



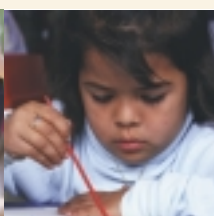
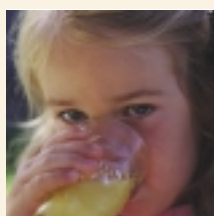
INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES EN MILIEU SCOLAIRE

Guide pratique



Direction générale
de l'enseignement
obligatoire

Ministère
de la Communauté
française



Avant-propos

Le guide est destiné aux équipes chargées de la santé scolaire . Il avait été annoncé lors du séminaire du 30 septembre 2000 organisé en collaboration avec la Commission d'Avis des Médecins P.M.S. et a été rédigé grâce aux abstracts des différents orateurs que nous tenons une fois de plus à remercier (cf. ordre du jour du séminaire en annexe).

Nous avons essayé d'aller plus loin que la simple publication d'abstracts et avons tenté de répondre à un besoin de références communes pour toutes les équipes de santé scolaire de la Communauté française en vue d'harmoniser leurs pratiques.

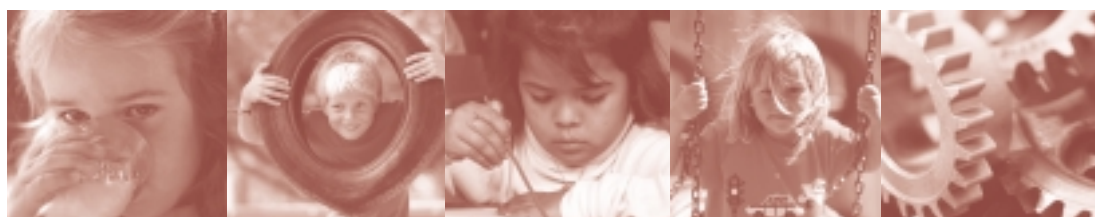
Le guide a été conçu en deux parties :

- « Que faut-il savoir ? » fait rapidement le point des connaissances actuelles sur la question. C'est un chapitre à lire à tête reposée, en dehors de toute urgence.
- « Que faut-il faire ? » est le guide pratique proprement dit, qui reprend point par point la marche à suivre en cas de survenue d'une infection à méningocoques chez un écolier.

Le guide n'a pas la prétention de résoudre tous les problèmes qui pourraient se poser sur le terrain. Nous avons coutume de répéter que chaque situation est particulière et unique. Le guide propose des lignes directrices générales. Les modèles de lettres sont proposés à titre de simple exemple.

Rappelons également que le médecin responsable de l'IMS est le responsable de l'équipe médicale scolaire et qu'il lui incombe d'adapter les lignes directrices du guide et les modèles de lettres à la situation locale et à chaque cas particulier.

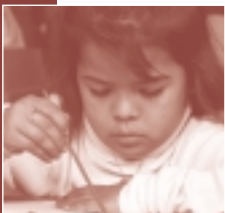
DR PH. DEMOULIN
Directeur,



- RÉDACTION : *Dr K. RONDIA*
- COORDINATION : *Dr. Ph. DEMOULIN*
- COMITÉ DE RÉDACTION :
Mme F. CARION
Dr. Ph. DEMOULIN
Dr. K. LEVIE
Dr. M. MEERSSEMAN
Dr. Y. PIRENNE
Dr K. RONDIA
- ONT ÉGALEMENT COLLABORÉ :
Dr. A-M. BINAME
Prof. DEMOL
Dr. J-C. HARIGA
Dr. Fr. LEQUARRE
Dr. M. LECRENIER
Prof. LEVY
Dr. LORENZO
Mr. O. SERNICLAES
Dr. SWENNEN
- ÉDITEUR RESPONSABLE : *Mr. J. LEROY*

Table des matières

■ Avant-propos	1
■ Que faut-il savoir?	5
1. Aspects cliniques	6
2. Caractéristiques du méningocoque	8
3. Épidémiologie	9
4. Chimio prophylaxie et définition des groupes-cibles	12
5. Vaccins	14
6. Législation	15
■ Que faut-il faire?	17
1. Remarques générales concernant une situation de crise	18
2. En cas de suspicion d'infection à méningocoques	19
3. Si le cas de méningite bactérienne est confirmé	20
4. Qui doit être mis sous chimio prophylaxie?	22
5. Mettre en route la chimio prophylaxie	24
■ Quels médicaments?	24
■ Comment procéder?	25
6. La vaccination?	27
7. Quelques conseils pratiques d'organisation	27
■ Qui doit faire quoi?	29
1. Organigramme	30
2. Coordonnées des Inspections d'Hygiène	32
3. Coordonnées des médecins Fonctionnaires de la Communauté française	32





INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES EN MILIEU SCOLAIRE

Que faut-il savoir ?

