

Recommandations du médecin cantonal : Le méningocoque

Santé scolaire - complément chapitre 12
Eviction scolaire

Prévention des maladies invasives à méningocoques dans les écoles

1 Agent infectieux

Neisseria meningitidis, sérogroupes A, B, C, W135, X, Y, Z. Il s'agit de diplocoques à Gram négatif et encapsulés.

2 Période d'incubation

La période d'incubation varie de 2 à 10 jours, elle est comprise le plus souvent entre 3 et 4 jours.

3 Clinique

Les **maladies invasives à méningocoques (MIM)** se manifestent le plus souvent sous la forme d'une septicémie et/ou d'une méningite. Le début est subit et se caractérise par de la fièvre, des céphalées intenses, des nausées, des vomissements, une raideur de la nuque, des douleurs des muscles et des articulations et souvent par un exanthème (qui peut être maculaire, pétéchial ou vésiculaire). Il existe une forme fulminante (syndrome de Waterhouse-Friderichsen) avec purpura, coagulation intravasculaire, choc et coma qui conduit à la mort en quelques heures. Sur le plan clinique, la méningite à méningocoques ne se distingue souvent pas de la méningite à *Haemophilus influenzae* ou à pneumocoques. Les maladies invasives peuvent donner lieu aux complications suivantes: arthrite, myocardite, péricardite, endophtalmite ou pneumonie.

4 Transmission

L'être humain constitue le réservoir du méningocoque dont il peut être porteur asymptomatique au niveau de son naso-pharynx. La transmission a lieu entre individus, par contact direct (par ex. lors de baisers), contact indirect (par ex. échange de verre) ou gouttelettes (projection de particules microscopiques lorsque l'on parle ou tousse). La propagation par gouttelettes ne dépasse par la distance de **deux mètres** à partir de la source. La transmission du méningocoque nécessite donc un contact étroit entre personnes. De plus, le méningocoque ne survit que 2 heures environ en dehors du corps humain.

5 Diagnostic

Le diagnostic est confirmé par la culture de méningocoques à partir d'un liquide corporel normalement stérile (essentiellement le liquide céphalo-rachidien ou le sang, mais aussi le

liquide synovial ou les sécrétions provenant des pétéchies).

Un diagnostic "de présomption" peut être posé sur la base de l'examen au microscope du liquide céphalo-rachidien, après coloration de Gram des techniques d'amplification du génome bactérien appliquées sur le liquide céphalo-rachidien (PCR, polymérase chain reaction) peuvent également confirmer le diagnostic, en particulier lorsque le patient a reçu des antibiotiques avant la ponction lombaire.

6 Epidémiologie en Suisse

En 2004, 81 cas de MIM ont été déclarés. Depuis 2000 on assiste à une diminution du nombre des cas. Plus de la moitié des cas surviennent pendant les 15 premières semaines de l'année. Les enfants de moins de 5 ans et les adolescents de 15 à 19 ans sont les plus touchés. En 2004, parmi les cas chez lesquels une détermination du sérotype a été possible, on a pu montrer que 61% des MIM sont dus au sérotype B, 31% au sérotype C, 4% au sérotype W135 et 4% au sérotype Y. De 2001 à 2004, le taux de mortalité de la maladie a été de 7.3%

6.1 Définitions pour la surveillance épidémiologique des maladies invasives à méningocoques (MIM)

- Cas certain :** MIM confirmée par culture de *Neisseria meningitidis* à partir d'un site corporel normalement stérile.
- Cas probable :**
1. Clinique compatible et détection indirecte du germe (test antigénique ou coloration de Gram ou PCR).
 2. Méningite à polynucléaires avec purpura
 3. Syndrome de Waterhouse-Friderichsen
- Cas suspect :** Méningite bactérienne clinique ou suspicion clinique de méningite bactérienne, mais sans mise en évidence de l'agent pathogène.
- Cas primaire :** MIM sans lien apparent avec d'autres cas.
- Cas co-primaire :** MIM survenant dans les 24 heures suivant l'apparition du cas primaire chez une personne ayant été en contact avec celui-ci.
- Cas secondaire :** MIM survenant entre 24 heures et 30 jours après l'apparition du cas primaire chez une personne ayant été en contact avec celui-ci.

