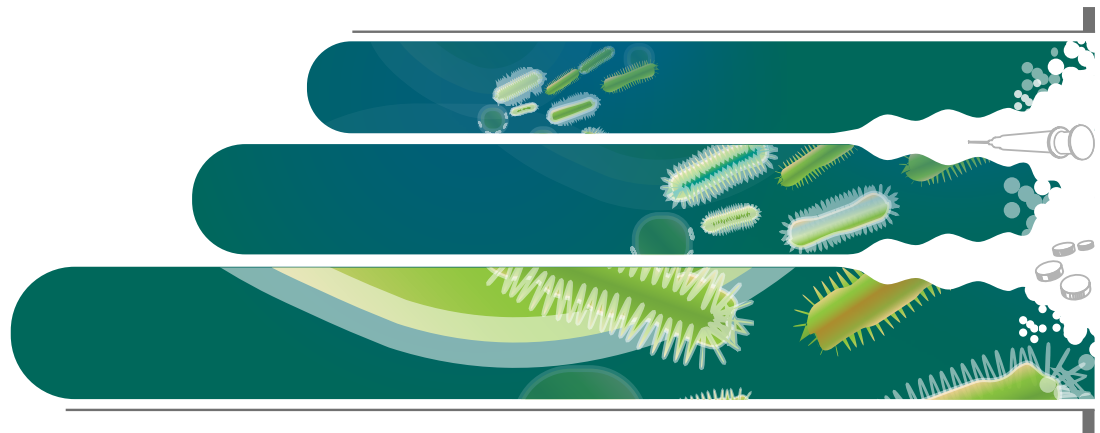




GUIDE D'INTERVENTION

Les infections invasives à méningocoque

Mise à jour – Juin 2026

Affiliations des membres du groupe de travail (ordre alphabétique)

- Bruno Turmel, médecin-conseil, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
- 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
- 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

Consultations :

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

Approbation :

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

Secrétariat et mise en page :

Mélanie Léger et Isabelle Pichette

Direction générale adjointe de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

ÉDITION

Cette publication a été réalisée par le Sous-ministère prévention et santé publique en collaboration avec la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : publications.msss.gouv.qc.ca.

Pour plus d'information : Quebec.ca/gouv/santé-services-sociaux

Dépôt légal – 2026

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-555-01506-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2026

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 MADO	5
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	6
3.2.3. Vaccination	9
3.2.4. Pneumonie	10
3.2.5. Présentation clinique autre que l'IIM	11
3.2.6. Précisions concernant la CPM.....	11
4. Éclosion et hyperendémie.....	13
Références bibliographiques	15
Références bibliographiques pour la conjonctivite primaire à méningocoque	17
Annexe 1	18
Annexe 2	26

INTRODUCTION

Le présent guide d'intervention portant sur les infections invasives à méningocoques (IIM) a fait l'objet d'une mise à jour, en novembre 2015, sous la responsabilité d'un groupe de travail relevant de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI). Cette révision était 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 à la suite du retrait des lignes directrices canadiennes pour la prise en charge des éclosons auxquelles faisait référence la version précédente datée de 2007.

Cette mise à jour avait 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 personnes en contact avec des 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.

Les principales modifications apportées dans cette précédente édition du guide avaient un lien avec la chimioprophylaxie, la vaccination des contacts étroits et l'ajout de seuils d'alerte.

La survenue d'un cas de conjonctivite primaire à méningocoque (CPM) a soulevé un questionnement au sujet de la gestion des contacts. À la demande de la TCNMI, le groupe de travail a été réactivé dans le but de documenter la problématique et de bonifier le guide des éléments de gestion de cas et de contacts relevant d'un cas de CPM. En janvier 2019, une nouvelle section portant spécifiquement sur la CPM a été ajoutée. Des précisions ont également été apportées pour définir ce qu'est un contact étroit. En juin 2026, les informations concernant les vaccins conjugués contre le méningocoque de sérogroupe C (MenC) ont été retirées considérant leur retrait du marché, la référence au document *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec* a été actualisée pour correspondre à la 13^e édition et les annexes ont été mises à jour. Le reste du document est, en tout point, identique à la version précédente.