- 1. *Aspects cliniques*
- 2. *Caractéristiques du méningocoque*
- 3. *Épidémiologie*
- 4. *Chimioprophylaxie et définition des groupes-cibles*
- 5. *Vaccins*
- 6. *Législation*

1. Aspects cliniques

Les infections à méningocoques peuvent avoir une série de manifestations cliniques, dont deux nous préoccupent plus particulièrement dans le cadre de ce « *Guide pratique* » : la **méningite à méningocoque**, et la **septicémie à méningocoques**, qui sont souvent englobées de façon un peu simpliste sous le terme général de « méningite » et qui représentent en réalité les infections invasives à méningocoques .

■ *Les symptômes*

MÉNINGITE	SEPTICÉMIE (CHOC TOXI-INFECTIEUX)
<ul style="list-style-type: none"> – maux de tête – fièvre élevée – vomissements – raideur de la nuque – photophobie – confusion ou somnolence inhabituelle 	<ul style="list-style-type: none"> – fièvre, convulsions, – hypotension – hyperventilation – état stuporeux – prostration – somnolence – tachycardie sans T° – apparition de pétéchies (taches rouges violacées qui ne s'effacent pas à la pression)

Chez les **nourrissons et les très jeunes enfants**, ces symptômes sont souvent peu marqués, et parfois même contradictoires (fièvre avec convulsions, ou hypothermie). Il faut être **attentif à tout comportement anormal** : refus de nourriture, irritabilité, gémissements, apathie , somnolence, douleur abdominale.



Dans un tel contexte, et quel que soit l'âge, l'apparition des **pétéchies (taches rouges - violacées)** signe l'**extrême urgence** car il peut s'agir des premiers signes d'un phénomène de coagulation disséminée qui peut évoluer de façon foudroyante en quelques heures (purpura fulminans).

Cette éruption cutanée peut être très discrète au départ, d'où la nécessité d'inspecter soigneusement la peau de l'enfant dans sa totalité, sans oublier derrière les oreilles ou dans le pli fessier.

■ Physiopathologie des méningococcémies invasives

Le méningocoque, *Neisseria meningitidis*, est un germe normalement présent dans le rhinopharynx. Ce n'est que lorsqu'il passe dans le sang qu'il devient dangereux, car il est capable de déjouer les mécanismes de défense immunitaire (voir plus loin : caractéristiques du méningocoque).

Selon la vitesse de multiplication des *N. meningitidis* dans le sang, on peut assister à

- une **bactériémie limitée** : état fébrile court, guérison spontanée, c'est la « méningococcémie transitoire »
- une **bactériémie évolutive ou invasive**: libération d'endotoxine en grande quantité, qui entraîne à son tour une libération massive de cytokines, avec activation de la réponse inflammatoire.

Dans le cas de *bactériémie invasive*, trois évolutions cliniques sont possibles:

- la **septicémie avec choc infectieux majeur**: évolution en 12 heures, souvent mortelle.

Mécanisme :

Forte multiplication bactérienne dans le sang avec :

- forte libération d'endotoxines et augmentation des taux de cytokines,
- dérèglement des mécanismes d'oxygénation tissulaire avec hypoxémie généralisée,
- coagulation intravasculaire disséminée (pétéchies)

L'évolution clinique est trop rapide pour que les bactéries arrivent dans le LCR. Il n'y a pas d'atteinte méningée. C'est la **méningococcémie fulminante**

- la **méningite** :
évolution en 18 à 36 heures

Mécanisme :

La multiplication bactérienne dans le sang est plus faible avec en conséquence un faible taux de cytokines. Les *Neisseria* ont le temps d'atteindre les plexus choroïdes et le LCR, où il n'y a quasi aucune défense immunitaire pour s'opposer à leur progression et il y a développement de la méningite.

- la **septicémie avec choc et méningite** :
évolution en 18 heures (forme intermédiaire).

■ Les différentes formes de méningites infectieuses :

Les méningites infectieuses peuvent être d'origine virale ou bactérienne :

- les **méningites virales** sont plus fréquentes et moins graves que les méningites bactériennes, même si elles nécessitent souvent une hospitalisation.
- Les **méningites bactériennes** sont plus rares mais peuvent être très graves. Elles sont principalement dues à 3 germes :

- le pneumocoque,
- l'hémophilus influenzae (HiB) contre lequel un vaccin est disponible depuis le début des années 90, ce qui a considérablement diminué la fréquence de ce type de méningites chez nous
- le méningocoque, qui fait l'objet de la présente brochure.

2. Caractéristiques du méningocoque

Neisseria meningitidis fait partie de la famille des Neisseriaceae, qui sont des diplocoques gram négatif, hôtes fréquents de la flore du rhinopharynx.

C'est une famille au sein de laquelle se pratiquent très fréquemment des échanges d'ADN, et qui est donc capable de faire varier rapidement ses déterminants de résistance, de virulence et d'antigénicité.

