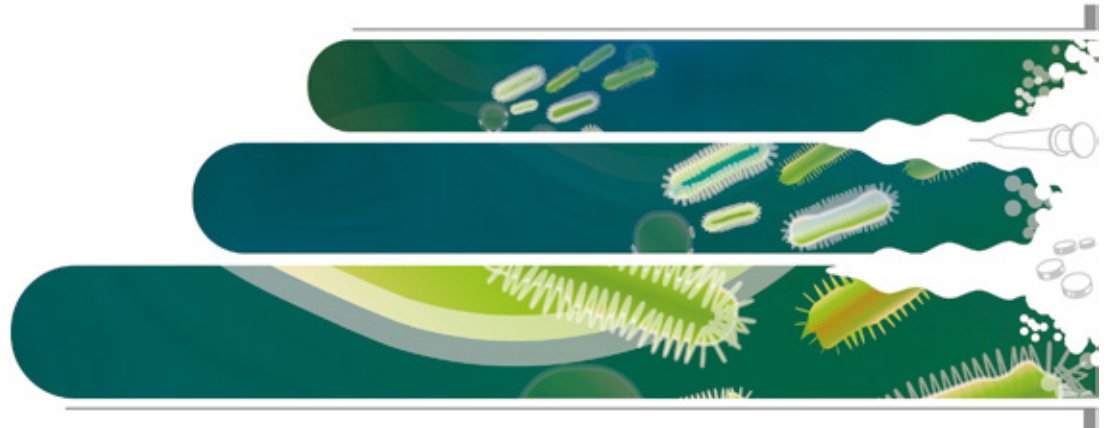


Guide d'intervention



Les infections invasives à méningocoque

Mise à jour novembre 2015

Affiliations des membres du groupe de travail (ordre alphabétique)

- Bruno Turmel, médecin-conseil, Direction de la protection de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
- Caroline Quach, médecin microbiologiste infectiologue pédiatrique, Centre universitaire de santé McGill, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec
- Danièle Samson, médecin-conseil, Direction de santé publique, équipe en maladies infectieuses, Centre intégré universitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec (04)
- Gisèle Trudeau, médecin-conseil en immunisation, Institut national de santé publique du Québec
- Joane Désilets, médecin, adjointe médicale en maladies infectieuses, Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (14)

Consultations

Les directions régionales de santé publique ont été consultées pour la rédaction du présent guide d'intervention.

Approbation

Cette version du protocole d'intervention pour les infections invasives à méningocoques a été approuvée par la Table nationale de concertation en santé publique (TCNSP).

Secrétariat et mise en page

Mélanie Léger
Direction de la protection de la santé publique, MSSS

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Document**, rubrique **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-74125-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec 2015

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1. DÉFINITIONS DES CAS	3
1.1. Définitions nosologiques.....	3
1.1.1. Cas confirmé.....	3
1.1.2. Cas probable.....	3
1.2. Autres définitions utiles.....	4
1.2.1. Cas sporadique.....	4
1.2.2. Cas index.....	4
1.2.3. Cas coprimaires et cas secondaires.....	4
2. DÉFINITION DES CONTACTS ÉTROITS.....	4
2.1. Personnes considérées comme des contacts étroits	4
2.2. Services de garde et écoles primaires et secondaires	5
2.3. Moyens de transport.....	5
3. PRISE EN CHARGE DU CAS ET DES CONTACTS.....	5
3.1. Prise en charge du cas	5
3.1.1. Validation	5
3.1.2. Saisie dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO)	6
3.1.3. Enquête épidémiologique.....	6
3.2. Prise en charge des contacts étroits	6
3.2.1. Information.....	6
3.2.2. Chimio prophylaxie	7
3.2.3. Vaccination	9
3.2.4. Pneumonie.....	10
4. ÉCLOSION ET HYPERENDÉMIE.....	11
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	13
ANNEXE 1	15
ANNEXE 2	25

INTRODUCTION

Le présent guide est une mise à jour de l'édition 2007 du guide d'intervention intitulé *Les infections invasives à méningocoque* et de ses deux mises à jour de mai 2011 et de mars 2015. La révision en a été faite par un groupe de travail relevant de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI). Cette révision est devenue nécessaire à la suite de l'arrivée sur le marché d'un vaccin contre les infections invasives à méningocoque (IIM) du sérogroupe B et du retrait des lignes directrices canadiennes auxquelles fait référence le guide de 2007 pour la prise en charge des éclosions.

Les travaux de révision ont amené le groupe de travail à demander, sur plusieurs questions, l'avis du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ). Les réponses du CIQ se trouvent dans l'*Avis concernant la mise à jour du Guide d'intervention provincial sur les infections invasives à méningocoque (2015)*; Méningocoque/2015/087-c. (7).

Cette mise à jour a pour but de faciliter les interventions des professionnels de la santé publique. Les objectifs de l'intervention en matière de santé publique sont les suivants :

- empêcher l'apparition de la maladie chez les contacts de cas d'IIM;
- rompre la chaîne de transmission d'une souche virulente de méningocoque;
- reconnaître les situations inhabituelles (éclosion dans une collectivité fermée ou ouverte, hyperendémie);
- signaler ces situations à la Direction de la protection de la santé publique

Une mise à jour a été effectuée sur la version du guide édité en octobre 2015. Les principales modifications intégrées à la présente version de novembre 2015 concernent la chimioprophylaxie (dosage pédiatrique pour l'azythromycine et précisions sur le délai d'administration), la revaccination des contacts étroits qui ont déjà été vaccinés et des corrections apportées à certaines lettres types.

1. DÉFINITIONS DES CAS

1.1. Définitions nosologiques

Les définitions nosologiques sont tirées du document intitulé *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec. Définitions nosologiques, 10^e édition. Maladies d'origine infectieuse*, produit en juin 2015 par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Elles fournissent des critères pour valider et standardiser les déclarations des maladies à déclaration obligatoire (MADO) saisies au système d'information. Le document peut être consulté en ligne à l'adresse suivante :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2015/15-268-02W.pdf>

1.1.1. Cas confirmé

Manifestations cliniques compatibles¹ et présence d'une des deux conditions suivantes :

a) isolement de *N. meningitidis* d'un site normalement stérile;

ou

b) détection d'acides nucléiques de *N. meningitidis* dans un site normalement stérile.

Le sang et les liquides céphalorachidien (LCR), pleural, péritonéal, péricardique et articulaire ainsi que les tissus obtenus par biopsie sont considérés comme des spécimens provenant de sites stériles.

