

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de la santé

Sous-direction de la prévention
des risques infectieux

Bureau des maladies infectieuses,
des risques infectieux émergents
et de la politique vaccinale

Instruction DGS/RI1 n° 2014-310 du 7 novembre 2014 relative à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche

NOR : AFSP1426458J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 7 novembre 2014. – Visa CNP 2014-162.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : la présente instruction a pour objet de définir la conduite à tenir en cas de survenue d'un ou plusieurs cas de coqueluche.

Mots clés : coqueluche – prévention – calendrier vaccinal – vaccination – mesures – investigation – cas clinique – cas groupés – sujets contacts – cas confirmé – transmission nosocomiale.

Références :

Article L.3111-1 du code de la santé publique ;

Instruction DGOS/PF2/DGS/RI3 n° 2012-75 du 13 février 2012 relative au signalement externe des infections nosocomiales par les établissements de santé et les structures mentionnées à l'article R.6111-12 du code de la santé publique ainsi qu'aux modalités de gestion des situations signalées ;

Calendrier des vaccinations en vigueur ;

Rapport du Haut Conseil de la santé publique du 10 juillet 2014 relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche.

Annexes : fiches techniques.

Annexe 1-1. – Diagnostic clinique/biologique.

Annexe 1-2. – Traitement/moyens de prévention.

Annexe 1-3. – Définitions de cas – contacts – personnes à risque – personnes protégées.

Annexe 1-4. – Mesures à mettre en place vis-à-vis du cas/dans l'entourage du cas.

Annexe 1-5. – Situations particulières.

Annexe 1-6. – Mesures à mettre en place devant des cas groupés de coqueluche.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution et diffusion).

La coqueluche est une infection bactérienne (*Bordetella pertussis* et *Bordetella parapertussis*) peu ou pas fébrile de l'arbre respiratoire inférieur d'évolution longue et hautement contagieuse.

Depuis que les couvertures vaccinales sont élevées chez l'enfant, la coqueluche affecte essentiellement les nourrissons trop jeunes pour être vaccinés ainsi que les adolescents et les adultes qui ont perdu la protection conférée par la vaccination ou la maladie, celle-ci étant relativement courte dans le temps.

L'enjeu actuel de la politique vaccinale vise à éviter les cas de coqueluche notamment chez les nourrissons de moins de six mois, trop jeunes pour être vaccinés et à risque de coqueluche grave, voire mortelle.

D'après les données du réseau de surveillance Renacoq (réseau de services hospitaliers pédiatriques), la source de contamination dans l'entourage du nourrisson a été retrouvée environ une fois sur deux. Les parents sont à l'origine de l'infection des enfants dans plus de 50 % des cas, la fratrie dans près de 30 % des cas. Les mères sont identifiées plus souvent que les pères comme étant la source de contamination. Ceci nécessite que les adultes (tous potentiellement réceptifs à la coqueluche) au contact des nourrissons soient immunisés contre cette maladie (parents, fratrie, professionnels de santé et chargés de la petite enfance...).

Entre 2008 et 2010, près de 90 épisodes nosocomiaux ont été signalés à l'InVS. Les services les plus concernés par ces épisodes sont ceux de soins de courte durée recevant des adultes (49 %) et ceux recevant des enfants (20 %). Des épisodes ont également été signalés en dehors d'établissements de santé (maisons de retraites, entreprises, écoles, lycées...).

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), dans son rapport du 10 juillet 2014, a actualisé les recommandations concernant la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche. Cette mise à jour était rendue nécessaire notamment devant les éléments suivants :

- la survenue récente d'un nouveau cycle épidémique de la maladie,
- des données internationales suggérant une limitation de la durée de protection conférée par les vaccins coquelucheux acellulaires,
- l'évolution du calendrier vaccinal concernant notamment le nouveau schéma vaccinal simplifié de l'enfant, la vaccination coqueluche de l'adulte et la stratégie du cocooning,
- l'inscription au remboursement du diagnostic biologique par PCR aux dépens de la sérologie.
- Les éléments clés de la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche sont synthétisés en annexe, sous forme de fiches pratiques (l'intégralité du rapport est disponible sur le site du HCSP : <http://www.hcsp.fr/>).