Le taux de portage

Le taux de portage sain de *N. meningitidis* dans la population générale est de 2 à 5%. Il augmente pendant la période précédant une épidémie dans une communauté pour atteindre 60 à 80% de la population de cette communauté. Parmi les membres de la famille d'un cas, on trouve généralement 20 à 40% de portage sain.

La transmission

N. meningitidis est une bactérie exclusivement humaine ; très fragile, elle ne survit pas en dehors de son milieu habituel qui est la muqueuse nasopharyngée. La dissémination nécessite donc un contact rapproché avec une **personne porteuse** (= cas primaire, le plus fréquent) ou avec un **malade** (= cas secondaire, plus rare).

Elle se fait via les gouttelettes de sécrétions nasopharyngées d'un diamètre supérieur à 10 microns (éternuements, toux, baisers, postillons, partage d'objets portés à la bouche ou de mouchoirs, ...).

Puisque cette bactérie est incapable de survivre en dehors de l'organisme humain, **les mesures de fermeture d'école et de désinfection sont inutiles et superflues.**

La virulence

Il y a invasion, et donc maladie, quand le méningocoque se dissémine dans le sang après avoir pénétré dans les cellules épithéliales de la muqueuse nasopharyngée. Cela peut se produire soit quand les facteurs de virulence du germe évoluent vers une efficacité invasive accrue, soit quand les facteurs de résistance de l'hôte sont affaiblis.

■ facteurs de virulence :

L'accrochage aux cellules muqueuses se fait d'abord via les **pili**, puis de manière plus intime par les **OMP** (protéines de membrane externe). La bactérie est alors capable de déclencher sa propre phagocytose et de se faire transporter à travers la cellule vers le sang. Sur le plan enzymatique, *N. meningitidis* est capable d'inhiber les IgA de la muqueuse grâce à ses protéases, et de retarder la maturation des phagosomes, ce qui l'empêche d'être digérée pendant la phase de phagocytose.

Enfin, une fois dans le sang, sa capsule est capable d'inhiber l'activation du complément.

■ facteurs de résistance de l'hôte :

Le facteur le plus important est l'**intégrité des muqueuses**, ce qui explique la plus grande vulnérabilité des fumeurs, ou des personnes atteintes d'une rhinopharyngite banale.

L'efficacité de la **barrière hémato-méningée** n'est vraiment constituée qu'à partir de l'âge de 5 ans, ce qui explique la fréquence relativement plus élevée de méningites chez les tout-petits.

Par ailleurs, l'**immunité envers le méningocoque** se développe avec l'âge. A partir de 25 ans, plus de 90% des individus sont immunisés contre cette bactérie et sont donc moins susceptibles d'en être gravement infectés.

3. Epidémiologie

L'étude épidémiologique des infections à méningocoques se fait sur base des **notifications obligatoires aux Inspecteurs d'Hygiène**. Les informations peuvent leur parvenir des médecins traitants, des médecins scolaires, des médecins hospitaliers ou des laboratoires. Ces données sont traitées au niveau communautaire pour éviter les doubles ou triples déclarations. Il faut souligner qu'encore aujourd'hui, bien que les notifications soient obligatoires, **on assiste à une sous-déclaration des cas**.

Le relevé se fait également sur base des souches envoyées par les laboratoires hospitaliers au Laboratoire de Référence de l'Institut de Santé Publique Louis Pasteur, mais il faut préciser que les laboratoires hospitaliers n'envoient pas tous leurs souches pour typage.

Les relevés épidémiologiques sont utiles pour : enregistrer les variations de fréquence de la maladie, déterminer si les cas sont liés entre eux, juger de la circulation de souches à virulence accrue et de la possibilité de survenue de vagues épidémiques.

Le typage des méningocoques

L'identification de *Neisseria meningitidis* se fait en fonction

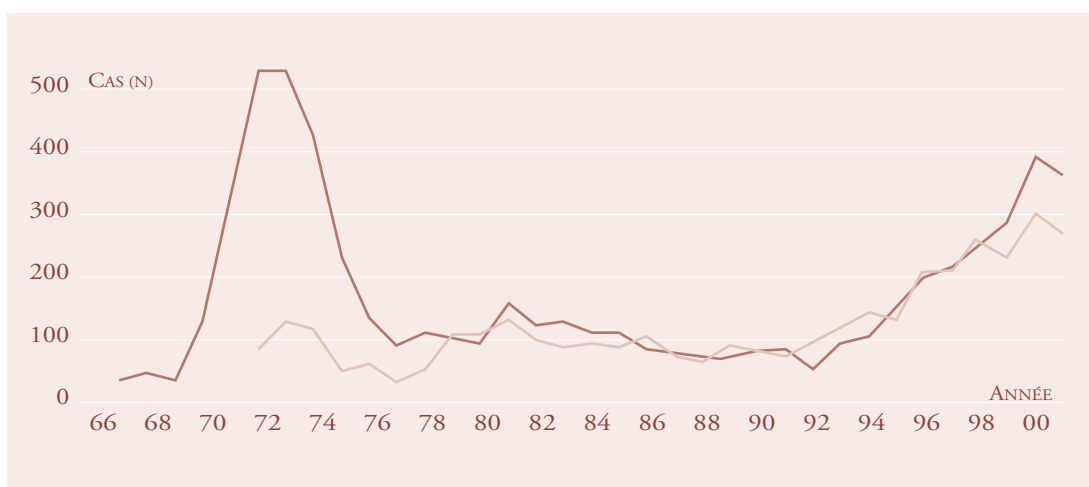
■ du **sérogroupe** capsulaire : il en existe 13 différents : A, B, C, D, X, Y, Z, 29E, W135, H, I, K, L. Ils sont déterminés par les antigènes de la capsule polysaccharidique.