1.1.2. Cas probable

En l'absence d'une autre cause apparente, présence d'une des deux conditions suivantes :

a) manifestations cliniques compatibles comprenant obligatoirement un *purpura fulminans*²;

ou

b) manifestations cliniques compatibles et détection d'antigène méningococciques sur un prélèvement du LCR.

1. La pneumonie à *N. meningitidis* est une entité très rare et la confirmation par un test de laboratoire est problématique compte tenu de la contamination possible des expectorations ou des sécrétions bronchiques par la flore des voies respiratoires supérieures; seule la présence d'une hémoculture ou d'une culture du liquide pleural positive permet de confirmer un cas aux fins de la surveillance.

2. Le cas doit présenter des signes hémorragiques cutanés majeurs pour être inscrit comme cas probable. Un enfant peut présenter un purpura mécanique après avoir subi une ponction lombaire. De plus, d'autres maladies, comme le purpura d'Henoch-Schönlein, se caractérisent en outre par la présence de pétéchies. C'est pourquoi un enfant présentant de la fièvre et quelques pétéchies ne doit pas être inscrit comme un cas probable dans le système d'information.

1.2. Autres définitions utiles

1.2.1. Cas sporadique

Cas isolé survenant dans une collectivité, sans lien épidémiologique apparent (personne, lieu, temps) avec un autre cas.

1.2.2. Cas index

Premier cas déclaré dans une collectivité.

1.2.3. Cas coprimaires et cas secondaires

Apparition de la maladie chez une personne à la suite d'un autre cas avec lequel un lien épidémiologique peut être établi. Cette catégorie comprend :

- les cas coprimaires, survenant dans les 24 heures après le début de la maladie chez le cas index;
- les cas secondaires, survenant plus de 24 heures après le début de la maladie chez le cas index.

Note : Un lien épidémiologique peut être établi si la personne présente, au moins, l'un des deux éléments suivants en commun avec un cas confirmé : contact avec la même personne (y compris tout cas confirmé ou probable) OU présence dans le même lieu (ex. : travail, école, bar, fête) à peu près au même moment.

2. DÉFINITION DES CONTACTS ÉTROITS

2.1. Personnes considérées comme des contacts étroits

On considère comme étant des contacts étroits les personnes pouvant avoir été en contact avec les sécrétions respiratoires de la personne malade durant sa période de contagiosité, c'est-à-dire une période de 7 jours avant l'apparition des symptômes allant jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace. Ce sont :

- les personnes vivant sous le même toit que celui de la personne malade, y compris celles qui ont partagé la même chambre ou le même dortoir;
- les personnes, les enfants et les membres du personnel qui fréquentent la même classe de prématernelle ou le même service de garde que fréquente la personne malade;
- les personnes qui sont exposées aux sécrétions respiratoires du cas (ex. : baisers, réanimation bouche-à-bouche, intubation endotrachéale et soins de trachéotomie effectués sans masque).

Les personnes qui ont partagé des cigarettes, des bouteilles ou des verres avec le cas ne sont pas considérées, d'emblée, comme ayant été exposées aux sécrétions respiratoires du cas.

Les personnes en contact avec la personne malade au travail ou dans les moyens de transport, ou encore au cours d'activités sociales et sportives ne sont pas considérées comme des contacts étroits, à moins que leur relation avec la personne malade ne corresponde à l'un des trois critères mentionnés ci-dessus. (Se reporter également à la section 2.3 *Moyens de transport*).

2.2. Services de garde et écoles primaires et secondaires

Sont considérés comme des contacts étroits les cas suivants :

- ***dans un service de garde en milieu familial*** : les enfants qui fréquentent ce service (à temps plein ou à temps partiel) et les personnes de la maison qui ont des contacts avec les enfants;
- ***dans un centre de la petite enfance (CPE) ou dans une garderie*** : les enfants et le personnel éducateur qui appartiennent au même groupe (à temps plein ou à temps partiel) que celui du cas en question. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes à l'occasion d'activités ou de périodes de la journée;
- ***dans une école primaire*** : habituellement, les personnes en contact avec le sujet malade en classe et à l'école ne sont pas considérées comme des contacts étroits sauf s'il s'agit des enfants et du personnel qui fréquentent la même classe de prématernelle et ceux qui correspondent aux trois critères énumérés au point 2.1;
- ***dans une école secondaire*** : habituellement, les personnes en contact avec le sujet malade en classe et à l'école ne sont pas considérées comme des contacts étroits sauf s'il s'agit de personnes qui correspondent à l'un des trois critères énumérés au point 2.1.

2.3. Moyens de transport

Dans les lignes directrices canadiennes, on considère comme étant des contacts étroits les passagers aériens assis à côté de la personne malade, non séparés par une allée, si le temps passé à bord de l'avion est d'au moins 8 heures. Il en est de même pour les passagers d'autres moyens de transport, tels l'auto, l'autobus et le train, lorsque les conditions sont similaires.

3. PRISE EN CHARGE DU CAS ET DES CONTACTS

3.1. Prise en charge du cas

3.1.1. Validation

Pour déterminer si le cas correspond à la définition nosologique, la Direction de santé publique en cause doit valider chaque signalement d'infection invasive à méningocoque. La validation doit être faite après que les renseignements nécessaires ont été obtenus auprès du médecin traitant et du laboratoire de microbiologie.

Toute souche de méningocoque isolée d'un site normalement stérile doit être acheminée, pour caractérisation, au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), ce qui comprend l'identification du sérotype, du sous-type et du profil électrophorétique.

3.1.2. Saisie dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Chaque cas validé doit être saisi dans le fichier des MADO. Ce fichier contient tous les cas validés de MADO d'étiologie infectieuse survenue chez des personnes résidant au Québec depuis le 1^{er} janvier 1990.

3.1.3. Enquête épidémiologique

Une enquête épidémiologique doit être faite à l'aide du questionnaire provincial d'enquête (se reporter à l'annexe 1). Le questionnaire doit être rempli en recueillant l'information nécessaire auprès de la personne malade, de sa famille ou de ses proches, ainsi qu'auprès du médecin déclarant ou du médecin traitant. En plus de l'identification de la personne malade, les renseignements demandés portent sur les symptômes, les signes cliniques, les complications, le diagnostic, les résultats des analyses de laboratoire, le statut vaccinal, les personnes sujettes à être considérées comme des contacts étroits et la recherche d'un lien épidémiologique avec un cas probable ou confirmé d'infection invasive à méningocoque.