L'annexe 1-1 apporte des éléments sur le diagnostic clinique et biologique. L'annexe 1-2 fait le point sur les traitements appropriés et les moyens de prévention. L'annexe 1-3 définit les notions de cas suspect, cas confirmé, cas groupés, population exposée et protégée par la vaccination contre la coqueluche en cas de contagion et enfin les personnes à risque de forme grave. L'annexe 1-4 synthétise les mesures à mettre en place concernant le cas et dans l'entourage du cas. L'annexe 1-5 indique les mesures spécifiques à mettre en œuvre selon les collectivités où la population à risque est nombreuse : crèches, établissements scolaires, établissements de santé et établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), maternités, établissement professionnel. L'annexe 1-6 aborde les situations de cas groupés et renvoie sur des fiches pratiques.

La diffusion de ces recommandations auprès des différents établissements et organismes concernés (crèches, établissements scolaires, établissements de santé et établissements pour personnes âgées dépendantes – EHPAD –, maternité, établissements professionnels,...), a pour but de renforcer l'identification précoce des cas afin de mettre en œuvre au plus vite les mesures préventives autour de sujets ou de situations à risque : personnes susceptibles de faire des formes graves de coqueluche ou de décompenser une pathologie sous-jacente (nourrissons non protégés par la vaccination, personnes souffrant de pathologie respiratoire chronique - asthme, broncho-pneumopathies chroniques obstructives... -, personnes immunodéprimées, femmes enceintes). Ces mesures touchent également des personnes en contact avec ces sujets fragiles : parents ou fratrie de nourrissons non vaccinés, personnels de santé...

Je vous remercie de bien vouloir porter à ma connaissance les difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de ces recommandations.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
B. VALLET

ANNEXE 1.1

DIAGNOSTIC CLINIQUE/ BIOLOGIQUE

Agent pathogène: *Bordetella pertussis* ou parapertussis.

Mode de contamination: direct à partir des sécrétions respiratoires (transmission aérienne et gouttelettes émises lors de la toux en particulier).

Période d'incubation: 10 jours (extrêmes 7 à 21 jours).

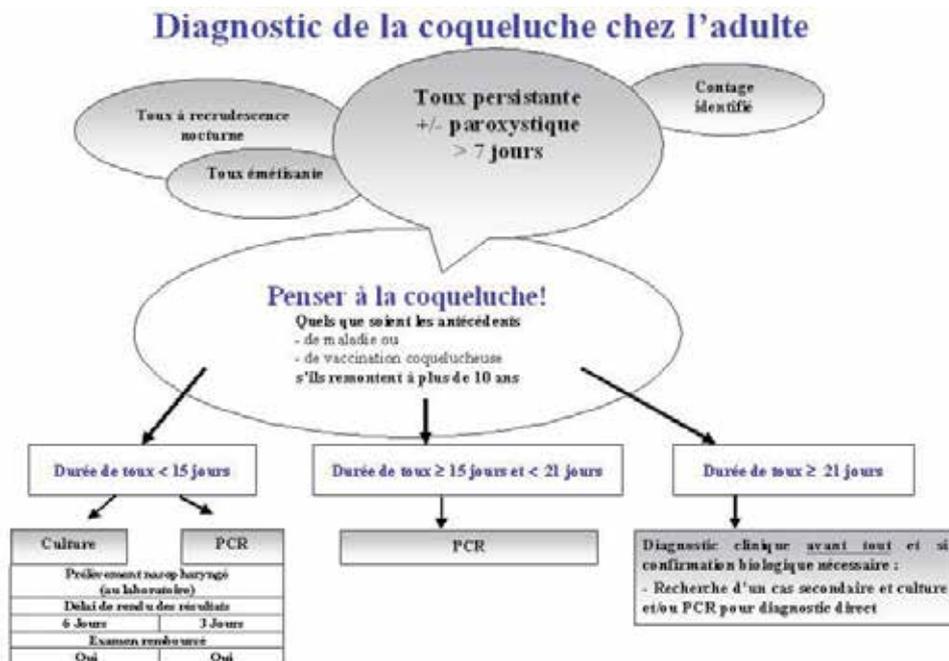
Contagiosité: maximale pendant la phase catarrhale puis diminution avec le temps. Elle peut être considérée comme nulle après trois semaines d'évolution sans traitement antibiotique ou après 3 à 5 jours selon l'antibiotique choisi.

