



**GUIDE DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE**

**RETRAIT PRÉVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE**

*La coqueluche*

**COMITÉ MÉDICAL PROVINCIAL  
EN SANTÉ AU TRAVAIL DU QUÉBEC**

*Adopté le 26 mars 1998*

Guide de pratique élaboré à partir du consensus professionnel développé et publié par le sous-comité sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite du Comité médical provincial en santé au travail « Consensus de pratique en matière de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Les agresseurs biologiques : coqueluche et grossesse. »

Mars 1998

Le comité médical provincial a tenu compte des informations disponibles dans le document qui suit et résumées ci-dessous, pour formuler sa recommandation devant guider les médecins désignés par le directeur de santé publique dans l'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte au regard du danger résultant de l'exposition au Bordetella pertussis.

- ◆ Seulement 50% des enfants ont une immunité contre la maladie, 5 ans après leur vaccination (Christie et al., 1989). Ainsi, les adolescents(entes) et les jeunes adultes, principalement les moins de 15 ans, sont actuellement considérés, à moins d'avoir contracté la maladie, comme le principal réservoir de transmission de la coqueluche.
- ◆ Les effets sur la santé de la femme enceinte n'ont pas été spécifiquement documentés, mais les manifestations respiratoires peuvent s'accompagner de nausées et de vomissements. Il s'ensuit parfois un état de déshydratation pouvant nécessiter une hospitalisation.
- ◆ La transmission intra utérine n'a pas été rapportée. Si la contamination de la mère au nouveau-né est rare, la maladie est par contre très sévère et souvent mortelle chez le nourrisson; les prématurés sont particulièrement vulnérables.

**Sont considérés à risque les milieux suivants :**

centres hospitaliers :

pouponnières (si réhospitalisation de nouveau-nés)

pédiatries

urgence

cliniques de médecine familiale et de pédiatrie (en période endémique)

garderies

écoles

camps de vacances

centres d'accueil pour jeunes.

**1. Si un cas de coqueluche est soupçonné ou déclaré dans un milieu à risque,** nous recommandons de réaffecter toute travailleuse enceinte non protégée<sup>1</sup> qui est en contact direct (sujet contact) avec le cas index, à compter de la 30<sup>e</sup> semaine jusqu'à la fin de la grossesse.

---

<sup>1</sup> Une travailleuse sera considérée protégée seulement si elle peut présenter une preuve documentée de culture nasopharyngée positive pour la bactérie Bordetella pertussis; la vaccination antérieure ne constitue pas une preuve de protection.

**2. Dans les milieux de travail où il y a évidence de propagation de la maladie (i.e. où 2 cas ou plus ont été déclarés),** nous recommandons de réaffecter toute travailleuses enceinte non protégée à compter de la 30<sup>e</sup> semaine jusqu'à la fin de la grossesse.

Si les cas soupçonnés s'avèrent être négatifs, la travailleuse peut alors réintégrer le milieu de travail.

## ANNEXE

### CONSENSUS DE PRATIQUE EN MATIÈRE DE RETRAIT PRÉVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

---

**Les agresseurs biologiques :  
coqueluche et grossesse**

Septembre 1997

## AVANT-PROPOS

Ce document a été rédigé par Myreille Arteau, médecin-conseil en santé au travail, et Joane Désilets, adjointe médicale en maladies infectieuses de la Direction de la santé publique de Lanaudière.

Préparé par le Comité provincial sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite et entériné en juin 1997.

Président : D<sup>r</sup> Robert Breton, Montérégie et Estrie

Membres : D<sup>re</sup> Myreille Arteau, Lanaudière

D<sup>r</sup> André Dupré, Côte-Nord et Saguenay/Lac St-Jean

Dr Pierre Gourdeau, Québec

D<sup>re</sup> Sylvie Lemieux, Chaudière/Appalaches

D<sup>r</sup> Christian Lévesque, Laval

D<sup>r</sup> Aubert Nadeau, Bas St-Laurent et Gaspésie

D<sup>re</sup> Marie-Claude Thérout, Laurentides, Abitibi et Outaouais

D<sup>r</sup> Robert Simard, Montréal

D<sup>r</sup> Christian Vinette, Mauricie/Bois-Francs

Ce document a aussi été soumis à la critique du Comité de concertation en maladies infectieuses en juin 1997.