3.2. Prise en charge des contacts étroits

Une recherche doit être faite pour identifier les personnes qu'il faut considérer comme des contacts étroits d'un cas d'infection invasive à méningocoque dans le but de leur recommander une chimioprophylaxie et une vaccination, si nécessaire.

Il peut arriver qu'une recherche des contacts étroits soit faite dans la situation où une infection invasive à méningocoque, diagnostiquée cliniquement par le médecin, ne satisfait pas à tous les critères de la définition nosologique. Par exemple, une personne qui présente des manifestations cliniques compatibles et des signes hémorragiques cutanés importants, mais sans *purpura fulminans*, et qui aurait reçu des antibiotiques avant les prélèvements faits pour détecter *N. meningitidis*.

3.2.1. Information

Les contacts étroits doivent être informés des signes et des symptômes de l'infection invasive à méningocoque. Ils doivent être encouragés à consulter un médecin immédiatement s'ils présentent de la fièvre ou tout autre signe clinique d'une infection à méningocoque, et ce, même s'ils ont reçu une chimioprophylaxie. En effet, celle-ci n'est pas efficace pour traiter l'infection. Il revient aux professionnels des directions de santé publique de déterminer la façon d'informer les contacts étroits. À titre d'exemple, des modèles de lettres destinées aux personnes qui fréquentent un service de garde ou une classe de prématernelle sont présentés à l'annexe 2.

3.2.2. Chimio prophylaxie

La chimio prophylaxie est la mesure la plus efficace pour prévenir les cas secondaires qui peuvent survenir parmi les contacts étroits d'un cas d'IIM. Dans une étude faite en Belgique dans le contexte d'une recrudescence d'infections à méningocoque de séro groupe B, le risque de cas secondaires a été estimé à 7 pour 1 000 parmi les contacts domiciliaires, à 4 pour 1 000 dans les garderies et à 0,8 pour 1 000 dans les écoles prématernelles. Le risque relatif durant les 60 jours après la survenue du cas pas rapport au risque de base de la population a été évalué à 1 245 dans les ménages, à 76 dans les garderies et à 23 dans les écoles avec prématernelle.

La chimio prophylaxie a pour but d'éradiquer la colonisation du rhinopharynx par *N. meningitidis*, d'interrompre la transmission d'une souche virulente et, ainsi, de protéger les personnes réceptives. Elle est recommandée à tous les contacts étroits d'un cas confirmé ou d'un cas probable, indépendamment de leur statut vaccinal. La culture rhinopharyngée, qui sert à détecter la bactérie *N. meningitidis*, n'a aucune utilité dans la prise en charge des contacts étroits.

La chimio prophylaxie doit être recommandée aux contacts étroits exposés au cas index durant sa période de contagiosité, c'est-à-dire la période de 7 jours avant le début des symptômes allant jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement antibiotique efficace. La chimio prophylaxie doit débuter le plus tôt possible, de préférence dans les 24 heures qui suivent le diagnostic du cas, bien qu'elle reste recommandée jusqu'à 10 jours après la dernière exposition à un cas contagieux. **Même si la chimio prophylaxie pourrait exceptionnellement être envisagée jusqu'à 3 mois après la survenue du cas index, le délai de 10 jours après la dernière exposition demeure celui à appliquer³.**

Le coût de la chimio prophylaxie est assumé par les personnes à qui le médicament est prescrit. Toutefois, si le coût est un obstacle à l'achat du médicament, les responsables de la santé devraient s'assurer que celui-ci sera offert gratuitement.

En plus de l'activité du produit utilisé et de la concentration atteinte au niveau du rhinopharynx, l'efficacité de la chimio prophylaxie dépend de la possibilité de traiter, simultanément et rapidement, tous les contacts étroits. Certains facteurs influencent l'efficacité de l'intervention; par exemple, le respect du traitement, le nombre de personne à traiter, le caractère ouvert ou fermé du milieu et la nature des contacts entre les individus. Il n'y a pas lieu d'exclure d'un milieu de vie une personne qui refuse la chimio prophylaxie.

Trois médicaments, dont l'efficacité est considérée comme comparable, sont recommandés pour éradiquer le portage rhinopharyngé de *N. meningitidis* : la rifampicine, la ceftriaxone et la ciprofloxacine. L'azithromycine ne devrait pas être utilisée de routine en raison de la présence de données limitées sur son efficacité; en effet, une seule étude existe à son sujet. Certains facteurs doivent être pris en considération pour le choix du médicament : la nature du médicament déjà prescrit à la famille immédiate par le médecin traitant, le respect du traitement, la simplicité d'administration, les contre-indications, les précautions et les interactions médicamenteuses qui s'appliquent au médicament prescrit.

3. **Cette conduite est supportée notamment par l'épidémiologie des IIM au Québec (petit nombre de cas) et par l'absence de cas secondaires rapportés avec l'application du délai de 10 jours pour l'administration de la chimio prophylaxie.**

MÉDICAMENTS POUR LA CHIMIOPROPHYLAXIE CONTRE LE MÉNINGOCOQUE PAR ORDRE DE PRÉFÉRENCE

Noms génériques (classe)	Noms commerciaux	Posologies	Efficacité	Contre-indications	Commentaires
Rifampicine	Rifampine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants < 1 mois : 5 mg/kg <i>per os</i>, BID pendant 2 jours. ▪ Enfants ≥ 1 mois : 10 mg/kg <i>per os</i> (max. : 600 mg), BID pendant 2 jours. ▪ Adultes : 600 mg <i>per os</i>, BID pendant 2 jours. 	De 90 à 95 %	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Allergie à la rifampicine. ▪ Grossesse. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peut interférer avec l'efficacité des contraceptifs oraux, certains anticonvulsivants et anticoagulants. ▪ Peut teinter les lentilles cornéennes et les urines.
Ceftriaxone (céphalosporine)	Ceftriaxone	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants < 15 ans : 125 mg, IM, 1 dose, ▪ Adultes (15 ans ou plus) : 250 mg IM, 1 dose. 	De 90 à 95 %	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Allergie aux céphalosporines 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peut être utilisé par les femmes enceintes. ▪ Pour diminuer la douleur au moment de l'infection, il faut diluer avec la lidocaïne 1 %.
Ciprofloxacine (quinolone)	Cipro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants ≥ 1 mois : 20 mg/kg <i>per os</i> (max. : 500 mg), 1 dose. ▪ Adultes : 500 mg <i>per os</i>, 1 dose. 	De 90 à 95 %	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Allergie aux quinolones. ▪ Grossesse. ▪ Allaitement. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non recommandé de routine pour les personnes âgées de moins de 18 ans et les femmes enceintes en raison du risque de dommages cartilagineux constatés chez les animaux de laboratoire. ▪ Toutefois, son utilisation peut être justifiée après une évaluation des risques et des bénéfices individuels.
Azithromycine (macrolide)	Zithromax	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants : 10 mg/kg <i>per os</i> (max. : 500 mg), 1 dose. ▪ Adultes : 500 mg <i>per os</i>, 1 dose. 	90 %	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Allergie aux macrolides. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non recommandé de routine, autant chez les enfants que chez les adultes. ▪ Efficacité équivalente à la rifampicine pour éradiquer les méningocoques du nasopharynx, bien que les données à ce sujet soient limitées à une seule étude.