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, 13^e édition. Maladies d'origine infectieuse*, produit en octobre 2025 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 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 :

[\[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-271-04W.pdf\]](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-271-04W.pdf).

1.1.1. Cas confirmé

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

- a) isolement de *Neisseria 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, 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, incluant obligatoirement un *purpura fulminans*²;
- ou**
- b) manifestations cliniques compatibles et détection d'antigènes méningococciques sur un prélèvement de LCR.

Note : Étant donné que la muqueuse oculaire n'est pas considérée comme un site stérile, la conjonctivite ne sera retenue à des fins de surveillance que si la bactérie *N. meningitidis* est isolée d'un site normalement stérile ou détectée dans celui-ci.

1. La pneumonie à *N. meningitidis* est une entité très rare et sa 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 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, entre autres, 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.

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 sept 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 contacts sexuels;
- 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. : baiser profond, réanimation bouche-à-bouche, intubation endotrachéale et soins de trachéotomie effectués sans masque).

Les personnes qui ont partagé des cigarettes, des bouteilles, des verres avec le cas ou qui ont embrassé le cas sur la bouche ou sur les joues 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 huit 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'IIM. 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 de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), ce qui comprend l'identification du sérotype, du sérotype, du sous-type et du profil électrophorétique.

3.1.2. Saisie dans le fichier des MADO

Chaque cas validé doit être saisi dans le fichier des MADO, désormais connu sous le nom de SI-GMI. 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'IIM.

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'IIM 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 IIM, 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'IIM. 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. Chimioprophylaxie

La chimioprophylaxie 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 sérotype 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 par 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 chimioprophylaxie 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 chimioprophylaxie doit être recommandée aux contacts étroits exposés au cas index durant sa période de contagiosité, c'est-à-dire la période de sept jours avant le début des symptômes allant

jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement antibiotique efficace. La chimioprophylaxie 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 dix jours après la dernière exposition à un cas contagieux. Même si la chimioprophylaxie pourrait exceptionnellement être envisagée jusqu'à trois mois après la survenue du cas index, le délai de dix jours après la dernière exposition demeure celui à appliquer³.

Le coût de la chimioprophylaxie 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 chimioprophylaxie 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 chimioprophylaxie.

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 dix jours pour l'administration de la chimioprophylaxie.

MÉDICAMENTS POUR LA CHIMIOPROPHYLAXIE CONTRE LE MÉNINGOCOQUE PAR ORDRE DE PRÉFÉRENCE

Noms génériques (classe)	Noms commerciaux	Posologies	Efficacité	Contre-indications	Commentaires
Rifampicine	Rifampine	▪ 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 %	▪ Allergie à la rifampicine. ▪ Grossesse.	▪ Peut interférer avec l'efficacité des contraceptifs oraux, certains anticonvulsivants et anticoagulants. ▪ Peut teinter les lentilles cornéennes et les urines.
Ceftriaxone (céphalosporine)	Ceftriaxone	▪ Enfants < 15 ans : 125 mg, IM, 1 dose, ▪ Adultes (15 ans ou plus) : 250 mg IM, 1 dose.	De 90 à 95 %	▪ Allergie aux céphalosporines	▪ 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	▪ 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 %	▪ Allergie aux quinolones. ▪ Grossesse. ▪ Allaitement.	▪ 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	▪ Enfants : 10 mg/kg <i>per os</i> (max. : 500 mg), 1 dose. ▪ Adultes : 500 mg <i>per os</i>, 1 dose.	90 %	▪ Allergie aux macrolides.	▪ 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 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 trois mois après le diagnostic.

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

- A. *Si, au bout de dix 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'IIM en raison d'une condition médicale sous-jacente, le délai sera de quatre 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 huit heures) n'ont pas besoin de recevoir le vaccin contre le méningocoque (Perron 2009, p. 12).

Vaccination du cas index

« Une IMM 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'IMM parce qu'il présente l'une des conditions médicales particulières précisées dans le 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 (ASPC) 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.