■ du **sérotype** selon la protéine de membrane (OMP de classe 2/3) partagés par les sérogroupe B, C, Y et W135 → B:2b:P1.2 ou B:4:P1.4

■ du **sous-type** pour les OMP de classe 1.

Les **sérogroupe**s les plus souvent retrouvés dans les infections systémiques sont les sérogroupe A, B, C, Y et W135.

Nombre d'infections à méningocoques *Chiffres pour la Belgique entre 1966 et 2000:*



Evolution des infections à méningocoques en Belgique, 1966-2000, ISP Bactériologie

En Communauté française, l'évolution du nombre de cas d'infections à méningocoques au cours de ces dix dernières années a suivi la même évolution ascendante que pour l'ensemble de la Belgique.

Incidence

Le dernier épisode épidémique a été observé au début des années 70. L'incidence de la maladie a été maximale en 1971 et 1972, avec un taux annuel de 5 cas/100.000 habitants, puis est retombée à un taux endémique proche de 1 cas/100.000 habitants.

Toutefois, ces dernières années, le nombre de cas a augmenté de manière significative, pour avoisiner les 3 cas/100.000 habitants d'après les calculs effectués sur base des souches collectées par le Laboratoire de référence (ISP). L'incidence réelle, vu la non-notification de certains cas, est plus probablement de l'ordre de 4 cas/100.000 habitants.

ANNÉE	CAS (N)	INCIDENCE/100.000	B (%)	C (%)
1990	77	0.8	76	21
1991	96	1	85	13
1992	119	1.2	80	15
1993	144	1.4	77	18
1994	133	1.3	81	13
1995	200	2	86	11
1996	210	2.1	91	7
1997	246	2.5	85	13
1998	229	2.3	76	21
1999	297	3	71	28
2000	267	2.6	64	33

F. CARION, Laboratoire de référence des méningocoques, ISP Bactériologie, 2000- données pour la Belgique

Répartition par sérogroupes

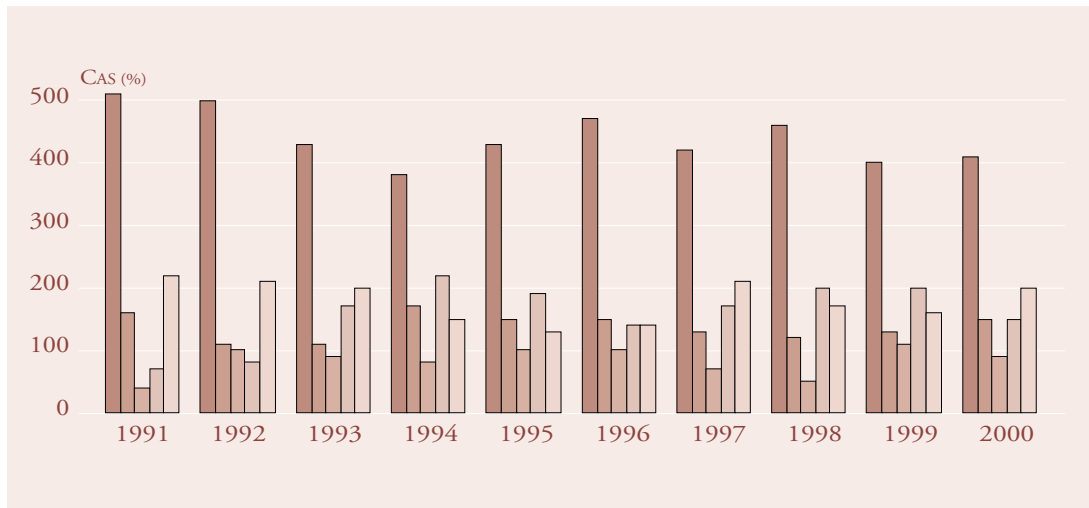
En Belgique, les méningocoques se répartissent essentiellement en deux sérogroupes : **le groupe B (> 60%) et le groupe C**. Ensemble, ces sérogroupes totalisent plus de 90% des cas. Les sérogroupes A, Y et W135 sont rarement retrouvés