6.2 Epidémiologie des cas secondaires

L'incidence des cas secondaires est estimée à 0.5 - 5%. La majorité des cas secondaires surviennent dans les jours qui suivent le diagnostic de MIM chez le cas primaire.

Les études montrent de manière concordante que le risque relatif de MIM est nettement plus élevé (de 1'200 à 2'000 fois) pour les membres de la famille. Les études indiquent pour les écoles un risque relatif qui varie entre 1 et 200 (il est difficile de faire une comparaison entre les différentes études, vu les différences méthodologiques qu'elles présentent).

7 Prise en charge du malade

Une hospitalisation, souvent aux soins intensifs, est nécessaire. Le traitement antibiotique doit être mis en route dès que le diagnostic est suspecté. Selon l'état clinique, d'autres mesures d'accompagnement seront nécessaires. Dans la mesure du possible des échantillons de sang, de liquide céphalo-rachidien ou de matériel pétéchial seront prélevés avant le début du traitement. Si la culture est positive, il est recommandé de déterminer systématiquement le sérotype.

8 Antibio prophylaxie

La chimioprophylaxie - c'est-à-dire l'administration préventive d'antibiotiques - a pour but d'éradiquer les méningocoques présents au niveau de la muqueuse nasopharyngée. La chimioprophylaxie sert aussi bien à protéger les porteurs du méningocoque qu'à réduire la transmission bactérienne à des tiers.

Son administration **doit être conforme aux recommandations suisses**

(**cf. point 11**) : un usage inapproprié peut être à l'origine de phénomènes de résistance.

L'administration de l'**antibio prophylaxie dans les écoles** de toutes catégories et à tous les degrés sera décidée par le médecin cantonal ou le médecin responsable du Centre de Maladies Infectieuses et Epidémiologie (CMIE) de l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV), en accord avec le médecin scolaire, sur la base des données récoltées lors de l'enquête épidémiologique.

8.1 Définition des contacts proches

Sont à considérer comme contacts proches :

- les membres de la famille et/ou les personnes vivant sous le même toit ;
- les personnes occupant des dortoirs collectifs (colonies de vacances, collèges, casernes, centres pour réfugiés, etc.);
- les personnes ayant eu des contacts directs (par ex. baisers, réanimation ou intubation du malade, etc.).

8.2 Indications de l'antibio prophylaxie

- Les contacts proches d'un cas suspect, probable ou certain;
- Les enfants et le personnel d'une crèche, les élèves et les enseignants d'une classe en présence d'un cas probable ou certain.

8.2.1 Personnes chez lesquelles l'antibio prophylaxie n'est pas indiquée

- Personnel soignant n'ayant pas participé à la réanimation du malade;
- Personnes ayant eu un contact moins étroit avec le malade (par ex. collègues de travail, personnes ayant participé à une réunion, partagé un trajet en bus ou en train, etc.).

8.3 Administration de l'antibio prophylaxie

L'antibio prophylaxie doit être administrée aussi tôt que possible après le diagnostic du cas primaire (au mieux dans les 48 premières heures). Elle reste cependant indiquée jusqu'à 10 jours après le dernier contact significatif avec un cas diagnostiqué. En outre, les personnes recevant la chimioprophylaxie

devront être informées qu'elles doivent consulter immédiatement un médecin en cas de symptômes compatibles avec une MIM.

	Principe actif	Mode d'administration
Adultes	Ciprofloxacine 1 x 500 mg (dose unique)	orale
	Rifampicine 600 mg toutes les 12 heures pendant 2 jours (4 doses)	orale
	Ceftriaxone 1 x 250 mg (dose unique)	i.m. ou i.v. lente
Enfants ≤ 14 ans	Rifampicine 10 mg/kg toutes les 12 heures pendant 2 jours (4 doses)	orale
	Ceftriaxone 1 x 125 mg (si poids >50 kg: 1 x 250 mg) (dose unique)	i.m. ou i.v. lente
	Si pas d'autre alternative : Ciprofloxacine 1 x 10 mg /kg (dose unique)	
Enfants < 1 mois	Rifampicine 10 mg/kg toutes les 12 heures pendant 2 jours (4 doses)	orale
	Ceftriaxone 1 x 125 mg (dose unique)	i.m. ou i.v. lente
Grossesse, allaitement	Ceftriaxone 1 x 250 mg (dose unique)	i.m. ou i.v. lente

Des réserves de ciprofloxacine et de rifampicine en comprimés et en solution buvable ont été constituées à cet effet à la pharmacie de l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV). Toutes les informations nécessaires pour le dosage de la rifampicine chez les enfants y sont disponibles.