3.2.5. Présentation clinique autre que l'IIM

La chimioprophylaxie n'est pas recommandée aux contacts étroits de personnes dont le méningocoque est isolé d'un site non stérile comme les muqueuses nasopharyngées, oculaires et urétrales, à moins que la personne ne développe une IIM.

Dans les rares occasions où un cas de conjonctivite primaire à méningocoque (CPM) est signalé à une direction de santé publique, une décision d'offrir individuellement une chimioprophylaxie aux contacts peut être prise en collaboration avec le médecin traitant en tenant compte, notamment, de la gravité du cas, de l'isolement d'une souche sérogroupable, de la nature des contacts et des conditions médicales particulières des contacts.

3.2.6. Précisions concernant la CPM

Considérations épidémiologiques

Le méningocoque présente un large éventail de manifestations cliniques; elles vont d'un léger mal de gorge passager à une méningite mortelle ou à la septicémie à méningocoque. La méningite et la septicémie sont les manifestations cliniques les plus courantes de cette maladie. D'autres présentations cliniques, telles que l'arthrite septique, les infections des voies respiratoires supérieures ou inférieures comme l'otite moyenne, la pharyngite, la bronchite et la pneumonie, la péricardite, la myocardite, l'endocardite, la conjonctivite et l'urétrite, sont moins fréquentes (Heymann, ASPC, De Souza). La conjonctivite causée par la bactérie *Neisseria meningitidis* (*N. meningitidis*) peut survenir en association avec une infection invasive (conjonctivite secondaire) ou, encore, apparaître isolément sous forme de CPM (Bigham).

La bactérie *N. meningitidis* est une cause peu fréquente d'une conjonctivite purulente aiguë (Bigham). Les CPM compteraient pour moins de 0,08 % des cas de conjonctivites bactériennes aiguës (Barquet). Cependant, l'incidence réelle de la CPM est inconnue étant donné que la plupart des patients qui se présentent pour obtenir des soins en raison d'une conjonctivite aiguë reçoivent un traitement empirique et ils guérissent sans avoir été soumis à un prélèvement pour identification de la bactérie impliquée (Barquet). L'information disponible repose sur des cas isolés et sur des séries de cas rapportés dans la littérature scientifique (Barquet, Andersen).

La CPM touche surtout les enfants et les jeunes adultes (Barquet, Andersen). Elle se présente comme une conjonctivite purulente aiguë avec un exsudat important ressemblant à une conjonctivite gonococcique habituellement unilatérale (Bigham, Barquet). Dans une proportion allant de 10 à 25 % des cas, la CPM peut évoluer vers une infection invasive (Barquet, Newton).

Les sérogroupes trouvés dans les CPM sont les mêmes que ceux qui causent la maladie dans la population (Barquet, Andersen).

Le plus souvent, l'infection causée par la bactérie *N. meningitidis* se produit par l'acquisition d'une souche au niveau du rhinopharynx. Dans la plupart des cas, l'acquisition conduit à un portage asymptomatique avec colonisation du rhinopharynx. Les études génotypiques et phénotypiques ont clairement montré que les souches isolées de malades diffèrent, généralement, autant génotypiquement que phénotypiquement, des souches isolées du portage asymptomatique (MAS, France). Malgré cela, les porteurs asymptomatiques sont considérés comme étant la source d'une transmission de la bactérie à des personnes pouvant développer une maladie méningococcique (Andersen) (Schwartz 1989, Broome 1986).

CPM et transmission secondaire

Le taux d'infection secondaire parmi les contacts étroits n'est pas connu (Stansfield, Bigham). Deux situations sont rapportées dans la littérature scientifique. Le premier cas est compatible avec une transmission secondaire, alors que, pour le deuxième cas, les auteurs mentionnent qu'étant donné le délai allant de 48 à 72 heures entre le début de la maladie d'un sujet à l'autre, ils ne peuvent affirmer s'il s'agit de cas coprimaires ou d'un réel cas secondaire (Bigham, Stansfield).