Diagnostic clinique variable selon les personnes. Trois critères pour établir le diagnostic :

- **déroulement** de 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 comme c'est généralement le cas pour une rhinopharyngite banale. La fièvre est en général discrète ou absente;
- **toux** persistante au-delà de 7 jours et son aggravation font évoquer le diagnostic d'autant plus qu'elle devient caractéristique (spasmodique en particulier nocturne, survenant de façon paroxystique). Souvent quinteuse : accès violents et répétés de toux, sans reprise inspiratoire efficace. Ces accès peuvent parfois provoquer 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 (peut être absent chez les nourrissons, les adultes et les personnes anciennement vaccinés);
- **identification de contaminateurs** : recherche systématique de tousseurs de plus de 7 jours dans l'entourage du patient avec une durée d'incubation compatible (7 à 21 jours).

Diagnostic biologique : prélèvement pour culture et/ou PCR par aspiration ou écouvillonnage nasopharyngé¹ :

- **toux < 15 jours** : diagnostic direct par culture et PCR en temps réel (PCR-TR);
- **15 J ≤ Toux < 21 jours** : diagnostic direct par PCR-TR;
- **toux ≥ 21 jours** : diagnostic clinique avant tout². Réaliser des PCR-TR chez les cas secondaires éventuels.



¹ Technique: http://www.pasteur.fr/recherche/unites/film_cnr/prelev.swf

² Une toux évoluant depuis plus de 7 jours doit, en l'absence d'une autre étiologie, faire évoquer le diagnostic de coqueluche :
- toux nocturne, insomniant avec des quintes évocatrices c'est-à-dire aboutissant à une reprise inspiratoire difficile associée à un chant du coq, des vomissements, un accès de cyanose voire des apnées ;
- notion de contagé avec une durée d'incubation compatible (7 à 21 jours).

ANNEXE 1-2

TRAITEMENT / MOYENS DE PRÉVENTION

Traitement

- **Antibiotiques** indiqués dans les trois premières semaines d'évolution :
 - **Azithromycine**: **20 mg/kg/jour** (sans dépasser la posologie adulte de 500 mg/jour) **en une seule prise journalière pendant 3 jours** chez l'enfant; 500 mg/jour en une seule prise journalière pendant 3 jours chez l'adulte;
 - **Clarithromycine** **15 mg/kg/j** à répartir en **2 prises journalières pendant 7 jours** (jusqu'à un maximum de 500 mg 2 fois par jour) chez l'enfant; 500 à 1000 mg/jour pendant 7 jours en 2 prises journalières chez l'adulte;
 - une alternative thérapeutique aux macrolides doit être considérée chez les patients à risque d'allongement de l'espace QT ou ceux qui présentent une maladie cardiaque sous jacente.

Si contre-indication (CI):

- **Cotrimoxazole**: (sulfaméthoxazole + triméthoprime) **peut être proposé en traitement de 14 jours** à la posologie de 6 mg/kg/jour de triméthoprime en 2 prises chez l'enfant et de 320 mg/jour de triméthoprime en 2 prises journalières chez l'adulte (CI: prématurés et nouveau-nés en raison de l'immaturité de leurs systèmes enzymatiques).

Le traitement antibiotique permet de réduire rapidement la contagiosité et d'autoriser le retour en collectivité après 5 jours de traitement (ou 3 jours si le malade est traité avec l'azithromycine). Par contre, l'influence de l'antibiothérapie sur l'évolution de la maladie n'est pas démontrée.

Chez la femme enceinte, l'azithromycine ou la clarithromycine peuvent être utilisées quel que soit le terme. En cas de contre indication, le cotrimoxazole peut être utilisé mais son utilisation devra être évitée durant les 10 premières semaines d'aménorrhée ou associée à une supplémentation en acide folique.

Chez la femme allaitante, aucune conduite spécifique n'est requise si le nouveau né est également traité. Dans le cas contraire l'azithromycine et la clarithromycine peuvent être utilisées. Le cotrimoxazole peut également être utilisé en cas d'allaitement en raison d'un faible passage sauf si le nouveau-né est à risque de déficit en G6PD.

Moyens de prévention

- **Vaccination**³: vaccins combinés associant les vaccins diphtérique (D ou d), tétanique (T), coqueluche acellulaire (Ca ou ca), poliomyélitique inactivé (Polio), *Haemophilus influenzae* type b (HiB) et hépatite B (VHB).

2 MOIS	4 MOIS	11 MOIS	6 ANS	11-13 ANS	25 ANS
DTCaPolio Hib-VHB	DTCaPolio Hib-VHB	DTCaPolio Hib-VHB	DTCaP	dTcaP	dTcaP

Vaccins à doses réduites en anatoxine diphtérique (d) et en antigènes coquelucheux (ca) à partir de 11 ans.