9 Vaccination

9.1 Les vaccins

9.1.1 Vaccins polysaccharidiques

Ils contiennent les composants A et C ou A, C, Y et W135. Ils sont utilisés depuis plus de 30 ans pour venir à bout des épidémies, pour la vaccination des soldats et pour les voyageurs se rendant dans des zones endémiques. Pour les sérogroupes A et C, leur efficacité dépend de l'âge (85% chez les adultes, 40-50% chez les enfants de 3-5 ans, quasi nulle chez les enfants de moins de 2 ans). Il n'existe pas d'études concernant l'efficacité pour les sérogroupes Y et W 135. La durée de protection est de 3 à 5 ans. Les vaccins polysaccharidiques n'induisent pas d'immunité mémoire. Il n'existe pas de vaccin contre le séro groupe B.

9.1.2 Vaccins conjugués

Ils sont actuellement disponibles uniquement pour le séro groupe C. Leur efficacité 9 mois après la vaccination est estimée à 92% chez les enfants d'une année et à 97% chez les jeunes de 15-17 ans. L'effet protecteur commence environ 10-15 jours après la vaccination et il est probablement de longue durée (plusieurs années). Ils induisent une immunité mémoire.

Le vaccin conjugué peut avoir des effets secondaires locaux (érythème, induration et douleurs), plus rarement des effets systémiques (fièvre, irritabilité, somnolence). D'autres effets secondaires systémiques ont été rapportés aux fréquences suivantes : convulsions fébrile 1/600'000 doses; réaction anaphylactique 1/500'000 doses; érythème multiforme 1/770'000 doses; érythème polymorphe 1/9'000'000 doses.

L'administration simultanée d'autres vaccins recommandés dans le cadre du plan de vaccination est possible, mais à un autre site d'injection

9.2 Indications à la vaccination

La vaccination a pour but de réduire au minimum le risque de développer une MIM et doit s'accompagner **d'une information spécifique** (développement de la protection seulement après 15 jours, absence de protection contre le sérotype B et les méningites dues à d'autres bactéries).

9.2.1 Vaccination des personnes à risques accrus

- Personnes souffrant de troubles immunitaires;
- Personnel de laboratoire à risque d'exposition au méningocoque;
- Recrues;
- Voyageurs séjournant plus d'un mois dans des zones d'endémie ou séjours plus courts dans des zones d'épidémie.

A partir de l'âge de 24 mois, il est recommandé d'effectuer, au minimum 6 semaines après la fin de la vaccination par le vaccin conjugué C, un rappel par le vaccin polysaccharidique ACWY. Si le délai est insuffisant pour procéder ainsi, les voyageurs recevront d'emblée le vaccin polysaccharidique ACWY.

9.2.2 Vaccination des enfants et adolescents sans risque accru

La vaccination contre le méningocoque du groupe C ne fait pas partie des vaccinations de base recommandées, mais du groupe des vaccinations complémentaires conseillées, étant donné la sévérité de la maladie. Elle peut, par conséquent, être proposée aux parents désireux de protéger leurs enfants contre le méningocoque du sérotype C. Dans ce cas, il est nécessaire d'appliquer deux injections i.m. (à 12 mois et à 11-15 ans).

9.2.3 Vaccination associée à l'antibioprophylaxie

La vaccination est recommandée en association avec l'antibioprophylaxie pour la prévention des MIM secondaires dues au sérotype C. Elle est indiquée pour:

- les contacts proches d'un cas certain ou probable dû à un méningocoque du sérotype C ou de sérotype inconnu;
- les enfants et le personnel des crèches ou les élèves et les enseignants d'une classe si sont survenus, en moins de 12 semaines dans cette crèche ou cette classe, 2 cas probables ou certains, et si les deux cas sont dus à un méningocoque du sérotype C ou si un cas est dû à un méningocoque du sérotype C et l'autre est dû à un méningocoque de sérotype inconnu. Cette procédure est applicable, par analogie, à d'autres institutions.

