

Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche

Ce guide est une synthèse du rapport du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche et validé le 16 janvier 2004. Le rapport détaille les données épidémiologiques et cliniques, le diagnostic biologique, le traitement de la maladie et ses moyens de prévention. Le rapport et la bibliographie qui l'accompagnent sont disponibles sur le site de la Direction générale de la santé¹.

La coqueluche est une infection bactérienne peu ou pas fébrile de l'arbre respiratoire inférieur d'évolution longue et hautement contagieuse. Depuis que les couvertures vaccinales sont élevées, cette maladie affecte essentiellement les nourrissons trop jeunes pour être vaccinés ainsi que les adolescents et les adultes qui ont perdu la protection conférée par le vaccin (< 10 ans) ou la maladie (< 15 ans).

La durée d'incubation est de 10 jours (extrêmes : 7 à 21 jours) et la contagiosité dure jusqu'à 3 semaines après le début des signes si aucun traitement antibiotique n'est entrepris.

CONDUITE À TENIR DEVANT UN CAS DE COQUELUCHE, ENFANT OU ADULTE

Le diagnostic clinique repose sur la persistance d'une toux, surtout si elle est spasmodique et à prédominance nocturne et qu'elle s'accompagne de toux dans l'entourage du cas. La confirmation biologique repose sur la culture, PCR ou sérologie¹.

Les mesures suivantes sont alors recommandées :

• Mesures concernant le cas

La précocité du diagnostic et de la prise en charge des premiers cas est essentielle pour limiter la transmission.

- **Hospitalisation** recommandée pour les cas âgés de moins de 3 mois et selon la tolérance clinique après l'âge de 3 mois ;

- Isolement respiratoire

A la maison, éviter le contact avec les nourrissons non ou insuffisamment protégés, c'est-à-dire :

- les nourrissons de moins de 16 mois n'ayant pas reçu 3 injections de vaccins ;

- les nourrissons âgés de plus de 16 mois n'ayant pas reçu 4 doses de vaccins.

En collectivité d'enfants : éviction de la collectivité et retour autorisé dans la collectivité seulement après 5 jours de traitement par un antibiotique adapté.

En cas d'hospitalisation : chambre seule, pendant les 5 premiers jours de traitement par un antibiotique adapté, essentiellement clarithromycine (15 mg/kg/j pendant 7 jours en 2 prises journalières, au maximum 500 mg 2 fois par jour chez l'enfant, 500 à 1 000 mg/jour en 2 prises journalières chez l'adulte, ou azithromycine (10 mg/kg le premier jour puis 5 mg/kg/jour les 4 jours suivants sans dépasser la posologie adulte qui est de 500 mg le premier jour puis 250 mg/jour les 4 jours suivants).

• Mesures préventives dans l'entourage d'UN cas (enfant ou adulte)

Entourage familial, social ou professionnel

Le clinicien demandera au patient ou aux parents d'un enfant malade d'aviser de la maladie le plus rapidement possible leur entourage familial, social ou professionnel, notamment si le malade fréquente des sujets à haut risque (nourrissons non ou incomplètement vaccinés, femmes enceintes, sujets atteints de maladies respiratoires chroniques, parents de nourrissons non encore vaccinés), afin que ces personnes consultent leur médecin traitant en cas d'apparition de toux dans les 21 jours qui suivent le dernier contact.

Dans le cas où le malade travaillerait dans un établissement de santé, il lui sera demandé de prévenir la médecine du travail de son établissement, le plus rapidement possible.

Dans l'entourage familial du malade, il est recommandé au clinicien :

- de prescrire une antibioprophylaxie (voir supra), aux enfants non ou mal vaccinés (ayant reçu moins de 4 doses), aux adolescents ayant reçus moins de 5 doses ou à ceux dont la dernière vaccination date de plus de 5 ans et aux parents de nourrissons ou d'enfants non ou mal vaccinés ainsi qu'aux parents du sujet index (à l'exception de ceux qui auraient eu un rappel coquelucheux datant de moins de 5 ans).

- de mettre à jour les vaccinations selon le calendrier vaccinal² pour les enfants, les adolescents et certains adultes. En l'absence actuelle de vaccin coquelucheux non combiné force est de recourir à un vaccin combiné. Si l'enfant a reçu un vaccin DTPolio depuis moins de 5 ans, il est recommandé d'utiliser un vaccin combiné faiblement dosé en anatoxine diphtérique et de surveiller la tolérance.

Cette mesure s'applique aux personnes exposées au domicile des assistantes maternelles.

CONDUITE À TENIR DEVANT DES CAS GROUPÉS DE COQUELUCHE

Définition de cas groupés de coqueluche : sont considérés comme cas groupés au moins 2 cas de coqueluche avec un lien épidémiologique, contemporains ou successifs, (séparés par une période d'incubation compatible) et survenant dans une même unité géographique (classe, école, service hospitalier, entreprise...).

• Information du médecin inspecteur de santé publique (Misp)

Tout médecin ayant une connaissance de cas groupés de coqueluche survenant dans une collectivité d'enfants ou d'adultes informe le plus rapidement possible le Misp de la Ddass.