La première situation rapportée concerne un cas de CPM, chez un enfant de 4 ans et demi, lié à un cas d'IIM fatale chez sa mère de 33 ans qui s'est présentée à l'hôpital 27 jours après le début de la conjonctivite de son enfant. La dame avait souffert d'un rhume la semaine précédente. La bactérie *N. meningitidis* séro groupe C sérotype 2 a, sous-type P1.2, type électrophorétique 15 a été identifiée chez la mère de même que chez l'enfant (Bigham, 1999).

La deuxième situation concerne un enfant de 10 ans aux prises avec une conjonctivite bilatérale importante et des douleurs musculaires. La bactérie *N. meningitidis* séro groupe C sérotype 2 b, sous-type P1.2 a été isolée au niveau oculaire. Trois jours après le début de la maladie, sa sœur de 5 ans a présenté un tableau fébrile composé d'un rash classique avec purpura et pétéchies. Le méningocoque n'a pas été identifié dans le sang et l'enfant n'a pas subi de ponction lombaire (Stansfield).

Déclaration obligatoire

Seules les IIM doivent être obligatoirement déclarées puisqu'elles sont causées par des souches de méningocoque provoquant une morbidité plus élevée. L'identification d'une IIM requiert l'isolement de la bactérie ou la détection d'acides nucléiques à partir d'un prélèvement obtenu d'un site normalement stérile, ce qui n'est pas le cas des muqueuses, oculaires ou autres (MSSS, 2016).

Étant donné que les contacts étroits des patients aux prises avec une IIM présentent un risque accru de développer une IIM, une prophylaxie postexposition leur est recommandée pour éviter les cas secondaires. La chimioprophylaxie n'est pas recommandée aux personnes qui sont en contact avec des personnes dont le méningocoque a été isolé d'un site non stérile comme les muqueuses nasopharyngées ou oculaires.

Les recommandations de prophylaxie post-exposition (PPE) aux contacts d'un cas de CPM ne sont pas uniformes. Voici ce qu'on lit dans les lignes directrices canadiennes (2005) :

« À l'heure actuelle, il n'est pas obligatoire de signaler et de déclarer les cas de conjonctivite et de pneumonie dus à *N. meningitidis* à l'ASPC. Cependant, on a établi les définitions de cas ci-dessous et recommandé des traitements. »

« Les contacts étroits des sujets atteints de conjonctivite ou de pneumonie sont pris en charge de la même manière que les contacts étroits des cas d'infection invasive. »

Par contre, aux États-Unis, la PPE n'est pas recommandée (MMWR, 2013). On mentionne; 1) que les cas secondaires rapportés à la suite d'un contact avec une personne atteinte de pneumonie non invasive ou de conjonctivite méningococcique sont très rares et 2) qu'il n'y a pas d'évidence dans la littérature scientifique d'un excès de risque (MMWR, 2013).

Il faut mentionner qu'il existe également un risque de cas secondaire en ce qui concerne toutes les infections méningococciques des muqueuses respiratoires, y compris les porteurs asymptomatiques qui sont nombreux, et qu'aucune intervention de santé publique n'est recommandée.

Les connaissances actuelles ne permettent pas que la conjonctivite à méningocoques devienne une MADO, notamment parce qu'il n'y a pas d'évidence d'excès de risque d'IIM chez les contacts de CPM. Avant d'envisager l'ajout de cette maladie dans la liste des MADO, il faudrait d'abord obtenir une meilleure connaissance de la place occupée par la CPM dans la problématique des IIM, et une meilleure connaissance du risque de transmission secondaire de celle-ci. Le cas échéant, la réflexion devrait inclure d'autres infections méningococciques non invasives.

4. ÉCLOSION ET HYPERENDÉMIE

Les éléments en italique sont extraits de l'avis du 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 ce qui concerne les IIM, 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) : deux cas ou plus (avec ou sans lien épidémiologique) survenant dans une période de trois 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) : trois cas primaires ou plus (sans lien épidémiologique) survenant dans une période de trois 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 coprimaires 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.

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

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.