Le vaccin de premier choix est le vaccin conjugué et le schéma de vaccination est le suivant :

	Schema
Nouveau-nés (à partir de deux mois)	3 doses à 1-2 mois d'intervalle i.m.
A partir d'une année	1 dose i.m.

Pour anticiper la réponse immunitaire, la vaccination devrait idéalement être appliquée en même temps que l'antibioprophylaxie, mais il ne faut jamais repousser l'antibioprophylaxie jusqu'à l'obtention du sérotype si celui-ci n'est pas disponible immédiatement. Dans une telle situation, la vaccination sera administrée secondairement aux personnes mentionnées plus haut.

9.2.4 Campagne de vaccination régionale

Le seuil épidémique entraînant la décision de vaccination généralisée de toute une région est fixé à **au moins 10 cas** dus au méningocoque du groupe C **pour 100'000 habitants en moins de 12 semaines**. La vaccination serait alors destinée aux personnes âgées de 2 mois à 20 ans. Le groupe cible peut être élargi au cas où d'autres classes d'âge seraient touchées.

10 Aspects opérationnels

Chaque cas de maladie invasive à méningocoques doit faire l'objet d'une enquête épidémiologique soignée. L'enquête a pour but d'identifier les contacts proches du patient (cas primaire) pendant les 10 derniers jours. Il faut insister sur l'importance d'une enquête précoce et exhaustive, qui a pour but de permettre aux contacts proches de bénéficier d'informations correctes et d'une prise en charge adéquate.

10.1 Médecin qui prend en charge le patient

Le médecin qui prend en charge le patient doit annoncer le cas immédiatement, c'est-à-dire **dans les 24 heures**, au médecin cantonal (Ordonnance sur la déclaration du 13 janvier 1999). Le médecin cantonal peut déléguer au Centre de Maladies Infectieuses et Epidémiologie (CMIE) de l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV) la supervision des mesures à prendre. L'administration de la chimioprophylaxie et l'éventuelle vaccination de l'entourage ou des personnes vivant sous le même toit se font le plus rapidement possible, généralement directement à l'hôpital.

10.2 Médecin scolaire

Le médecin scolaire est informé par le médecin cantonal, le CMIE ou le médecin qui prend en charge le cas. Au cas où il serait mis au courant par ce dernier, le médecin scolaire informe le médecin cantonal. L'enquête épidémiologique en cas de méningite chez un écolier est conduite – en principe – par le médecin scolaire de la zone avec l'aide du CMIE. Le médecin scolaire se rend, éventuellement avec une délégation du CMIE, au siège de l'école et se charge :

- de l'enquête épidémiologique approfondie à l'intérieur de l'école;
- des aspects de l'information (aux enseignants, parents, élèves, collègues médecins)

concernant la maladie et sa transmission;

- de dresser la liste des personnes susceptibles de recevoir la chimioprophylaxie et de celles pour qui la vaccination est aussi recommandée;
- d'une éventuelle distribution de médicaments au sein de l'école; en cas de nécessité, il s'occupera de l'organisation de la vaccination; les personnes recevant la chimioprophylaxie doivent en outre être informées du fait qu'elles doivent consulter sans délai en cas de symptômes suggérant une MIM.

Pendant les jours fériés, le médecin scolaire prendra contact avec les autorités communales et/ou scolaires afin de garantir une intervention dans les 48 heures.

10.2.1 Approvisionnement en antibiotiques et en vaccins

Une réserve spéciale d'antibiotiques et de vaccins est à disposition du médecin cantonal, du CMIE ou du médecin scolaire auprès de la pharmacie centrale de l'ICHV.. La réserve comprend :

- des comprimés de ciprofloxacine à 500 mg;
- des comprimés de rifampicine à 300, 450 et 600 mg;
- des flacons de sirop de rifampicine;
- 10 doses de vaccin Meningitec® (Lederle).