• Le médecin de santé publique s'efforcera de confirmer et de classer les cas

- Définitions

Cas SUSPECT : toux insomnante nocturne avec des quintes évocatrices c'est-à-dire 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 depuis plus de 8 jours et en l'absence d'une autre étiologie.

Cas CONFIRMÉ :

- *Cas clinique* : toux avec quintes évocatrices d'au moins 14 jours en l'absence d'une autre étiologie.

- *Cas confirmé au laboratoire* : culture positive et/ou PCR positive et/ou sérologie positive en l'absence de vaccination récente.

- *Cas confirmé épidémiologiquement* : cas en contact dans les 3 semaines précédant le début de sa toux avec un cas confirmé au laboratoire.

• Mesures concernant les cas

Les mesures sont les mêmes que celles à prendre autour d'un cas unique de coqueluche (voir supra).

• Mesures préventives vis-à-vis des personnes exposées aux cas

Elles seront prises au contact des cas confirmés mais également des cas suspects et comportent une information des populations exposées.

- Identification de la population exposée

Contacts proches en priorité : personnes de la famille vivant sous le même toit ou, s'il s'agit d'un enfant en crèche familiale, personnes exposées au domicile des assistantes maternelles.

Contacts occasionnels : sujets ayant eu un contact face-à-face ou prolongé avec un cas dans les 3 premières semaines d'évolution de sa maladie.

Collectivités : toute personne, enfant ou adulte, ayant un contact étroit avec le cas.

- Identifier les cas dans cette population par une enquête méticuleuse

Un interrogatoire recherchera tout autre cas suspect qui nécessitera un examen médical, d'éventuels examens biologiques de confirmation et une prise en charge (isolement et traitement spécifique).

Tout sujet présentant une toux, même banale, doit être considéré comme un cas potentiel, isolé et soumis à un traitement adapté.

- Mettre en place les mesures préventives

Les mesures préventives se font auprès des sujets asymptomatiques (les sujets symptomatiques sont considérés comme des cas) : leur mise en place dépend de la proximité du contact mais également de la susceptibilité et du terrain des personnes exposées ;

- *contacts proches* : les mesures sont les mêmes que celles proposées à l'entourage familial d'un cas (voir supra), à savoir antibioprophylaxie des sujets non protégés et mise à jour des vaccinations selon le calendrier vaccinal pour les enfants, les adolescents et certains adultes ;

- *contacts occasionnels* : antibioprophylaxie uniquement chez les sujets à haut risque : nourrissons non ou incomplètement vaccinés, femmes enceintes, sujets atteints de maladies respiratoires chroniques (asthme...), parents de nourrissons non encore vaccinés ;

- *crèches* : antibioprophylaxie de tous les nourrissons n'ayant pas reçu 4 injections de vaccin et mise à jour des vaccinations selon le calendrier vaccinal et antibiothérapie du personnel en contact avec les cas ;

- **établissement scolaire**, une enquête sera mise en place pour déterminer les contacts proches et occasionnels :

- un ou plusieurs cas dans une classe ou une section : antibioprofylaxie de tous les enfants de la classe et des enseignants non à jour de leurs vaccinations ou dont la dernière dose de vaccin anticoquelucheux remonte à plus de 5 ans ;

- si plusieurs cas dans des classes ou sections différentes, les mesures ci-dessus sont applicables dans chaque classe ou section ;

- internats et collectivités d'enfants handicapés : antibioprofylaxie de tous les enfants contacts et du personnel adulte non à jour de leurs vaccinations ou dont la dernière dose de vaccin anticoquelucheux remonte à plus de cinq ans. En cas de couverture vaccinale très faible (< 50 %) dans l'établissement (malades neurologiques par exemple) ou de sujets fragilisés, discuter un élargissement de l'antibioprofylaxie à tous les contacts quel que soit leur statut vaccinal ;

- **établissements de santé** : port systématique de masque pour les soignants qui toussent et investigation à la recherche d'une étiologie en cas de toux persistant au-delà de 7 jours. En cas de coqueluche confirmée, appliquer les mesures préventives. L'antibioprofylaxie n'est pas préconisée pour les professionnels de santé ayant reçu un rappel du vaccin coquelucheux datant de moins de 5 ans.

• Rapport d'investigation

Tout rapport d'investigation sera transmis à l'Institut de veille sanitaire (InVS), Département des maladies infectieuses, Unité des maladies à prévention vaccinale, 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 d'enfants malades, nombre d'adultes les encadrant, couverture vaccinale vis-à-vis de 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 coquelucheuses, 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.

• Efficacité vaccinale

L'efficacité de la vaccination coquelucheuse étant bonne pendant les 5 ans après le dernier rappel, il est inhabituel

d'observer parmi les cas une proportion élevée d'enfants complètement vaccinés. Si tel était le cas, en avertir l'InVS pour faire une mesure de l'efficacité vaccinale (comparaison des taux d'attaque chez les sujets vaccinés et non vaccinés).

