jours**, le diagnostic de choix est le diagnostic direct par **culture et Polymerase Chain Reaction en temps réel (PCR-TR)**. La culture doit être réalisée en parallèle avec la PCR-TR 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-TR 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-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, 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.

En cas de doute et notamment de cas groupés, la confirmation peut être demandée au CNR par utilisation d'un test spécifique. cnr-coqueluche-bordatella@pasteur.fr

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.

5. Prise en charge du ou des résidents symptomatiques

- Traitement antibiotique par macrolides.
- Si le cas est un résident :
 - o Précautions complémentaires « gouttelettes », chambre seule (durant 5 jours d'antibiothérapie adaptée (macrolides) ou 3 jours si traitement par Azithromycine : ZITHROMAX®).
 - o Limiter les déplacements ; si déplacement : port d'un masque chirurgical.
 - o Le port en entrant dans la chambre ; le jeter dans la chambre après usage puis se frictionner les mains avec un produit hydro-alcoolique.
- Si le cas est un personnel : arrêt de travail (évacuation rapide) pendant la phase contagieuse : soit pendant 3 semaines de toux ou 5 jours d'antibiothérapie adaptée ou 3 jours d'Azithromycine.
- En situation de cas groupés, l'extension de l'antibioprophylaxie à tous les sujets exposés devra être discutée entre le médecin Co, l'ARS, voire au niveau national. Elle dépend de la dynamique de la maladie dans la collectivité, du nombre de sujets à risque dans cette collectivité, des difficultés liées à la mise en place de la surveillance.

6. Points à retenir

1. Penser au diagnostic de coqueluche devant toute toux spasmodique > 7 jours.
 2. Prescrire les précautions complémentaires d'hygiène « [gouttelettes](#) » du ou des résidents.
 3. Utiliser la PCR comme méthode diagnostique **dans les 3 semaines**.
 4. Rechercher les touseurs : identification, traitement et éviction rapide du personnel qui a une toux suspecte **OU** port de masque, en attendant confirmation/infirmation du diagnostic.
 5. Rechercher au tour du cas les cas exposés (résident, personnel, famille, volontaire,...) pour la CAT des cas exposés (sujets fragiles à mettre sous traitement).
 6. Prévenir la médecine du travail de cas de coqueluche dans l'EHPAD **ET** le médecin et/ou infirmier référent de la prévention du risque infectieux.
 7. Faire le plus rapidement possible un signalement à l'ARS, à partir de deux cas de coqueluche contemporains ou successifs (séparés par une période d'incubation de 7 à 21 jours) et survenant dans un même milieu géographique y compris du personnel.
 8. Mettre en place une surveillance active pendant 3 semaines après le dernier contact supposé infectant : informer les personnels y compris libéraux, bénévoles, intérimaires, stagiaires... sur le risque de contamination, la conduite à tenir devant l'apparition d'une toux **ET** la surveillance à maintenir pendant 3 semaines après le ou les derniers contacts supposés infectants. Ou dans le sous chapitre exposés
 9. Mettre en œuvre la vaccination ou revaccination du personnel soignant (REPEVAX® ou Boostrix- Tétrax®) selon le calendrier vaccinal.
- Notes:
- 1 rappel est recommandé dans la vie adulte pour tout personnel soignant ainsi qu'aux futurs parents et adulte en contact avec des nouveau-nés. Il n'y a pas lieu d'administrer plus d'une dose de vaccin coquelucheux chez l'adulte.
 - Le délai minimal entre dTP et dTcaPolio est de 2 ans **MAIS**
 - En cas d'épidémie (≥ 2 cas) le délai entre dTP et dTcaPolio peut être ramené à 1 mois.
10. Informer les résidents à risque transférés de l'EHPAD. Un courrier pourra leur être adressé.



Masque chirurgical

7. Références

- Ministère des affaires sociales et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016. 2016/03, 1-51.
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_2016.pdf
- Haut Conseil de la santé publique. Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche. 2014/07, 1-41.
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=461>
- Haut Conseil de la santé publique. Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées. 2012, 1-59.
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=288>
- Instruction du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastroentérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées
<http://www.cclin-arlin.fr/nosobase/Reglementation/2012/Instruction/21122012.pdf>
- CCLin Paris-Nord. Mesures pour la prévention et la maîtrise de la diffusion de la coqueluche dans les établissements de santé. 2008, 1-2.
http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/cclinParisNord/2008_Coqueluche_CCLIN.pdf