Depuis 1997, une **augmentation** du nombre de cas attribués au **sérogroupe C** est observée. La proportion des cas C est passée de 7% en 1996 à 33% en 2000. C'est à Bruxelles que la proportion de cas dus au sérogroupe C est la plus élevée (41% en 2000) De plus, un changement de sérotype semble s'opérer au sein du sérogroupe C, avec l'émergence du sérotype 2b:P1.2,5

ANNÉE	C (N)	C:2A (%)	C:2A:P1.2,5 (%)	C:2B (%)	C:2B:P1.2,5 (%)
1997	29	41	17	24	3
1998	46	39	15	39	28
1999	77	39	19	44	32
2000	85	47	27	36	18

F. CARION, Laboratoire de référence des méningocoques, ISP Bactériologie, 2000

Répartition par tranche d'âge



■ 0-4 ans ■ 5-9 ans ■ 10-14 ans ■ 15-19 ans ■ >19 ans

Répartition par tranches d'âge, 1991-2000, ISP Bactériologie

La répartition par âge montre des pics de fréquence parmi les très jeunes enfants (moins de 5 ans = 40% des cas) et dans le groupe des adolescents (15 à 19 ans = 20% des cas). L'augmentation du nombre de cas chez les adolescents et les jeunes adultes est une tendance assez récente.

Répartition saisonnière

Les équipes de terrain remarquent indubitablement une recrudescence saisonnière des cas pendant les premiers et derniers trimestres de l'année. Pendant les mois d'été, le nombre de cas est nettement inférieur. Cependant, les chiffres de la Communauté française ne permettent pas de recouper ces observations.

Mortalité

Le taux de mortalité est resté stable entre 1997 et 1999. Pendant l'année 2000, il a diminué assez nettement et on peut voir que cette diminution concerne surtout les tranches d'âge des adolescents et des jeunes adultes.



4. Chimio prophylaxie et définition des groupes-cibles

La chimio prophylaxie est principalement destinée à **réduire le risque de survenue de cas secondaires**, qui sont de l'ordre de 5% des cas signalés. Elle agit en éradiquant le portage chez les personnes qui ont été en contact avec le malade, interrompant ainsi la transmission du méningocoque au sein d'une collectivité. A l'heure actuelle, la chimio prophylaxie ne vise en aucun cas l'éradication du portage dans la population générale.

Les **antibiotiques** choisis pour la prophylaxie sont différents de ceux administrés pour soigner le malade. Les antibiotiques efficaces en termes de chimio prophylaxie doivent :

- avoir une bonne pénétration dans la sphère nasopharyngée
- être actifs sur les bactéries en phase de latence, puisque le *Neisseria* simplement présent dans le rhinopharynx d'un porteur sain n'est pas en phase de division active.

La chimio prophylaxie est efficace pour empêcher la survenue de cas secondaires par contagion, mais elle n'est pas suffisante si l'individu est déjà en période invasive. La période d'incubation varie de 1 à 10 jours, habituellement 3-4. C'est pourquoi la chimio prophylaxie ne peut exempter de la nécessité d'une surveillance attentive des personnes qui ont été en contact avec un premier cas.

Les principaux antibiotiques actuellement employés pour la chimio prophylaxie sont :

■ **La rifampicine** : est restée jusqu'à présent le produit de référence pour les enfants

■ **Dose :**

enfants : 10 mg/kg –2x par jour pendant 2 jours

adultes : Rifadine®, 600 mg x 2 par jour pendant 2 jours

La Rifadine®, existe sous forme de gélules à 150 mg et 300 mg.

La prise de rifampicine doit se faire 30 min avant le repas, ou 2 h après celui-ci.

■ **Effets secondaires :**

- coloration rouge-orange des urines et des larmes (attention aux lentilles de contact !). Il faut en prévenir les parents et leur expliquer que cette coloration ne doit pas faire arrêter le traitement.
- les autres effets indésirables n'apparaissent pas pour des traitements si courts. Attention cependant à ne pas dépasser la dose de 10 mg/kg (hépatotoxicité potentielle).

■ **Contre indications :**

grossesse, allaitement et problèmes hépatiques graves.

■ **Remarques :**

- 4 doses sont nécessaires, ce qui est un frein considérable à la compliance.
- La coloration des urines effraie souvent les parents même lorsqu'ils sont prévenus.
- N'existe pas sous forme de sirop en spécialité. Cependant, la rifampicine peut être préparée sous forme de **sirop**, ou de **gélules** adaptées au poids des enfants, et administrées dans de la confiture ou du choco pour masquer son goût désagréable.

■ **Remboursement :**

est acquis après demande au médecin-conseil de l'organisme assureur!