Chez l'adulte: Rappel à l'âge de 25 ans (rattrapage possible jusqu'à 40 ans) et stratégie du cocooning (pour l'entourage du nourrisson au cours de ses 6 premiers mois): une revaccination coquelucheuse est indiquée si la personne en situation de cocooning a reçu à l'âge adulte une dose de vaccin coquelucheux depuis plus de 10 ans.

Chez les professionnels de santé et de la petite enfance, les rappels de 25, 45 et 65 ans doivent désormais comporter la valence coquelucheuse (dTcaP).

- **évacuation d'une collectivité** souhaitable pour les cas suspects tant que le diagnostic n'aura pas été infirmé et, s'il est confirmé, tant que le malade n'aura pas reçu 5 jours de traitement antibiotique (délai pouvant être ramené à 3 jours avec l'azithromycine). Les membres de la famille d'un cas confirmé qui sont symptomatiques (toux) doivent éviter l'accès à la collectivité tant qu'ils n'auront pas été traités par 3 ou 5 jours d'antibiotiques. Dans les collectivités d'adultes, les mêmes règles devraient être suivies. Cette évacuation peut s'étendre utilement jusqu'à 3 semaines après le début de la toux si le patient ne reçoit aucun traitement antibiotique efficace.

³ Se conformer au calendrier des vaccinations en vigueur.

- **antibioprophylaxie**: efficacité des macrolides pour éviter la transmission du germe aux sujets contacts. Modalités: *cf.* traitement curatif. Le traitement prophylactique doit être administré le plus tôt possible après le contagage et, au maximum, 21 jours après le dernier contact avec un cas index en période de contagiosité.

ANNEXE 1-3

DÉFINITIONS DE CAS / CONTACTS / PERSONNES À RISQUE / PERSONNES PROTÉGÉES

- **Cas suspect de coqueluche** : Présence > 7 jours d'une toux persistante, d'autant plus évocatrice qu'il y a des quintes évocatrices (insomniance nocturne ou aboutissant à une reprise inspiratoire difficile ou un chant du coq ou des vomissements ou un accès de cyanose voire une apnée ou associées à une hyperlymphocytose), et en l'absence d'une autre étiologie.
 - **Cas confirmé de coqueluche** :
 - **cas clinique** = toux avec quintes évocatrices > 14 jours en l'absence d'autre étiologie ;
 - **cas biologique** = toux avec une culture positive ou une PCR positive ;
 - **cas épidémiologique** = 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 groupés de coqueluche** : 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 ...).
 - **Population exposée** : Toutes les personnes en contact avec le cas pendant sa phase contagieuse : 3 semaines après le début de ses signes ou 5 jours après le début du traitement par un antibiotique adapté (ou 3 jours après le début de l'antibiothérapie si le malade est traité avec l'azithromycine).
- Selon le type de contact, la conduite à tenir diffère (cf. annexe 1-4) ;**
- contacts proches :
 - personnes vivant sous le même toit (famille, chambrée d'internat...);
 - flirt;
 - tous les enfants et personnels de la section en crèche et halte-garderie ;
 - tous les enfants et personnes exposés au domicile des assistantes maternelles et des crèches familiales.
 - contacts occasionnels : autres sujets ayant eu un contact face à face à moins de 1 mètre ou pendant plus d'une heure avec le cas :
 - en milieu scolaire, enfants et adultes partageant la même classe ;
 - en milieu professionnel, personnes partageant le même bureau ou travaillant dans la même équipe ;
 - amis et personnes partageant plusieurs fois par semaine les mêmes activités ;
 - en établissement de santé et Ehpad :
 - toutes les personnes ayant reçu des soins d'un membre du personnel atteint, ainsi que ses collègues ayant des contacts face à face ou prolongés avec lui ;
 - tous les personnels de soin et tous les patients exposés à un patient ayant la coqueluche pendant sa phase contagieuse.
 - **Personnes à risque** :
 - susceptibles de faire des formes graves de coqueluche ou de décompenser une pathologie sous-jacente : nourrissons non protégés par la vaccination, personnes souffrant de pathologie respiratoire chronique (asthme, broncho-pneumopathies chroniques obstructives...), personnes immunodéprimées, femmes enceintes ;
 - en contact avec ces sujets fragiles : parents ou fratrie de nourrissons non vaccinés, personnels de santé...
 - **Personnes protégées par la vaccination contre la coqueluche en cas de contagion** :
 - nourrissons ≤ 11 mois ayant reçu 2 doses de vaccin ;
 - enfants > 11 mois ayant reçu 3 doses de vaccin et dont la dernière dose < 5 ans ;
 - adolescents > 16 ans et adultes ayant reçu une dose de vaccin < 5 ans, quel que soit le nombre de doses antérieures.