Hyperendémie : *taux d'incidence de 3/100 000 tous âges confondus pendant au moins deux années consécutives ou taux d'incidence de 10/100 000 chez les jeunes âgés de 20 ans et moins pendant au moins deux 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. : centres de santé et de services sociaux, centres locaux de services communautaires) 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 d'experts sera sous la responsabilité de l'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 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].
[\[http://www.phacaspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/31s1/index.html\]](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.
[\[http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-meni-fra.php#a4\]](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.
[\[http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1010_GUI_Meningococcal_guidance.pdf\]](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*, 13^e édition, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2025, 116 p.
[\[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2015/15-268-02W.pdf\]](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).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES POUR LA CONJONCTIVITE PRIMAIRE À MÉNINGOCOQUE

ANDERSEN, J., ET I. LIND. « Characterization of *Neisseria meningitidis* isolates and clinical features of meningococcal conjunctivitis in ten patients », *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.*, mai 1994, vol. 13, n° 5, p. 388-393.

ASPC, Fiche technique santé-sécurité, consultée le 9 mai 2018.

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/biosecurite-biosurete-laboratoire/fiches-techniques-sante-securite-agents-pathogenes-evaluation-risques/neisseria-meningitidis.html>.

BARQUET N., et collaborateurs. « Primary Meningococcal Conjunctivitis: Report of 21 Patients and Review », *Reviews of Infectious Diseases*, vol. 12, n° 5, septembre 1990, p. 838-847.

BIGHAM, J. M., et collaborateurs. « Décès dû à une méningococcie invasive par suite d'un contact étroit avec un cas de conjonctivite méningococcique primitive – Langley (Colombie-Britannique), 1999 », *RMTC*, vol. 27, n° 2, 15 janvier 2001.

DEEKS S., TAM T. et WILSON S.. « Supplément Lignes directrices pour la prévention et la lutte contre les atteintes méningococciques », *RMTC*, vol. 31S1, mai 2005.

DE SOUZA, A. L., et A. C. SEGURO. « Two centuries of meningococcal infection: from Vieusseux to the cellular and molecular basis of disease », *Journal of Medical Microbiology*, 2008, vol. 57, n° 11, p. 1313-1321.

HEYMANN, D. L. *Control of communicable diseases*, 20^e édition, American Public Health Association, 2015.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. Instruction N° DGS/RI1/DUS/2014/301 du 24 octobre 2014 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque, *Guide pratique sur la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas d'infection invasive à méningocoque*, document consulté le 9 mai 2018.
[\[http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cir_38936.pdf\]](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cir_38936.pdf).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Définitions nosologiques pour les maladies infectieuses*, 13^e édition, octobre 2025, 116 pages.
[\[http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-268-02W.pdf\]](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-268-02W.pdf).

STANSFIELD, R. E., et collaborateurs. « Primary meningococcal conjunctivitis and need for prophylaxis in close contacts », *Journal of Infection*, 1994, vol. 29, n° 2, p. 211-214.

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])

QUESTIONNAIRE AUPRÈS DU CAS D'INFECTION INVASIVE À MÉNINGOCOQUE

Date de la déclaration : ____ A ____ M ____ J

N° SI-GMI : _____

Cas déclaré par :

	Poste	Tél.	Télec.	Autre
☐ Laboratoire _____	☐	☐	☐	☐
☐ Médecin _____	☐	☐	☐	☐
☐ Autre _____	☐	☐	☐	☐

Entrevue auprès : ☐ du cas
☐ de la famille
☐ du médecin
☐ autre

Date du début de la maladie : ____ A ____ M ____ J

☐ Cas confirmé ☐ Cas primaire
☐ Cas coprimaire ☐ Cas probable
☐ Cas secondaire

IDENTIFICATION

Nom et prénom : _____ Date de naissance : ____ A ____ M ____ J

Sexe : ☐ M ☐ F

N° d'assurance maladie : _____

Téléphone : _____ Résidence : _____

Autre(s) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Occupation : _____

Milieu de vie : Le milieu de vie est défini comme étant un endroit, **EN DEHORS DU DOMICILE PERSONNEL**, où le cas passe une partie significative de son temps et où d'autres personnes risquent d'avoir été exposées.