■ **Les fluoroquinolones : Ciprofloxacine (Ciproxine®), Ofloxacine (Tarivid®)** sont devenues les références pour la chimio prophylaxie des adultes mais ont tardé à être enregistrées en Belgique sous forme pédiatrique, à cause d'effets potentiels sur les cartilages de croissance. Les plus récentes études ne mentionnent plus cette toxicité. L'expérience clinique montre une bonne tolérance chez les enfants à qui ces fluoroquinolones ont été prescrites de façon prolongée (enfants atteints de mucoviscidose notamment). Malheu-

reusement la forme pédiatrique n'est pas encore commercialisée.

■ **Dose :**

adultes : Ciproxine® : 500 mg en 1 prise
Tarivid® : 400 mg en 1 prise

Les fluoroquinolones ont l'avantage de pouvoir être administrées en une fois, et de pouvoir être prises indépendamment des repas.

■ **Contre indications :** grossesse et allaitement, épilepsie, hypersensibilité aux fluoroquinolones

■ **La spiramycine® (Rovamycine®) :** bien tolérée, essentiellement utilisée en cas de grossesse

■ **Dose :**

enfants : 50 mg/kg -2x par jour pendant 5 jours
adultes : 1 g -2x par jour pendant 5 jours

■ **Remarques :**

doit être prise pendant 5 jours.

■ **L'azithromycine : Zitromax®**, il n'existe encore que peu d'études faisant état de l'emploi d'azithromycine en prophylaxie d'infections à *N. meningitidis*. Il est donc préférable d'attendre des données supplémentaires avant de recommander son emploi dans cette indication.

■ **La ceftriaxone (Rocephine®)** se trouve dans les recommandations aux USA. Elle n'est disponible qu'en milieu hospitalier et ne peut être administrée qu'en injection intramusculaire. Elle est à la fois active en phase de latence et en phase active ; c'est à ce titre qu'elle est également employée pour le traitement des malades et qu'elle peut être utilisée en milieu hospitalier pour la prophylaxie de l'entourage.

■ *Définition des groupes-cibles pour la chimioprophylaxie*

Les groupes considérés comme étant à haut risque sont:

La famille proche vivant sous le même toit
La crèche ou garderie
L'école maternelle
L'enseignement spécial
Les Communautés fermées : (internats, séjours parascolaires, ...)

En outre, on considère que la survenue d'un **deuxième cas endéans 1 mois** dans une collectivité doit faire considérer celle-ci comme étant à haut risque.

Dans les cas de collectivités à haut risque, la chimioprophylaxie doit concerner l'ensemble des individus de cette collectivité (adultes et enfants)

demment place à l'interprétation personnelle du médecin. Par exemple, le fait que le taux d'infections à méningocoques soit en augmentation dans la tranche d'âge 15-19 ans pose la question des « kissing contacts ».

L'étude rétrospective des données récoltées permet (et permettra encore !) d'affiner ces notions de groupe à risques, qui varient selon l'organisation du groupe concerné et l'état des défenses immunitaires des membres de ce groupe.

L'organisation des écoles et les habitudes familiales et culturelles sont tellement variables qu'il est impossible d'édicter des règles exhaustives sur les personnes qui doivent ou ne doivent pas recevoir une chimioprophylaxie.

C'est dans cette zone d'imprécision des données que se situe le rôle-clé du personnel IMS/PMS, qui est le mieux placé pour prendre connaissance de la situation réelle du terrain et mettre en balance la pertinence de la chimioprophylaxie avec l'intérêt collectif d'éviter l'émergence de souches résistantes.

Les autres personnes ayant été en contact avec le malade ne doivent recevoir une chimioprophylaxie que si le médecin estime que ces contacts ont été « rapprochés et prolongés ». Cette formule laisse évi-

5. Vaccins

L'historique de la vaccination contre *Neisseria meningitidis* peut se résumer à trois périodes :

■ Avant 1960 : essai de vaccins à germes tués essai de vaccins à polysaccharides purifiés.

■ Après 1960 : l'apparition de résistances des souches B puis C aux sulfonamides donne un essor au développement de **vaccins polysaccharidiques**. Mais ces vaccins n'offrent qu'une protection que contre les sérogroupes A, C, Y et W135. Le séro groupe B, moins immunogène, n'est pas inclus dans le vaccin tétravalent alors mis sur le marché.

De plus, la protection conférée par ce vaccin est limitée dans le temps, et n'est pas fiable chez les sujets de moins de 2 ans. Enfin, la réponse immunologique à la vaccination de rappel est très faible.

Le vaccin polysaccharidique est donc réservé à la vaccination des militaires et des voyageurs qui se rendent dans la zone d'hyperendémie de la méningite (Afrique subsaharienne, pèlerinages à La Mecque).

■ Après 1995 : expériences sur des **vaccins conjugués** : antigènes polysaccharidiques + protéine porteuse.

Ces vaccins sont efficaces chez les enfants de moins de 2 ans ; la mémoire immunologique est de bonne qualité.