• Augmentation anormale de cas coqueluche dans une zone géographique

Lorsqu'un médecin inspecteur de santé publique est informé d'un nombre anormalement élevé de cas de coqueluche dans une région donnée, il est recommandé de mettre en place une investigation afin de :

- confirmer l'éventuel épisode épidémique ;

- informer les médecins hospitaliers (services d'urgence), médecins et pédiatres libéraux, médecins de PMI, médecins scolaires, laboratoires de microbiologie pour les sensibiliser au diagnostic, leur indiquer les laboratoires effectuant la culture ou autre examen diagnostique et leur rappeler les mesures de contrôle autour des cas ;

- mettre en place une recherche active des cas avec collecte des données cliniques, du statut vaccinal, et des données microbiologiques de chaque cas pour préciser les raisons de la transmission.

Une assistance méthodologique pour ce type d'événement pourra être demandée à l'Institut de veille sanitaire.

Adresses utiles

- **Direction générale de la santé (DGS)**, Sous direction pathologie et santé, Bureau des maladies infectieuses et de la politique vaccinale, 8 avenue de Ségur 75007, Paris. Tél. : 01 40 56 72 38.

- **Institut de veille sanitaire (InVS)**, Unité des maladies à prévention vaccinale, 12, rue du Val-d'Osne, 94415 St-Maurice Cedex. Tél. : 01 41 79 68 74, fax : 01 41 79 68 72.

- **Centre national de référence (CNR)** de la coqueluche et autres Bordetelloses, Institut Pasteur, 28, rue du Dr Roux, 75724 Paris Cedex 15. Tél. : 01 45 68 83 34, fax : 01 40 61 35 33.

Liste des participants du groupe de travail du Conseil supérieur d'hygiène publique de France :

Pr Daniel Floret, président, Dr Isabelle Bonmarin, Dr Paule Deutsch, Pr Joël Gaudelou, Pr Emmanuel Grimprel, Dr Nicole Guérin, Pr Nicole Guiso, Dr Isabelle Morer.

¹ <http://www.sante.gouv.fr/index.html> - Direction générale de la santé. Rapport du conseil supérieur d'hygiène publique de France, section des maladies transmissibles, relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche.

² <http://www.invs.sante.fr/beh/> - BEH n° 28-29 (29 juin 2004). [Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France - calendrier vaccinal.](http://www.invs.sante.fr/beh/)



PROFET
Programme de formation à l'épidémiologie de terrain



PROFET est un programme de formation de deux ans, co-piloté par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'École nationale de la santé publique (ENSP), qui vise à former par la pratique des professionnels de santé à l'investigation, la surveillance épidémiologique et à l'évaluation des risques sanitaires.

MODALITÉS DE LA FORMATION

- Stage de 2 ans en structure d'accueil + regroupements pédagogiques ponctuels
- Structures d'accueil : cellules (inter)régionales d'épidémiologie d'intervention et départements de l'Institut de veille sanitaire
- Stage rémunéré (contrats InVS).

A l'issue de leur formation, les stagiaires ont vocation à occuper des fonctions d'épidémiologiste au sein d'une cellule (inter)régionale d'épidémiologie d'intervention, d'un département de l'Institut de veille sanitaire ou de toute autre structure orientée vers la veille sanitaire.

CANDIDATURES

La formation s'adresse à des diplômés de santé publique en début de parcours professionnel se destinant à exercer des fonctions prioritairement consacrées à la surveillance épidémiologique, l'investigation, l'évaluation des risques sanitaires.

Les candidats au programme doivent remplir les conditions suivantes :

- avoir un diplôme de niveau bac + 5 dans les filières médicales, paramédicales, santé publique ou santé environnementale et des bases théoriques en épidémiologie et/ou statistiques et/ou évaluation des risques sanitaires ;
- démontrer une forte motivation pour travailler dans le domaine de l'épidémiologie d'intervention et de l'évaluation des risques sanitaires ;
- bénéficier d'une mobilité importante au cours des deux années de la formation (affectation dans la structure d'accueil, participation aux regroupements pédagogiques, missions d'investigation).

INFORMATIONS ET DOSSIERS DE CANDIDATURE

PROFET - Programme de formation à l'épidémiologie de terrain
<http://www.invs.sante.fr/departements/dfd/index.htm>

Coordination :

Brigitte Helynck - tél : 01 41 79 67 84 - e-mail : b.helynck@invs.sante.fr
Rémi Demillac - tél : 02 99 02 26 78 - e-mail : remi.demillac@ensp.fr

Secrétariat :

Linda Boyeaux - tél : 01 41 79 67 80 - e-mail : l.boyeaux@invs.sante.fr
Institut de veille sanitaire, 12 rue du Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice cedex

- Date limite de candidature : 10 avril 2005.
- Pré-sélection des candidats sur dossier : 20 mai 2005.
- Comité de sélection pour les candidats pré-sélectionnés : 7 juin 2005.
- Démarrage du cursus de la 4^e promotion Profet : novembre 2005.