Références bibliographiques :

- « Prevention and control of Meningococcal Disease. Recommendations from the Advisory Committee on Immunization Practices », dans *MMWR recommendations and report*, vol. 62, n° 2, 22 mars 2013, Annexe A; [<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6202.pdf>].
- COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, *Red Book*, 29^e édition, 2012, p. 501-509.
- MANDELL, DOUGLAS AND BENNETT'S, *Principles and practice of Infectious Diseases*, 8^e édition, chap. 213, p. 2440-2441.
- ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE (ACSP), *Guidelines for the Prevention and Control of Meningococcal Disease*, 2014. [Document de travail non publié].

3.2.3. Vaccination

Vaccination des contacts

Les éléments en italique sont des recommandations extraites de l'avis du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) (8^e référence bibliographique).

« Une chimioprophylaxie a été démontrée efficace à 90 % pour réduire l'ampleur du risque de présenter une IIM chez les contacts domiciliaires. Toutefois, il persiste un risque résiduel qui est de l'ordre de 1 pour mille durant la période comprise entre le 14^e et le 365^e jour après le contact avec le cas index. L'ampleur de ce risque justifie une vaccination des contacts étroits en complément de la chimioprophylaxie. Il est à remarquer qu'une telle recommandation est également en vigueur au Canada et dans plusieurs pays européens, mais non aux États-Unis. Ces organisations mentionnent aussi que les contacts étroits qui ont été exposés de façon ponctuelle (courte durée) au cas index n'ont pas besoin de recevoir le vaccin contre le méningocoque.

La décision concernant le vaccin à offrir doit être basée sur la possibilité réelle d'obtenir la sérogruppe du cas index et sur le délai anticipé pour recevoir cette information. Idéalement, une vaccination en complément de la chimioprophylaxie devrait être offerte le plus rapidement possible après le diagnostic du cas index, mais un délai de 10 jours peut être considéré comme acceptable avant l'initiation de la vaccination. Dans le cas d'un signalement tardif d'une IIM, une vaccination peut être envisagée jusqu'à 3 mois après le diagnostic.

Dans le cas où le sérogruppe du méningocoque chez le cas index sera très probablement connu dans le délai de 10 jours, attendre et vacciner les contacts étroits avec le vaccin couvrant le sérogruppe en cause (MenC, MenACYW135 ou 4CMenB) dès que le sérogruppe est identifié en utilisant le vaccin le plus approprié.

- A. *Si, au bout de 10 jours, le sérogruppe du cas index n'est pas encore déterminé deux avenues sont possibles :*
- soit offrir le vaccin en fonction du contexte épidémiologique (ex. : administrer le 4CMenB si on estime que la probabilité que le sérogruppe B soit en cause est plus élevée). Si au final un autre sérogruppe que celui contenu dans le vaccin administré est identifié, administrer un vaccin contenant ce sérogruppe;*
 - soit administrer simultanément le vaccin 4CMenB et le vaccin conjugué quadrivalent ACYW135.*
- B. *Si on estime que le sérogruppe du méningocoque ne sera jamais connu :*
- les deux vaccins 4CMenB et ACYW135 devraient être administrés simultanément le plus rapidement possible après le diagnostic chez le cas index.*
- C. *Si le sérogruppe identifié n'est pas contenu dans un des vaccins disponibles ou si le méningocoque est non sérogroupable :*
- le vaccin 4CMenB sera administré, car il est possible que ce vaccin couvre une grande partie des clones de méningocoque (Ladhani 2014 dans avis du CIQ 2015). »*

Les contacts étroits qui auraient déjà été vaccinés pourraient devoir être vaccinés de nouveau.

Le CIQ recommande de donner un rappel ou de poursuivre la vaccination en tenant compte de l'âge à la dernière dose et du délai depuis la dernière dose :

Âge à la dernière dose	Délai depuis la dernière dose	Vaccination indiquée
≥ 10 ans	≥ 5 ans	1 dose de rappel
1 à 9 ans	≥ 1 an	1 dose de rappel
< 1 an	≥ 4 semaines	Continuer la primovaccination en utilisant les intervalles minimaux de 4 semaines

Si le contact est à risque accru d'infection invasive à méningocoque en raison d'une condition médicale sous-jacente, le délai sera de 4 semaines depuis la dernière dose.

Se référer au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) pour la liste des conditions médicales amenant un risque accru d'IIM et l'information sur les vaccins.

Les contacts étroits qui ont été exposés de façon ponctuelle au cas index (ex. : les travailleurs de la santé qui ont fait une intubation endotrachéale sans masque, les passagers assis à côté de la personne malade durant au moins 8 heures) n'ont pas besoin de recevoir le vaccin contre le méningocoque (Perron 2009, p. 12).

Vaccination du cas index

« Une infection invasive à méningocoque va provoquer une réponse immunologique intense contre un grand nombre d'antigènes et va conférer au survivant une immunité large et de longue durée, alors qu'un vaccin ne procure généralement qu'une protection très spécifique et de moindre durée.

Le cas index n'a donc pas à être vacciné, sauf s'il est à risque accru d'infection invasive à méningocoque parce qu'il présente l'une des conditions médicales particulières précisées dans le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ). »

3.2.4. Pneumonie

Les contacts étroits des cas de pneumonie à méningocoque devraient être pris en charge de la même manière que les contacts étroits des cas d'infection invasive, même si ces cas ne correspondent pas à la définition nosologique. L'Agence de la santé publique du Canada a établi une définition de cas de pneumonie à méningocoque.

La pneumonie se définit par la présence des trois critères suivants :

- diplocoques à Gram négatif et cellules polymorphonucléaires qui sont remarqués à la coloration de Gram faite sur un prélèvement d'expectorations ou d'une aspiration des voies respiratoires; ET
- croissance abondante en culture de *N. meningitidis*; ET
- signes cliniques ou radiologiques de pneumonie.