Ils sont actifs contre les **sérogroupes A et C** (vaccins AC et C)

Un vaccin conjugué C est disponible en Belgique depuis peu.

L'opportunité de la vaccination risque donc de se poser avec acuité étant donné que :

– depuis le début de la recrudescence récente, la proportion de souches C est en augmentation et dépasse les 40% des cas en région bruxelloise,

– l'expérience anglaise a montré son efficacité dans les campagnes de vaccination généralisée,

– l'expérience déjà réalisée depuis le début des années 90 en Communauté française, de généralisation du **vaccin HiB** (*Haemophilus influenzae type B*) a permis de faire chuter de manière considérable l'incidence de ces méningites bactériennes, qui étaient auparavant les plus fréquentes chez les enfants de moins de 5 ans.



6. Législation

■ La **législation générale** rend **obligatoire** la déclaration de tout cas avéré ou suspect de certaines maladies d'origine bactérienne, au rang desquelles figure la « méningite cérébro-spinale ».

Est également obligatoire la déclaration de tout cas pathologique de diagnostic incertain mais présentant un caractère épidémique indiscutable ou présentant la symptomatologie d'une affection épidémique grave.

Cette déclaration doit être faite au **Médecin Inspecteur d'Hygiène**, **immédiatement après la constatation du cas**, par tout médecin qui a pris le cas en charge ou qui en a eu connaissance, ou par le laboratoire qui a dépisté ou confirmé un cas. (les coordonnées des inspections d'hygiène sont rappelées en fin de brochure)

■ En matière de prophylaxie des maladies transmissibles en général, la législation relative à l'**Inspection Médicale Scolaire** impose :

■ au **médecin responsable de l'IMS** de :

- donner des conseils aux élèves ou à leurs parents, ainsi qu'au personnel scolaire, en vue d'éviter la propagation des affections contagieuses,
- **prendre toutes mesures individuelles ou générales d'ordre prophylactique** dans le cadre des dispositions spécifiques prévues par la législation,
- donner au pouvoir organisateur de l'établissement scolaire, en temps opportun et en les com-

mentant, les directives nécessaires, dont il surveillera l'application.

- Les mesures spécifiques prises par le médecin responsable de l'équipe d'inspection médicale scolaire lient les élèves, les parents, le pouvoir organisateur et le personnel de l'établissement.

■ au **chef d'établissement** de :

- **renvoyer à ses parents**, en le faisant accompagner, tout enfant qui paraît sérieusement indisposé,
- **s'enquérir sans tarder auprès** des parents des symptômes de l'affection dont l'enfant est atteint, lorsqu'un élève a été congédié ou est absent pour cause de maladie,
- **alerter le médecin responsable de l'IMS** s'il a connaissance ou soupçon qu'un enfant, un membre du personnel ou un contact à domicile est atteint d'une maladie contagieuse,
- informer les parents, en collaboration avec le médecin responsable de l'IMS, sur les autres occasions de contagion et sur les précautions à prendre,
- informer les parents de la fermeture éventuelle de l'école ou de la classe en accord avec le médecin responsable de l'IMS (cette mesure est inutile et contre-indiquée dans le cas d'affections à méningocoques).

Toute infection à méningocoques doit être déclarée immédiatement au médecin fonctionnaire responsable de l'Inspection Médicale Scolaire par le médecin responsable de l'IMS, sans préjudice de la déclaration à l'Inspecteur d'Hygiène.

(coordonnées en fin de brochure)



INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES EN MILIEU SCOLAIRE

Que faut-il faire ?

- 1. Remarques générales concernant une situation de crise
- 2. En cas de suspicion d'infection à méningocoques
- 3. Si le cas de méningite bactérienne est confirmé
- 4. Qui doit être mis sous chimioprophylaxie ?
- 5. Mettre en route la chimioprophylaxie
- 6. Quelques conseils pratiques d'organisation

1. Remarques générales concernant une situation de crise

Dans une **situation de crise**, qui est une situation de déséquilibre dont l'évolution n'est pas prévisible, chacun est en proie à un certain degré d'anxiété pouvant aller jusqu'à la **panique** quand les informations sur la crise ont été déformées par les rumeurs. Or la panique entraîne un **comportement inadapté**, quelle que soit la stratégie mise en œuvre, et donc un accroissement de la désorganisation.

En outre, le rôle de celui qui prend les décisions, dans un tel contexte, est extrêmement délicat : chaque action ou décision est une prise de risque.

Si une réflexion a été menée au préalable sur la prévention et la planification des actions, le seuil de panique sera moins vite atteint.

Quelques mécanismes élémentaires de la psychologie de crise :

- les **rumeurs** sont inévitables. Elles sont le produit de l'imaginaire humain servant à combler les vides conceptuels ou existentiels que les situations

de crise engendrent. Les rumeurs amplifient et déforment les informations, empêchant toute pensée rationnelle. Ceci explique que des personnes réclament des traitements inutiles ou au contraire minimisent un risque sérieux.