ANNEXE 1-4

MESURES À METTRE EN PLACE VIS-À-VIS DU CAS / DANS L'ENTOURAGE D'UN CAS

- **Mesures concernant le cas confirmé**
 - **Hospitalisation** recommandée pour les nourrissons âgés de moins de 3 mois et, selon la tolérance clinique, à partir de l'âge de 3 mois.
 - **Isolement:**
 - **à domicile:** éviter tout contact avec les nourrissons non ou insuffisamment protégés (*cf.* annexe 1-3);
 - **en collectivité d'enfants:** éviction du malade de la collectivité, retour autorisé à la fin de la période de contagiosité soit après 3 semaines de toux ou 5 jours d'antibiothérapie adaptée (ou 3 jours si le malade est traité avec l'azithromycine);
 - **en cas d'hospitalisation du malade:** chambre seule pendant les 5 premiers jours de traitement par un antibiotique adapté (ou 3 jours si le malade est traité avec l'azithromycine);
 - **en milieu professionnel:** le retour du malade n'est recommandé qu'à la fin de la période de contagiosité soit après 3 semaines de toux ou 5 jours d'antibiothérapie adaptée (ou 3 jours si le malade est traité avec l'azithromycine).
- **Mesures dans l'entourage d'un cas de coqueluche confirmé:** Ces mesures peuvent à titre exceptionnel être appliquées à un cas suspect en attendant confirmation biologique s'il est en contact avec des personnes à haut risque.
 - **recherche des tousseurs** par l'interrogatoire, puis: examen médical, examens biologiques de confirmation et prise en charge (isolement et traitement spécifique).
 - **antibioprophylaxie aux sujets asymptomatiques non protégés par la vaccination:** La prophylaxie n'a d'intérêt pour éviter les cas secondaires que si la période d'incubation n'est pas dépassée. Si le dernier contact potentiellement contaminant remonte à plus de 21 jours, la prophylaxie n'est plus nécessaire, le risque de développer la maladie à partir de cet épisode étant nul.
- **Contacts proches:**
 - tous les **enfants** non ou mal vaccinés (ayant reçu moins de 2 ou 3 doses selon l'âge, (*cf.* annexe 1-3) ou ceux dont la dernière vaccination date de plus de 5 ans. Lors d'un contact avec une personne présentant un tableau clinique très évocateur de coqueluche, l'antibioprophylaxie peut être débutée dès lors que le prélèvement biologique du sujet index a été réalisé et en attente du résultat;
 - tous les **adultes** non vaccinés ou dont la dernière vaccination contre la coqueluche remonte à plus de 5 ans.

Cette recommandation est justifiée par un risque élevé de transmission du fait de la promiscuité avec le cas de coqueluche et d'une diminution possible mais non quantifiable de l'efficacité vaccinale au-delà de 5 ans.
- **Contacts occasionnels:**
 - tous les **sujets à risque** non protégés par la vaccination: nourrissons non ou incomplètement vaccinés (*cf.* annexe 1-3), femmes enceintes, sujets atteints de maladies respiratoires chroniques (asthme, BPCO...), immunodéprimés, entourage de nourrissons non encore vaccinés.
- **Mise à jour de la vaccination de la population exposée** selon le calendrier vaccinal en vigueur. La vaccination post-exposition n'a aucune efficacité pour la prévention de la coqueluche chez une personne déjà contaminée. Cette vaccination de rattrapage a pour but de prévenir la maladie dans l'hypothèse de contamination ultérieure. Pour les personnes ayant déjà présenté la coqueluche depuis plus de 10 ans, une vaccination est considérée comme nécessaire. La coqueluche des premiers mois de la vie est considérée comme peu immunisante de sorte que ces nourrissons doivent être vaccinés selon le calendrier vaccinal en vigueur.
- **Information de la population exposée en demandant:**
 - au patient ou aux parents d'un enfant malade d'informer le plus rapidement possible leur entourage familial, social ou professionnel, afin que ces personnes consultent leur médecin traitant en cas d'apparition de toux dans les 21 jours qui suivent le dernier contact, reçoivent une antibiothérapie le cas échéant et mettent à jour les vaccinations selon le calendrier vaccinal;
 - au patient de prévenir le plus rapidement possible sa médecine du travail, notamment s'il travaille dans un établissement de santé.