4. ÉCLOSION ET HYPERENDÉMIE

Les éléments en italique sont extraits de l'avis du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) (8^e référence bibliographique).

Les directions de santé publique doivent être en mesure de constater une éclosion dans une collectivité fermée ou ouverte. Le cas échéant, elles devraient pouvoir obtenir le soutien d'une autorité provinciale en ce qui concerne la décision d'intervenir.

« Une éclosion est définie comme la survenue soudaine d'un nombre inhabituel de cas dans une zone géographique ou une population restreinte. Cette définition fait référence à une définition spécifique de cas et, pour une maladie infectieuse, à la présence éventuelle d'un organisme pathogène avec un profil (phénotypique et/ou génique) commun.

Une situation hyperendémique peut être définie comme l'existence d'une incidence élevée et persistante d'une maladie dans une région ou une population de grande taille. Comme pour une éclosion, cette définition fait référence à une définition spécifique de cas et, pour une maladie infectieuse, à la présence éventuelle d'un organisme pathogène de profil commun.

En qui concerne les infections invasives à méningocoque, des seuils ont été retenus pour envisager une intervention vaccinale dans une communauté ouverte ou fermée.

Éclosion dans une collectivité fermée (ex. : famille, garderie, école) : 2 cas ou plus (avec ou sans lien épidémiologique) survenant dans une période de 3 mois ou moins, pour autant que les examens biologiques ne mettent pas une évidence de différence entre les souches, sans considération du taux d'attaque.

Éclosion dans une collectivité ouverte (ex. : village, quartier, arrondissement) : 3 cas primaires ou plus (sans lien épidémiologique) survenant dans une période de 3 mois ou moins, avec un taux d'attaque⁴ $\geq 10/100\ 000$ tous âges confondus.

Dans le cas des IIM, les cas reliés ne comptent que pour un seul cas dans le calcul du taux d'attaque dans une collectivité ouverte. Par exemple, les cas co-primaires ou cas primaires avec cas secondaires qui surviennent dans une collectivité fermée (ex. : famille, garderie, école) ne comptent que pour un seul cas dans la définition du seuil.

Les cas reliés dans une collectivité fermée signent une circulation dans cette seule communauté et vont souvent entraîner une intervention limitée. Pour considérer qu'il y a circulation dans une collectivité ouverte, il faut des cas non reliés en dehors des communautés fermées.

La zone géographique concernée couvre la plus petite population incluant la majorité ou la totalité des cas (ex. : village, quartier, arrondissement). Cette zone géographique aura dans la mesure du possible une signification épidémiologique, c'est-à-dire que ce sera un bassin naturel ayant un sens autant pour les personnes qui y vivent que pour les personnes qui sont à l'extérieur de ses limites.

4 Taux d'attaque (incidence cumulée pour une période donnée) = [nombre de cas pendant une période donnée/population à risque] x 100 000.

Hyperendémie : taux d'incidence de 3/100 000 tous âges confondus pendant au moins 2 années consécutives ou taux d'incidence de 10/100 000 chez les jeunes âgés de 20 ans et moins pendant au moins 2 années consécutives.

Dans le contexte de l'hyperendémie, la population de référence consiste en une région sociosanitaire ou en province. De tels seuils ne sont pas applicables à des zones géographiques (ex. : CSSS, CLSC) ou des périodes plus restreintes, car ils sont facilement dépassés en présence d'un très petit nombre de cas avec des intervalles de confiance de très grandes ampleurs (imprécision statistique).

Il est à remarquer que ces critères ne conditionnent pas l'intervention, mais bien le signalement d'une situation inhabituelle et son évaluation. Toute décision relative à une intervention à la suite de la survenue d'une éclosion ou d'une endémicité accrue devrait être prise après avoir obtenu l'avis d'un groupe d'experts de l'épidémiologie des infections méningococciques. »

Ce groupe sera sous la responsabilité de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et sera composé d'experts de cet institut, du directeur de la santé publique, du coordonnateur en maladies infectieuses de la région touchée et de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce mode de fonctionnement permettra également d'harmoniser les interventions d'une région à l'autre.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES. « *Prevention and control of meningococcal disease and meningococcal disease and college students* », dans *Mortality and Morbidity Weekly Report*, vol. 49, n° RR07, juin 2000, 20 p.
2. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « *Déclaration sur le vaccin conjugué contre le méningocoque, sérogroupes A, C, Y et W135* », dans *Rapport des maladies transmissibles au Canada*, vol. 33, DCC-3, mai 2007, 23 p.
3. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « *Lignes directrices pour la prévention et la lutte contre les atteintes méningococciques* », dans *Rapport des maladies transmissibles au Canada*, vol. 31, n° S2, mai 2005, 21 p. [En révision].
[<http://www.phacaspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/31s1/index.html>].
4. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « *Note internationale. Voyages aériens et santé* », dans *Rapport des maladies transmissibles au Canada*, vol. 32, n° 1, janvier 2006, 11 p.
5. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Guidelines for the Prevention and Control of Meningococcal Disease*, 2014. [Document de travail non publié].
6. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. Guide canadien d'immunisation. Partie 4. Vaccin contre le méningocoque. Mise à jour 2015-05-15.
[<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-meni-fra.php#a4>]
7. COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC. *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance. Guide d'intervention*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007.
8. COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC. *Avis concernant la mise à jour du guide d'intervention provincial sur les infections invasives à méningocoque*, 2015, 87c.
9. COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC. *Avis concernant la revaccination des contacts étroits d'un malade atteint d'une infection invasive à méningocoque*, 2013, 073.
10. COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Red Book*, 29^e édition, 2012, p. 501-509.
11. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC). « *Public Health Management of Sporadic Cases of Invasive Meningococcal Disease and Their Contacts* », dans *ECDC Guidance*, Stockholm, ECDC, 2010, chap. IV, 45 p.
[http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1010_GUI_Meningococcal_guidance.pdf].
12. GROUPE DE TRAVAIL SUR LES DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES. *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec. Définitions nosologiques. Maladies d'origine infectieuse*, 10^e édition, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2015, 47 p.
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2015/15-268-02W.pdf>]
13. HEALTH PROTECTION AGENCY. *Guidance for public health management of meningococcal disease in the UK, Meningococcus and Haemophilus Forum*. [Mise à jour en mars 2012].

[\[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/322008/Guidance_for_management_of_meningococcal_disease_pdf.pdf\]](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/322008/Guidance_for_management_of_meningococcal_disease_pdf.pdf).