☐ Enfant en service de garde à l'enfance : ☐ < 10 enfants ☐ ≥ 10 enfants ☐ N^{bre} d'enfants inconnu

☐ Travailleur en service de garde : ☐ < 10 enfants ☐ ≥ 10 enfants ☐ N^{bre} d'enfants inconnu

☐ Maternelle ☐ Prématernelle

☐ École : ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Collège ou cégep ☐ Université

☐ Travailleur de la santé

☐ Autre (précisez) : _____

Établissement : _____

Nom du responsable : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Classe ou groupe : _____

Date de la dernière présence dans le milieu : ____ A ____ M ____ J

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

	Oui	Non	Inconnu	Dans l'affirmative, précisez la date, l'heure et la durée	
				Heure	Durée
Fièvre °C _____ (max.)	☐	☐	☐	____ A ____ M ____ J	_____
Céphalée	☐	☐	☐	____ A ____ M ____ J	_____
Nausées	☐	☐	☐	____ A ____ M ____ J	_____
Vomissements	☐	☐	☐	____ A ____ M ____ J	_____
Pétéchies	☐	☐	☐	____ A ____ M ____ J	_____
Purpura	☐	☐	☐	____ A ____ M ____ J	_____
Raideur de nuque	☐	☐	☐	____ A ____ M ____ J	_____
Maux de jambes	☐	☐	☐	____ A ____ M ____ J	_____
Désorientation, confusion	☐	☐	☐	____ A ____ M ____ J	_____
Délire, coma	☐	☐	☐	____ A ____ M ____ J	_____

Autres renseignements cliniques : _____

DIAGNOSTIC (un ou plus)

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

*La pneumonie se définit par la présence de **trois** critères. Voir la section [3.2.4 Pneumonie](#).

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 _____	☐ Date non disponible
2 ^e	_____	_____	A _____ M _____ J _____	☐ Date non disponible
3 ^e	_____	_____	A _____ M _____ J _____	☐ 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 |
| ☐ Sérogruppe : _____ | ☐ Date non disponible |
| ☐ Sérotype : _____ | ☐ Date non disponible |
| ☐ Sous-type : _____ | ☐ Date non disponible |
| ☐ Profil électrophorétique : _____ | ☐ Date non disponible |
| ☐ Non sérogroupable | ☐ 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 sa 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 incluant obligatoirement un *purpura fulminans**; **ou**
2. manifestations cliniques compatibles et détection d'antigènes méningococciques sur un prélèvement de LCR.

* 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, entre autres, 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.

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° SI-GMI _____ ☐ 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	☐	☐	☐	☐
Contact(s) symptomatique(s) dirigé(s) vers le médecin	☐	☐	☐	☐

*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

25

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

Légende : **O** = oui; **N** = non; **NSP** = ne sait pas; **VAJ** = vaccins à jour.

[illegible]

* **Type de contact :** 1) milieu familial; 2) chambre ou dortoir; 3) service de garde en milieu familial (moins de dix enfants); 4) service de garde en établissement (dix enfants ou plus); 5) classe de prématernelle; 6) autres contacts (spécifiez dans les commentaires).

** Inscrivez dans les commentaires par qui les antibiotiques ont été prescrits (santé publique ou médecin traitant).

*** Les contacts étroits qui auraient déjà été vaccinés pourraient devoir être vaccinés de nouveau (voir section 3.2.3 du Guide).

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 CPE ou d'une classe de prématernelle
- Aux membres du personnel d'un CPE ou d'une classe de prématernelle
- Aux parents des enfants d'un CPE à qui l'on ne recommande pas de chimioprophylaxie
- Aux membres du personnel d'un 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, un professionnel de la santé communiquera avec vous et planifiera la vaccination selon les trajectoires régionales établies.

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, un professionnel de la santé communiquera avec vous et planifiera la vaccination selon les trajectoires régionales établies.

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 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, un professionnel de la santé communiquera avec vous et planifiera la vaccination selon les trajectoires régionales établies.

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 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, un professionnel de la santé communiquera avec vous et planifiera la vaccination selon les trajectoires régionales établies.

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 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 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