10.3 Direction de l'école

L'implication directe de la direction de l'école est indispensable pour :

- soutenir le médecin scolaire et le CMIE dans leur action;
- aider le médecin scolaire et le CMIE à dresser la liste des élèves devant recevoir la chimioprophylaxie et, le cas échéant, la vaccination;
- retrouver rapidement les élèves devant recevoir la chimioprophylaxie et leurs parents, afin de les informer;
- le cas échéant, procéder, d'entente avec le médecin cantonal ou le médecin responsable du CMIE, à la distribution du matériel d'information, également aux personnes qui ne sont pas directement concernées;
- aider à contrôler la situation et à éviter la panique qui est inutile et souvent nuisible.

11 Résumé des recommandations suisses

	Seuil d'intervention	Intervention	Groupe cible

Cas individuel	Cas suspect	Chimioprofylaxie	Membres de la famille vivant sous le même toit qu'un cas suspect, certain ou probable, personnes dormant dans la même chambre et personnes ayant été exposées aux sécrétions nasopharyngées du malade. Les contacts doivent avoir eu lieu dans les 10 jours précédant le diagnostic et jusqu'à 24 heures après le début du traitement du malade
	Cas certain ou probable	Chimioprofylaxie+ vaccination (si cas du sérotype C ou inconnu)	
	Cas certain ou probable	Vaccination (si cas du sérotype C ou inconnu)	Parents du 1er degré âgés de moins de 20 ans, même s'il n'y a pas eu de contact
Cas en crèche, dans les écoles ou autres institutions	Crèches: 1 cas suspect	Aucune mesure au niveau de l'institution	Contacts proches (comme pour un cas individuel et incluant les enfants et le personnel en contact avec le cas)
	1 cas certain ou probable	Chimioprofylaxie	Membres de l'institution, personnel, contacts proches (y compris les autres enfants)
	2 cas certains ou probables en \leq 12 semaines	Chimioprofylaxie + vaccination (si cas du sérotype C ou inconnu)	Idem

	Ecoles: 1 cas suspect	Aucune mesure au niveau de l'institution	Contacts proches incluant les élèves de la même classe et les enseignants (comme pour un cas individuel)
	1 cas certain ou probable	Chimioprofylaxie	Elèves de la classe, enseignants, contacts proches
	2 cas certains ou probables en \leq 12 semaines	Chimioprofylaxie+ vaccination (si cas du sérotype C ou inconnu)	Idem
Augmentation du nombre des cas dans la population	3 cas primaires du sérotype C en \leq 12 semaines, correspondant à 10 cas/100 000 habitants	Vaccination	Selon les classes d'âge touchées, en général personnes âgées de 2 mois à 20 ans
Groupes à risque		Vaccination	<u>Indications médicales:</u> Déficit en facteurs terminaux du complément Déficit en facteurs de la voie alterne du complément Coagulopathies (déficit en protéines C et S) Asplénie fonctionnelle ou anatomique Défaut de réponse immunitaire aux polysaccharides <u>Indications professionnelles:</u> Personel des laboratoires de microbiologie <u>Autres indications:</u> Recrues Voyages d'une durée supérieure à 4 semaines en zones d'endémie élevée.

Dr Georges Dupuis

Médecin cantonal

Sion, le 9 mai 2006

Dr Nicolas Troillet

Médecin-chef
Centre de Maladies Infectieuses et
Epidémiologie, ICHV

Contacts

Service de la santé publique:

Tél: 027 / 606 4905

Fax: 027 / 606 4911

e-mail: georges.dupuis@admin.vs.ch

Centre de Maladies Infectieuses et Epidémiologie (ICHV):

Tél: 027 / 603 4780 ou 027 / 603 4863

Fax: 027 / 603 4789

e-mail: nicolas.troillet@ichv.ch

En dehors des heures ouvrables: Infectiologue de piquet: 027 / 603 4700

Pharmacie de l'ICHV:

Tél: 027 / 603 4738

Fax: 027 / 603 4991

e-mail: stefan.marty@ichv.ch

En dehors des heures ouvrables : Pharmacien de piquet: 079 / 204 3285

Annexes :