14. MANDELL, DOUGLAS ET BENNETT's. *Principles and practice of Infectious Diseases*, 8^e édition, chap. 213, p. 2440-2441.
15. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Protocole d'immunisation du Québec, disponible en ligne à l'adresse : [\[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/piq_complet.pdf\]](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/piq_complet.pdf).
16. PERRON, L. *Guide d'intervention. Infections invasives à méningocoque*, mise à jour 2007, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 13 p.
17. « *Prevention and control of Meningococcal Disease. Recommendations from the Advisory Committee on Immunization Practices* », dans *MMWR recommendations and report*, vol. 62, n° 2, 22 mars 2013, Annexe A. [\[http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6202.pdf\]](http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6202.pdf).

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE POUR UN CAS D'INFECTION INVASIVE À MÉNINGOCOQUE (Préparé à partir des questionnaires qui existent déjà dans les directions de santé publique [DSP])

LIEU D'ACQUISITION

Le cas a-t-il **voyagé hors du Québec** durant les 10 jours précédant sa maladie?

Oui _____ Du ____ A ____ M ____ J au ____ A ____ M ____ J

(Pays ou continent; État [États-Unis]; Province ou Territoire [Canada])

Non

Inconnu

SIGNES ET SYMPTÔMES

Dans l'affirmative, précisez la date, l'heure et la durée

	Oui	Non	Inconnu	Date			Heure	Durée
				A	M	J		
Fièvre °C _____ (max.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Céphalée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Pétéchies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Purpura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Raideur de nuque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Maux de jambes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Désorientation, confusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Délire, coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____

Autres renseignements cliniques : _____

DIAGNOSTIC (un ou plus)

Méningite	<input type="checkbox"/>	Arthrite septique	<input type="checkbox"/>
Méningoencéphalite	<input type="checkbox"/>	Péricardite	<input type="checkbox"/>
Méningococcémie	<input type="checkbox"/>	Urétrite	<input type="checkbox"/>
<i>Purpura fulminans</i>	<input type="checkbox"/>	Pneumonie*	<input type="checkbox"/>
Syndrome de Waterhouse-Frederichsen	<input type="checkbox"/>	Myocardite	<input type="checkbox"/>
Autres formes invasives	<input type="checkbox"/>	Précisez _____	

*La pneumonie se définit par la présence de **trois** critères. Voir le guide d'intervention, juin 2015, p. 10.

CONSULTATION MÉDICALE

Oui Non Inconnu

Date de la consultation au cours de laquelle le diagnostic a été posé : ____ A ____ M ____ J

Lieu de la consultation : Clinique médicale CLSC Urgence d'un CH Autre

Nom du médecin et de l'établissement : _____

Adresse : _____ Tél. : _____

TRANSPORT PAR AMBULANCE

Oui Non Inconnu

Expositions à risque pendant le transport

Oui Non Inconnu

Précisez : _____

Coordonnées du service par ambulance : _____

HOSPITALISATION

Oui Non Inconnu

Hospitalisation initiale :

CH : _____

du ____ A ____ M ____ J au ____ A ____ M ____ J

Isolement : du ____ A ____ M ____ J au ____ A ____ M ____ J

Autre(s) hospitalisation(s) :

CH : _____

du ____ A ____ M ____ J au ____ A ____ M ____ J

Isolement : du ____ A ____ M ____ J au ____ A ____ M ____ J

ÉVOLUTION

État clinique

Bonne récupération État critique État moribond

Complications

Oui Non Inconnu Dans l'affirmative, lesquelles (spécifiez) _____

Durée (jours) _____

Séquelles

Amputation Atteinte auditive Déficit intellectuel Autre Non Inconnu

Récupération

Oui Non Inconnu

Décès : date ____ A ____ M ____ J Cause : _____

Commentaires : _____

STATUT VACCINAL

	TYPE DE VACCIN	DOSE (ml)	DATE DE VACCINATION	
1 ^{er}	_____	_____	A _____ M _____ J _____	<input type="checkbox"/> Date non disponible
2 ^e	_____	_____	A _____ M _____ J _____	<input type="checkbox"/> Date non disponible
3 ^e	_____	_____	A _____ M _____ J _____	<input type="checkbox"/> Date non disponible

Non vacciné (aucun vaccin reçu pour contrer cette maladie)
 Inconnu (l'information n'a pas été demandée)
 Complet pour l'âge (a reçu les doses requises pour son âge, avec preuve écrite)
 Incomplet pour l'âge (a reçu une fraction des doses requises pour son âge, avec preuve écrite)
 Vacciné sans preuve (affirme avoir reçu toutes les doses ou une partie des doses requises, mais n'a pas de preuve écrite)
 Inconnu du sujet (le sujet ne connaît pas son statut vaccinal **OU** l'information n'a pas été obtenue)

HISTOIRE MÉDICALE ANTÉRIEURE

Condition médicale pour laquelle une vaccination est indiquée? Oui Non Inconnu

Si oui, précisez :

Asplénie Déficience en complément Autre : _____

ANALYSE(S) DE LABORATOIRE

Aucun test de laboratoire Inconnu

Source du prélèvement*	Test**	Résultat (encerclez)	Date	Nom du laboratoire
_____	_____	+ - à venir	A _____ M _____ J _____	_____
_____	_____	+ - à venir	A _____ M _____ J _____	_____
_____	_____	+ - à venir	A _____ M _____ J _____	_____

*Prélèvements : 1 : LCR 2 : Sang 3 : Liq. synovial 4 : Liq. pleural (ou biopsie pleurale)
5 : Autre (précisez) _____

**Test : 1 : RT-PCR 2 : Culture 3 : Examen direct et Gram 4 : Recherche d'antigène

Si positif :

Antibiogramme : _____ Date non disponible
 Sérotype : _____ Date non disponible
 Sérotypage : _____ Date non disponible
 Sous-type : _____ Date non disponible
 Profil électrophorétique : _____ Date non disponible
 Non sérotypable Date non disponible

VALIDATION DU CAS

CAS CONFIRMÉ

Manifestations cliniques compatibles* et présence d'une des deux conditions suivantes :

1. isolement de *N. meningitidis* d'un site normalement stérile; **ou**
2. détection d'acides nucléiques de *N. meningitidis* d'un site normalement stérile.

* La pneumonie à *N. meningitidis* est une entité très rare et la confirmation en laboratoire est problématique compte tenu de la contamination possible des expectorations ou des sécrétions bronchiques par la flore des voies respiratoires supérieures : seule la présence d'une hémoculture ou d'une culture du liquide pleural positive permet de confirmer un cas à des fins de surveillance.