## **TABLE DES MATIÈRES**

	Page
Identification .....	1
Mode de transmission .....	1
Période d'incubation .....	1
Phase de contagiosité .....	1
Cas clinique .....	1
Cas confirmé .....	1
Cas contacts .....	2
Immunisation .....	2
Effets maternels .....	2
Effets sur la grossesse et le fœtus .....	3
Traitement .....	3
Bibliographie .....	4

## **COQUELUCHE ET GROSSESSE**

La coqueluche est une maladie contagieuse causée par une bactérie : *Bordetella pertussis*. Le mode de transmission de la maladie est par dissémination aérienne de gouttelettes provenant d'individus infectés. La période d'incubation est de une à deux semaines. Par la suite survient la phase catarrhale avec fièvre et écoulement nasal. Cette période symptomatique durant, elle aussi, de une à deux semaines, est la phase de contagiosité maximale. Enfin, la période de toux paroxystique en quintes peut durer de 4 à 6 semaines. Classiquement, la toux se termine par le « chant du coq » qui est une reprise inspiratoire bruyante à la fin d'une quinte de toux, ou par des vomissements, de l'apnée et de la cyanose.

Les complications les plus fréquentes de la maladie sont des infections secondaires, telles les otites et les pneumonies, et parfois aussi des difficultés d'alimentation liées aux vomissements. Des convulsions, avec ou sans encéphalopathie, peuvent survenir pendant la phase de toux paroxystique. Il est à noter que la sévérité de la maladie est inversement proportionnelle à l'âge. Pour qu'un cas soit retenu par la Direction de la santé publique et qu'une enquête épidémiologique soit entreprise, il doit répondre à l'une des définitions suivantes :

### **CAS CLINIQUE**

*(Protocole d'intervention coqueluche, MSSS, Québec, oct. 1993)*

Présence d'une toux qui dure depuis au moins 2 semaines et au moins une des manifestations suivantes sans autre cause apparente :

- toux paroxystique (quintes de toux) ou
- sifflement inspiratoire (chant du coq) ou
- toux se terminant par des vomissements ou par de l'apnée.

### **CAS CONFIRMÉ**

Personne chez qui on a isolé le *Bordetella pertussis* ou qui répond à la définition de cas clinique en présence d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé par culture. Cependant, dans le but d'accélérer l'intervention, les critères suivants sont souvent suffisants pour débiter l'enquête :

- toux avec chant du coq inspiratoire ou
- en contexte d'éclosion, une toux paroxystique pendant au moins 7 jours accompagnée de vomissements ou d'apnée ou
- après un contact avec un cas confirmé de coqueluche ou dans un milieu où des cas ont été signalés, tout symptôme évocateur de coqueluche.

Ces cas seront évalués 2 semaines après le début de la toux afin de les valider selon la définition nosologique.

## **CAS CONTACTS**

Les cas contacts (ou sujets contacts) sont les individus vivant dans la même maisonnée qu'un cas de coqueluche, fréquentant la même garderie, le même milieu familial ou partageant le même espace vital pendant plus d'une heure, et ce, durant la période de contagiosité. L'intervention pour les sujets contacts est la suivante :

*les sujets contacts, particulièrement les jeunes enfants (6 ans et moins) devront faire l'objet d'une vérification de leur carnet de vaccination, d'une vaccination adéquate si nécessaire et d'une chimioprophylaxie à l'érythromycine lorsque le contact a eu lieu avec le cas index (cas déclaré) pendant la phase contagieuse et que le délai entre le début de ce contact et le moment de l'intervention est de moins de 14 jours. Cette conduite est recommandée pour les sujets contacts vivant dans la maisonnée ou en milieu de garde familial.*

*Pour les sujets contacts en garderie ou à l'école, ils feront l'objet des mêmes vérifications du carnet de vaccination et de la vaccination si celle-ci est incomplète. Toutefois, seuls les enfants de moins de 12 mois seront traités à l'érythromycine. Il est très important de se rappeler que, lorsque la maladie est traitée, la période de contagiosité dure 5 jours après le début du traitement. Si elle n'est pas traitée, elle dure jusqu'à 3 semaines après le début des quintes de toux.*

## **IMMUNISATION**

Près de 80% des enfants vaccinés sont immuns. Toutefois, les enfants vaccinés deviennent vulnérables à l'infection de 2 à 5 ans après leur dernière injection vaccinale. Seulement 50% des enfants ont une immunité contre la maladie 5 ans après leur vaccination (Christie et al., 1989). Ainsi, les adolescents(entes) et les jeunes adultes, principalement les moins de 15 ans, sont actuellement considérés, à moins d'avoir contracté la maladie, comme le principal réservoir de transmission de la coqueluche.