ANNEXE 1-5

SITUATIONS PARTICULIÈRES

Dans les collectivités où la population à risque est nombreuse (crèche, maternité, services de néonatalogie, autres établissements hospitaliers), et notamment s'il n'a pas été possible de confirmer le cas au laboratoire, il est recommandé d'organiser une réunion entre les personnels de terrain et l'ARS, l'InVS, le CNR, des infectiologues, des pédiatres spécialistes de la coqueluche si nécessaire, afin de mettre en place une stratégie d'identification rapide des cas secondaires chez qui seront pratiquées une PCR ou une culture, de proposer l'application des mesures de prophylaxie, et de décider des mesures à mettre en place pour surveiller l'apparition de nouveaux cas.

– **Crèches**

- antibioprophylaxie de tous les nourrissons n'ayant pas reçu 2 ou 3 injections de vaccin selon l'âge (cf. annexe 1-3) et mise à jour des vaccinations selon le calendrier vaccinal en vigueur;
- antibioprophylaxie du personnel n'ayant pas reçu de vaccin contre la coqueluche dans les 5 dernières années et mise à jour des vaccinations du personnel en contact avec les cas;
- information de la population exposée et surveillance de cette population pendant 3 semaines après la fin du dernier contact avec le cas confirmé à la recherche de nouveaux cas pour prise en charge thérapeutique rapide.

– **Établissements scolaires** : Rechercher des tousseurs et déterminer les contacts proches et occasionnels (cf. annexe 1-4). Information de la population exposée et surveillance pendant 3 semaines après la fin de la période de contagiosité du cas index.

– **Un cas dans une classe ou une section** :

- antibioprophylaxie des sujets exposés à risque (notamment enfants et enseignants vivant avec un nourrisson non encore vacciné à la maison) non protégés par la vaccination;
- mise à jour des vaccinations de l'ensemble des enfants et adultes, selon le calendrier vaccinal en vigueur;
- information et surveillance de la classe par la médecine scolaire pour détecter de nouveaux tousseurs.

– **Collectivités d'enfants handicapés** :

- antibioprophylaxie étendue à tous les enfants non protégés à discuter avec l'ARS en fonction de la promiscuité avec le cas et du handicap des enfants;
- mise à jour des vaccinations de l'ensemble des enfants et adultes, selon le calendrier vaccinal en vigueur;
- information et surveillance de la collectivité pour détecter de nouveaux tousseurs.

– **Internats** :

- antibioprophylaxie de tous les contacts proches du cas non protégés par la vaccination;
- antibioprophylaxie des sujets à risque, notamment les frères et sœurs de nourrissons non protégés par la vaccination;
- mise à jour de la vaccination des contacts selon le calendrier vaccinal en vigueur. Information et surveillance de la collectivité.

– **Établissements de santé et établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** : Mesures de contrôle identiques mais elles doivent être entreprises rapidement dès la confirmation de la coqueluche avec :

- signalement interne immédiat à l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et à la médecine du travail et, externe, à l'ARS et aux CCLIN et ARLIN *via* E-sin dans le cadre du signalement des infections nosocomiales pour les établissements de santé, et un signalement à l'ARS pour les EHPAD;

– **Parmi le personnel** :

- information du personnel (éventuellement des visiteurs dans les collectivités de personnes âgées par exemple) sur le risque d'une contamination, la conduite à tenir devant l'apparition d'une toux même banale et la surveillance à mettre en place pendant les 3 semaines après les derniers contacts supposés infectants;
- identification, investigation, traitement et éviction rapide du personnel présentant une toux suspecte de coqueluche, port du masque dans les cas douteux (personnes toussant) en attendant les éléments de confirmation;
- antibioprophylaxie du personnel exposé au cas si ce personnel est à risque et non protégé par la vaccination;