CAS PROBABLE

En l'absence d'une autre cause apparente, présence d'une des deux conditions suivantes :

1. manifestations cliniques compatibles comprenant obligatoirement un *purpura fulminans**; **ou**
2. manifestations cliniques compatibles et détection d'antigènes méningococciques sur un prélèvement du LCR.

* Pour être inscrit comme cas probable, le cas doit présenter des signes hémorragiques cutanés importants. Un enfant peut présenter un purpura mécanique après avoir subi une ponction lombaire. De plus, d'autres maladies, comme le purpura d'Henoch-Schönlein, se caractérisent, notamment, par la présence de pétéchies. C'est pourquoi un enfant avec de la fièvre et quelques pétéchies ne doit pas être inscrit comme un cas probable.

SOURCE DE TRANSMISSION

Contact avec un cas de méningocoque : Oui Non Inconnu

Dans l'affirmative, cochez le milieu de contact :

- Maisonnée Service de garde en milieu familial Service de garde
 Ami ou parenté École Milieu de travail Autre

Commentaires :

Dans l'affirmative, est-ce que le cas antérieur a déjà été déclaré?

Oui, n° MADO _____ Non Inconnu

Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____

Sexe : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Service de garde, école ou autre : _____

Date du début des symptômes : ____ A ____ M ____ J

Confirmé par le laboratoire : Oui Non Inconnu

À la suite de ce contact, est-ce que le cas index avait reçu une chimioprophylaxie?

Oui Non Inconnu

Dans l'affirmative, laquelle : _____

Le **cas antérieur** a-t-il séjourné en dehors du Québec dans les 10 jours précédant l'apparition des premiers symptômes? Oui Non Inconnu

Dans l'affirmative, lieu : _____

Du ____ A ____ M ____ J au ____ A ____ M ____ J

RECHERCHE DES CONTACTS

Exposition dans les 7 jours avant le début des symptômes jusqu'à 24 heures après le début du traitement du cas-index.

Période déterminée pour la recherche des contacts : du ____ A ____ M ____ J au ____ A ____ M ____ J

Utilisez la feuille supplémentaire intitulée : **INFECTION À MÉNINGOCOQUE – LISTE DES CONTACTS**

RECOMMANDATIONS

	Famille	Service de garde	École	Autre*
Lettre d'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact(s) symptomatique(s) dirigé(s) vers le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Autres, spécifiez : _____

Nombre total de contacts identifiés : _____

Nombre de contacts pour qui la chimioprophylaxie a été recommandée : _____

Nombre de contacts pour qui la vaccination a été recommandée : _____

Commentaires :

Questionnaire rempli par : _____

Enquête terminée : ____ A ____ M ____ J

ANNEXE 2

MODÈLES DE LETTRES D'INFORMATION POUR LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE ET POUR UNE CLASSE DE PRÉMATERNELLE

- Aux parents des enfants d'un service de garde en milieu familial
- Aux membres du personnel d'un service de garde en milieu familial

- Aux parents des enfants d'un centre de la petite enfance (CPE) ou d'une classe de prématernelle
- Aux membres du personnel d'un centre de la petite enfance (CPE) ou d'une classe de prématernelle

- Aux parents des enfants d'un centre de la petite enfance (CPE) à qui l'on ne recommande pas de chimioprophylaxie
- Aux membres du personnel d'un centre de la petite enfance (CPE) à qui l'on ne recommande pas de chimioprophylaxie

Modèle de lettre aux parents des enfants d'un service de garde en milieu familial

Date

AUX PARENTS DES ENFANTS QUI FRÉQUENTENT LE SERVICE DE GARDE

Objet : Infection grave à méningocoque

Actuellement, au service de garde, une personne est atteinte d'une infection grave causée par une bactérie appelée méningocoque. Le méningocoque peut se trouver dans la gorge des enfants et des adultes en bonne santé. Il est très rare que le méningocoque cause une infection grave comme la méningite (inflammation des enveloppes du cerveau) ou la méningococcémie (infection du sang).

Le risque est très faible qu'un nouveau cas d'infection grave survienne parmi les membres de la même famille ou parmi les personnes qui ont été en contact étroit, habituel et prolongé avec la personne malade. Malgré cela, pour prévenir un tel risque, un antibiotique est recommandé aux enfants qui fréquentent le service de garde et aux personnes de la maison qui ont des contacts avec les enfants. Le traitement antibiotique peut s'accompagner d'effets secondaires bénins qui vous seront expliqués par le pharmacien lorsqu'il vous remettra votre antibiotique. Une vaccination pourrait aussi être indiquée. Au besoin, le CLSC communiquera avec vous d'ici 10 jours pour cédule la vaccination.

Au cours des prochaines semaines, si votre enfant présente de la fièvre, des maux de tête importants, des nausées et des vomissements, des rougeurs, de petits saignements de la grosseur d'une tête d'épingle sous la peau ou des bleus sur la peau, consultez immédiatement un médecin et apportez-lui la présente lettre.

Pour toute information additionnelle, veuillez prendre contact avec le service Info-Santé en composant le 811.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Signature

Modèle de lettre aux membres du personnel d'un service de garde en milieu familial

Date

AUX MEMBRES DU PERSONNEL DU SERVICE DE GARDE

Objet : Infection grave à méningocoque

Actuellement, au service de garde, une personne est atteinte d'une infection grave causée par une bactérie appelée méningocoque. Le méningocoque peut se trouver dans la gorge des enfants et des adultes en bonne santé. Il est très rare que le méningocoque cause une infection grave comme la méningite (inflammation des enveloppes du cerveau) ou la méningococcémie (infection du sang).

Le risque est très faible qu'un nouveau cas d'infection grave survienne parmi les membres de la même famille ou parmi les personnes qui ont été en contact étroit, habituel et prolongé avec la personne malade. Malgré cela, pour prévenir un tel risque, un antibiotique est recommandé aux enfants qui fréquentent le service de garde et aux personnes de la maison qui ont des contacts avec les enfants. Le traitement antibiotique peut s'accompagner d'effets secondaires bénins qui vous seront expliqués par le pharmacien lorsqu'il vous remettra votre antibiotique. Une vaccination pourrait aussi être indiquée. Au besoin, le CLSC communiquera avec vous d'ici 10 jours pour cédule la vaccination.