- fiche d'information sur la méningite à méningocoques
- modèle de lettre du médecin scolaire pour la convocation des parents

Bibliographie :

UFSP, *Malattie infettive - Diagnosi e prevenzione*, 1996

UFSP, *Prévention des maladies invasives à méningocoques*, Bull OFSP, 2001; 46: 893-901 UFSP, *Méningococcies invasives: situation épidémiologique en 2003*, OFSP, 2004, 52: 988-993 UFSP, *Vaccination contre le méningocoque du sérogroupe C*, Bull OSPF, 2005; 45: 815-816 UFSP, *Vaccination contre le méningocoque du sérogroupe C*, Suppl XVIII: Maladies infectieuses Diagnostic et prévention, novembre 2005

Adresse
Téléphone
fax
E-mail

Canton du Valais, Service de la santé publique

Médecin scolaire Dr Xxxxx
xxxxxxx 19 xxxx

Aux parents de la classe
xxxxxxx
des écoles (*catégorie d' école*)
de (*localité*)

(*date*)

Chers parents,

Un cas de méningite à méningocoques a été découvert dans la classe de votre enfant.

Pour prévenir l'apparition de nouveaux cas, il est nécessaire que votre fils/fille reçoive un traitement antibiotique préventif.

Afin de vous informer de manière détaillée et vous remettre les doses d'antibiotiques, nous avons organisé :

une réunion urgente

le (*date*)

(*heure*)

à (*endroit*)

Nous comptons sur votre précieuse collaboration. Aucune inquiétude excessive n'est justifiée : la prophylaxie antibiotique est une mesure simple, sûre et efficace pour prévenir d'autres cas.

Nous vous faisons parvenir entre-temps un dépliant informatif contenant des renseignements plus complets. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions pendant la réunion.

Avec mes salutations cordiales.

Le médecin scolaire

Dr (*prénom et nom*)

Qu'est-ce qu'une méningite?

C'est une infection des méninges c'est-à-dire des enveloppes qui entourent le cerveau et la moelle épinière ainsi que du liquide (le liquide céphalo-rachidien) qu'elles contiennent.

La méningite peut être provoquée par différents agents infectieux : des bactéries, des virus, des champignons.

Qu'est-ce qu'une méningite à méningocoques?

C'est une méningite provoquée par une **bactérie** appelée *Neisseria meningitidis*. Il existe différents "**groupes**" de méningocoques, que l'on distingue de la manière suivante : groupe A, B, C, W-135, X, Y, Z.

La méningite à méningocoques est présente dans le monde entier. La majorité des cas survient en hiver et au printemps. C'est une maladie qui touche surtout la prime enfance mais qui se manifeste également chez les enfants plus âgés et les jeunes adultes. Les lieux fermés avec présence d'un nombre élevé de personnes (casernes, collèges, par ex.) favorisent l'apparition et la diffusion de la maladie.

En **Suisse** environ quatre-vingts cas sont déclarés chaque année. Les bactéries isolées font presque exclusivement partie des groupes B et C, avec des proportions variables selon les années. La majeure partie des cas déclarés concerne les enfants de moins de 5 ans et les adolescents de 15 à 19 ans. La mortalité de la maladie est d'*environ* 7%.

Comment se manifeste-t-elle?

Elle débute souvent brusquement avec de la *fièvre*, de forts maux de tête, des nausées, parfois des vomissements, une rigidité de la nuque (impossibilité de plier le cou) et souvent des rougeurs de la peau avec de minuscules hémorragies, des taches roses ou des vésicules. La méningite due aux méningocoques est, sur le plan des symptômes, difficile à distinguer d'une méningite due à d'autres bactéries et à des virus.

Le diagnostic est confirmé par la mise en évidence de méningocoques dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien.

Quel est le traitement?

La personne atteinte d'une méningite à méningocoques est hospitalisée, souvent dans le service des soins intensifs, où elle reçoit un traitement par antibiotiques et est placée sous surveillance étroite.

Comment la maladie se transmet-elle?