- mise à jour des vaccinations parmi le personnel soignant selon le calendrier vaccinal en vigueur. S'il y a rappel de vaccination, utiliser le vaccin dTcaP en respectant un intervalle minimal de 1 mois avec un vaccin comportant les valences diphtérie et/ou tétanos.
- **Parmi les patients ou résidents :**
 - identification des patients ou résidents exposés pour information, recherche de cas et antibioprophylaxie des personnes en contact proche ou occasionnel à risque asymptomatiques et non protégées par la vaccination ;
 - ne pas oublier les patients exposés qui seraient sortis de l'établissement. En fonction de la probabilité d'infection et des risques qu'une coqueluche pourrait faire courir au patient, un courrier pourra lui être adressé.
- **mise en place d'une surveillance active pour suivre la survenue de nouveaux cas**

Le personnel de santé doit régulièrement être sensibilisé à l'importance d'un port de masque et des mesures de type gouttelettes dès qu'une toux apparaît, même en dehors d'un contexte de coqueluche, à l'importance de pratiquer rapidement des investigations nécessaires en vue de la confirmation du diagnostic et à la mise en place immédiate des mesures de contrôle.

– **En maternité**

Les mesures décrites ci-dessus sont à appliquer selon certaines particularités :

– **Parmi 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 bénéfice/risque doit permettre de **ne proposer une prophylaxie qu'aux personnels n'ayant pas reçu de vaccin contre la coqueluche dans les 5 dernières années, les plus exposés aux cas et les plus susceptibles de transmettre l'infection aux nourrissons non vaccinés et aux femmes enceintes.**

– **Parmi 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, dans le binôme, a été principalement exposé et de ne proposer une prophylaxie qu'à cette personne. Par exemple :

- si une **puéricultrice** a une coqueluche, seuls les enfants dont elle aura pris soin seront traités. Leurs mères recevront l'information de se surveiller pendant les 3 semaines suivant le dernier contact avec la puéricultrice ;
- 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 ;
- en pratique, il apparaît souvent plus aisé de proposer une antibioprophylaxie à toutes les femmes enceintes et à tous les nourrissons qui ont été exposés.

La vaccination de l'entourage proche du nouveau-né doit être mise à jour selon les recommandations en vigueur (cocooning et professionnels de santé).

- **Établissements professionnels (autres qu'établissements de santé) :** Les mesures de contrôle comprennent également :
 - information du personnel sur le risque d'une contamination, la conduite à tenir devant l'apparition d'une toux même banale et la surveillance à mettre en place pendant les 3 semaines après les derniers contacts supposés infectants ;
 - identification, investigation, traitement et éviction rapide du personnel présentant une toux ;
 - antibioprophylaxie chez les sujets à risque exposés et n'ayant pas reçu de vaccin contre la coqueluche dans les 5 dernières années et mise à jour des vaccinations de la population exposée selon le calendrier vaccinal en vigueur.

ANNEXE 1-6

MESURES À METTRE EN PLACE DEVANT DES CAS GROUPÉS DE COQUELUCHE

– **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...).

- les mesures de contrôle sont identiques à celles autour d'un cas (cf. annexe 1- 5);
- un rapport d'investigation sera transmis à l'ARS et à la Cire/InVS pour information.

Le rapport devra si possible notifier les informations suivantes :

- descriptif de la collectivité : nombre et âge des sujets de la collectivité, terrain si collectivité de sujets fragiles, nombre de personnels encadrant, couverture vaccinale si collectivité d'enfants ou professionnels visés par la vaccination contre la coqueluche;
- nombre de cas suspects, nombre de cas confirmés : cas cliniques, cas confirmés au laboratoire, cas confirmés épidémiologiquement;
- âge et statut vaccinal des cas (nombre d'injections de vaccin coquelucheux, date de la dernière injection);
- taux d'attaque chez les enfants (si possible par classe d'âge : 0-5 mois, 6 mois-23 mois, 2-6 ans, 7-10 ans, 11-18 ans) et chez les adultes;
- mesures de contrôle mises en place.

Il est inhabituel d'observer parmi la population vaccinée depuis moins de 5 ans une incidence élevée de cas. Si tel était le cas, en avertir l'ARS et l'nVS pour faire une analyse plus approfondie.

Des modèles de fiches sont disponibles sur le site de l'InVS www.invs.sante.fr (Dossier thématique coqueluche) :

Fiche individuelle;

Fiche de cas groupés en collectivité;

Tableau de cas groupés en collectivité;

Tableau de cas groupés en établissement de santé;

Une fois complétés, les fichiers sont à renvoyer à l'adresse suivante : coqueluche@invs.sante.fr.