Au cours des prochaines semaines, **si vous présentez** de la fièvre, des maux de tête importants, des nausées et des vomissements, des rougeurs, de petits saignements de la grosseur d'une tête d'épingle sous la peau ou des bleus sur la peau, consultez immédiatement un médecin et apportez-lui la présente lettre.

Pour toute information additionnelle, veuillez prendre contact avec le service Info-Santé en composant le 811.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Signature

Modèle de lettre aux parents des enfants d'un centre de la petite enfance (CPE) ou d'une classe de prématernelle

Date

AUX PARENTS DES ENFANTS DU GROUPE (OU DES GROUPES)
DU SERVICE DE GARDE ou de la CLASSE DE PRÉMATERNELLE
de l'école (nom de l'école)

Objet : Infection grave à méningocoque

Actuellement, au service de garde ou dans la classe de prématernelle, une personne est atteinte d'une infection grave causée par une bactérie appelée méningocoque. Le méningocoque peut se trouver dans la gorge des enfants et des adultes en bonne santé. Il est très rare que le méningocoque cause une infection grave comme la méningite (inflammation des enveloppes du cerveau) ou la méningococcémie (infection du sang).

Le risque est très faible qu'un nouveau cas d'infection grave survienne parmi les membres de la même famille ou parmi les personnes qui ont été en contact étroit, habituel et prolongé avec la personne malade. Malgré cela, pour prévenir un tel risque, un antibiotique est recommandé aux enfants du même groupe que celui de la personne malade. Le traitement antibiotique peut s'accompagner d'effets secondaires bénins qui vous seront expliqués par le pharmacien lorsqu'il vous remettra votre antibiotique. Une vaccination pourrait aussi être indiquée. Au besoin, le CLSC communiquera avec vous d'ici 10 jours pour cédule la vaccination.

Au cours des prochaines semaines, si votre enfant présente de la fièvre, des maux de tête importants, des nausées et des vomissements, des rougeurs, de petits saignements de la grosseur d'une tête d'épingle sous la peau ou des bleus sur la peau, consultez immédiatement un médecin et apportez-lui la présente lettre.

Pour toute information additionnelle, veuillez prendre contact avec le service Info-Santé en composant le 811.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Signature

Modèle de lettre aux membres du personnel d'un centre de la petite enfance (CPE) ou d'une classe de prématernelle

Date

AUX MEMBRES DU PERSONNEL DU GROUPE (OU DES GROUPES)
DU SERVICE DE GARDE ou de la CLASSE DE PRÉMATERNELLE
de l'école (nom de l'école)

Objet : Infection grave à méningocoque

Actuellement, au service de garde ou dans classe de prématernelle, une personne est atteinte d'une infection grave causée par une bactérie appelée méningocoque. Le méningocoque peut se trouver dans la gorge des enfants et des adultes en bonne santé. Il est très rare que le méningocoque cause une infection grave comme la méningite (inflammation des enveloppes du cerveau) ou la méningococcémie (infection du sang).

Le risque est très faible qu'un nouveau cas d'infection grave survienne parmi les membres de la même famille ou parmi les personnes qui ont été en contact étroit, habituel et prolongé avec la personne malade. Malgré cela, pour prévenir un tel risque, un antibiotique est recommandé aux membres du personnel qui côtoient le groupe de la personne malade. Le traitement antibiotique peut s'accompagner d'effets secondaires bénins qui vous seront expliqués par le pharmacien lorsqu'il vous remettra votre antibiotique. Au besoin, le CLSC communiquera avec vous d'ici 10 jours pour cédule la vaccination.

Au cours des prochaines semaines, **si vous présentez** de la fièvre, des maux de tête importants, des nausées et des vomissements, des rougeurs, de petits saignements de la grosseur d'une tête d'épingle sous la peau ou des bleus sur la peau, consultez immédiatement un médecin et apportez-lui la présente lettre.

Pour toute information additionnelle, veuillez prendre contact avec le service Info-Santé en composant le 811.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Signature

Modèle de lettre pour les parents des enfants d'un centre de la petite enfance (CPE) à qui l'on ne recommande pas de chimioprophylaxie

Date

AUX PARENTS DES ENFANTS DU GROUPE (OU DES GROUPES)
DU SERVICE DE GARDE

Objet : Infection grave à méningocoque

Actuellement, au service de garde, une personne est atteinte d'une infection grave causée par une bactérie appelée méningocoque. Le méningocoque peut se trouver dans la gorge des enfants et des adultes en bonne santé. Il est très rare que le méningocoque cause une infection grave comme la méningite (inflammation des enveloppes du cerveau) ou la méningococcémie (infection du sang).

Le risque est très faible qu'un nouveau cas d'infection grave survienne parmi les membres de la même famille ou parmi les personnes qui ont été en contact étroit, habituel et prolongé avec la personne malade. Après évaluation de la situation, aucun traitement préventif n'est recommandé pour votre enfant.

Au cours des prochaines semaines, si votre enfant présente de la fièvre, des maux de tête importants, des nausées et des vomissements, des rougeurs, de petits saignements de la grosseur d'une tête d'épingle sous la peau ou des bleus sur la peau, consultez immédiatement un médecin et apportez-lui la présente lettre.

Pour toute information additionnelle, veuillez prendre contact avec le service Info-Santé en composant le 811.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Signature

Modèle de lettre pour les membres du personnel d'un centre de la petite enfance (CPE) à qui l'on ne recommande pas la prophylaxie

Date

AUX MEMBRES DU PERSONNEL DU GROUPE (OU DES GROUPES)
DU SERVICE DE GARDE

Objet : Infection grave à méningocoque

Actuellement, au service de garde, une personne est atteinte d'une infection grave causée par une bactérie appelée méningocoque. Le méningocoque peut se trouver dans la gorge des enfants et des adultes en bonne santé. Il est très rare que le méningocoque cause une infection grave comme la méningite (inflammation des enveloppes du cerveau) ou la méningococcémie (infection du sang).

Le risque est très faible qu'un nouveau cas d'infection grave survienne parmi les membres de la même famille ou parmi les personnes qui ont été en contact étroit, habituel et prolongé avec la personne malade. Après évaluation de la situation, aucun traitement préventif n'est recommandé pour vous.

Au cours des prochaines semaines, **si vous présentez** de la fièvre, des maux de tête importants, des nausées et des vomissements, des rougeurs, de petits saignements de la grosseur d'une tête d'épingle sous la peau ou des bleus sur la peau, consultez immédiatement un médecin et apportez-lui la présente lettre.

Pour toute information additionnelle, veuillez prendre contact avec le service Info-Santé en composant le 811.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Signature