L'être humain constitue le réservoir du méningocoque dont il peut être porteur asymptomatique au niveau de son nez et de sa gorge. La transmission a lieu entre individus, par contact direct (par ex. lors de baisers), contact indirect (par ex. échange de verre) ou gouttelettes (projection de particules microscopiques lorsque l'on parle ou tousse) La propagation par gouttelettes ne dépasse par la distance de **deux mètres** à partir de la source. La transmission du méningocoque nécessite donc un contact étroit entre personnes. De plus, le méningocoque ne survit que 2 heures environ en dehors du corps humain.

La période d'incubation varie de 2 à 10 jours, elle est comprise le plus souvent entre **3 et 4 jours**.

Comment prévenir les cas secondaires?

Pour prévenir les cas secondaires, il faut procéder à un traitement préventif par antibiotiques (antibioprophylaxie), en accordant une attention toute particulière aux contacts étroits qui ont eu lieu pendant les **10 derniers jours** (durée d'incubation de la maladie).

Si la bactérie fait partie du groupe C, il existe même aujourd'hui un vaccin qui peut être proposé aux personnes qui ont été en contact étroit avec le malade.

Le médecin scolaire et les autorités sanitaires font une "enquête" à l'intérieur de l'école afin de déterminer qui doit recevoir l'antibioprophylaxie et à qui conseiller la vaccination. Ce sont eux qui sont responsables de la distribution des doses d'antibiotiques et, si nécessaire, de l'organisation de la vaccination.

L'administration injustifiée d'antibiotique doit être évitée afin de ne pas provoquer des résistances bactériennes inutiles.

L'apparition de cas secondaires est observée avant tout pendant les deux premiers jours : c'est pourquoi il est essentiel d'administrer l'antibioprophylaxie rapidement et d'accorder une attention toute particulière aux symptômes prémonitoires tels que fièvre et maux de tête.

Qui doit recevoir une prophylaxie?

- Les personnes vivant sous le même toit, en particulier les membres de la famille et les personnes qui dorment *dans la même chambre* (camps de vacances, *casernes*, centres pour réfugiés, internats,...)
- Les personnes ayant eu un contact direct avec la personne malade (par exemple baisers, réanimation du malade,...)
- Les élèves et les enseignants d'une classe, les enfants et le personnel des crèches, en présence d'un cas d'infection à méningocoques.

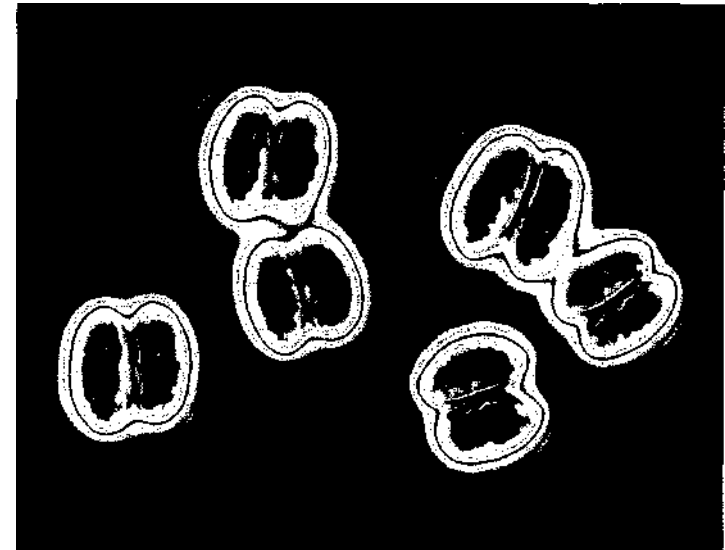
Agissons tous ensemble!

- Les mesures nécessaires pour éviter la transmission de la maladie sont prises en accord avec le médecin cantonal qui se charge de la coordination des interventions. La panique ne fait que créer peur et insécurité et ne favorise pas une prise en charge correcte.
- Aucune mesure préventive n'est indiquée pour les contacts tertiaires (personnes proches des personnes qui ont été en contact étroit avec le patient).

Les parents ont un rôle important à jouer : ce sont eux qui sont les garants de la bonne exécution des mesures décidées par le médecin scolaire et les responsables scolaires.

Département de la santé et des affaires sociales. Office du médecin cantonal. Service de médecine scolaire

La méningite à méningocoques à l'école



Informations pratiques

Janvier 2006