## **EFFETS MATERNELS**

Peu de données sont actuellement disponibles sur les effets maternels de l'infection au cours de la grossesse. Les manifestations respiratoires peuvent s'accompagner de nausées et de vomissements et entraîner un état de déshydratation nécessitant, dans certains cas, une hospitalisation.

## **EFFETS SUR LA GROSSESSE ET LE FOETUS**

Il n'y a pas de transmission connue in utéro (Rapport hebdomadaire des maladies du Canada, 1990). La contamination de la mère au nouveau-né est très rare. Toutefois, lorsque cela survient, les complications sont plus fréquentes et de gravité plus sévère chez le nouveau-né (Christie et al., 1989) :

- broncho-pneumonie surinfectée par l'adénovirus, le virus syncytial respiratoire ou le cytomégalovirus;
- pneumonie lobaire surinfectée par le pneumocoque ou le staphylocoque;
- bronchiectasies;
- pneumothorax;
- pneumomédiastin;
- arrêt respiratoire;
- convulsions par asphyxie;
- hémorragie sous-arachnoïdienne;
- encéphalopathie;
- atrophie corticale;
- hypoglycémie par effet direct de l'exotoxine protéique sécrétée par la bactérie;
- retard de développement secondaire à de multiples causes (troubles du SNC, ventilation insuffisante durant la phase aiguë, longue hospitalisation avec stimulation insuffisante).

Selon Christie et Baltimore (1989), 70% de la mortalité associée à la maladie survient durant l'enfance, dont 50% si l'enfant a moins de 3 mois. Les nouveau-nés et principalement les prématurés sont donc très vulnérables.

## **TRAITEMENT**

Estolate d'érythromycine 40 - 50 mg/kg/jour, pour un maximum de 1 g/jour. Le traitement et la prophylaxie durent 10 jours. L'érythromycine-base n'est pas formellement contre-indiquée chez la femme enceinte mais ses effets hépatiques (risque de cholestase) pourraient être plus importants. Il faut donc l'utiliser avec prudence durant la grossesse. De plus, la femme enceinte tolère assez mal l'érythromycine (Duval et al., 1994). Le docteur Bernard Duval, médecin-conseil au MSSS, dans un avis (Coqueluche et grossesse, 1994) recommande donc la conduite suivante :

- ne pas administrer d'emblée la chimioprophylaxie chez la femme enceinte qui est en contact avec un cas de coqueluche;
- administrer à la femme enceinte de l'érythromycine en traitement précoce dès qu'elle présente des signes compatibles avec une coqueluche à son début (rhinorrhée et toux). On suggère d'attendre 3 jours après le début de la rhinorrhée en raison de la faible spécificité de ce symptôme. Il faut que le cas de coqueluche soit bien confirmé, par culture si possible, et que le contact ait été intense (contact familial ou l'équivalent);

- traiter la femme enceinte en prophylaxie si l'accouchement est imminent (pour éliminer la bactérie et éviter la transmission au nouveau-né);
- Le traitement devrait durer au moins 5 jours. Si l'enfant naissait avant que la mère n'ait complété 5 jours de traitement, il est recommandé de donner une chimioprophylaxie au nouveau-né (Duval et al., 1994).

## **BIBLIOGRAPHIE**

APRIL, N. et al. (1993). Prévenir et enrayer la coqueluche : situations et orientations. Centre de coordination de la santé publique de la région de Québec, février, 25 p.

APRIL, N. et al. (1993). Coqueluche : protocole d'intervention. Centre de coordination de la santé publique de la région de Québec, octobre, 12 p.

BUREAU RÉGIONAL DES MALADIES INFECTIEUSES, REGROUPEMENT DES DSC DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN (RDSCMM) (1990). Augmentation de cas de coqueluche dans la région de Montréal : information pour le contrôle de la coqueluche.

CHRISTIE, C.; BALTIMORE, R. (1988). Pertussis in children. American Journal of diseases in children, vol. 143, octobre, p. 1199-1202.

DUVAL, B. et al. (1994). Coqueluche et femme enceinte : avis en maladies infectieuses, 19 avril. MSSS, Québec.

RAPPORT HEBDOMADAIRE DES MALADIES AU CANADA (1990). Déclaration au sujet de la prise en charge des personnes exposées à la coqueluche et de la lutte contre les flambées de coqueluche, 7 juillet, p. 127-130.