- La **recherche des causes et des conséquences** est irrépressible, car ce sont des situations où la passivité est intolérable. Les « victimes » potentielles veulent donc à tout prix comprendre ce qui se passe, et si on veut obtenir leur collaboration, il faut faire l'effort de se mettre à leur disposition et de s'exprimer **simplement et concrètement** (pas d'exposé scientifique).

- La **pression médiatique** est également inévitable. La presse est un pilier de notre société qui a ses avantages et ses inconvénients.

Or les journalistes cherchent toujours des responsables, et dans ce cas-ci personne n'est « responsable » de ce qui arrive, mais plusieurs personnes ont des responsabilités à endosser. C'est donc une situation délicate qu'il faut gérer avec tact.

■ *La gestion de la crise doit être autant humaine que technique*

Comment faire?

- Veiller à la qualité de l'information :

- claire : pas de jargon professionnel, vérifier qu'on est bien compris
- crédible, transparente, honnête et complète
- rapide
- d'utilité pratique et adaptée au public visé (faire appel à des interprètes si nécessaire)
- cohérente : tous les intervenants doivent tenir le même discours
- récurrente : une information difficile à accepter doit pouvoir être entendue plusieurs fois avant d'être réellement enregistrée.

- Gérer la communication :

- ne pas vouloir rassurer à tout prix, mais plutôt informer. On n'est pas crédible si on dit que ce n'est « pas grave »
- par contre, on peut rassurer sur l'engagement des responsables, sur le fait qu'on a la situation bien en main et qu'on met tous les moyens nécessaires en œuvre. Ensuite, il faut laisser aux personnes l'impression qu'on ne les laisse pas seules face au problème, par exemple en donnant un numéro de permanence téléphonique

- centraliser les informations pour garder la cohérence des messages
 - garder l’initiative vers les médias : organiser des points presse, déléguer un porte-parole (si possible pas un des acteurs principaux de la crise). C’est de l’équipe d’inspection médicale scolaire que doit venir l’information ; la presse ne doit pas être obligée de la chercher ailleurs par n’importe quel moyen.
- Gérer la crise jusqu’au bout :
 - soutenir les familles des enfants malades, prendre de leurs nouvelles plutôt qu’attendre que ce soient eux qui en donnent
 - soutenir les familles en cas de décès, participer aux rituels de deuil
 - faciliter le soutien de groupe et la mise en paroles (élèves et professeurs touchés par un décès)

2. En cas de suspicion d’infection à méningocoques

Il est indispensable de :

- Confirmer cette suspicion par un **contact direct et personnel** avec le médecin hospitalier en charge du cas et avec le médecin traitant.
- **Alerter** l’inspecteur d’hygiène, ainsi que le médecin-fonctionnaire IMS de la Communauté française. *cf. modèle p. 28*
- S’enquérir d’autres **contacts éventuels en dehors de l’école** au cours des derniers 10 jours (garderie extrascolaire, mouvements de jeunesse, clubs sportifs, sorties ou soirées, etc) et en prévenir l’inspecteur d’hygiène.
- Absolument et personnellement prendre en charge la situation toutes affaires cessantes.

C’est le tableau clinique qui détermine la stratégie à suivre, et non le résultat bactériologique.

Un examen bactériologique peut revenir faussement négatif du laboratoire, notamment en cas de prise d’antibiotiques pendant les jours précédents (« méningite décapitée »).

Si le diagnostic de **méningite virale** est posé : il est inutile de prendre des mesures préventives individuelles ou collectives, même en cas d’hospitalisation du malade.

Toutefois, il faut prévenir les parents d’élèves de la survenue du cas, en expliquant qu’il ne présente pas la gravité des infections à méningocoques, mais en rappelant les symptômes méningés, de manière que d’autres enfants éventuellement atteints par le même virus puissent recevoir les soins adaptés en temps utile.

Si le diagnostic s’oriente vers une **méningite bactérienne** : voir point suivant.



3. Si le cas de méningite bactérienne est confirmé :

- Notifier le cas à l'inspecteur d'hygiène ainsi qu'au médecin fonctionnaire IMS et s'enquérir des contacts éventuels en dehors de l'école si ce n'est pas encore fait ! (voir page précédente)
- Réunir le personnel scolaire pour leur expliquer la situation. C'est le moment de leur rappeler les symptômes et de leur expliquer la suite des événements. C'est aussi auprès d'eux qu'il faut s'enquérir de tout autre élève présentant des symptômes alarmants.
- Contacter les parents d'élèves absents pour s'enquérir des causes de cette absence et leur transmettre toute l'information nécessaire.
- Organiser une information écrite à l'attention de tous les parents et les convoquer éventuellement à une réunion de parents. Le modèle de lettre ci-contre doit être adapté aux situations particulières

Les élèves et membres du personnel qui devront être mis sous chimioprophylaxie recevront une information plus détaillée. *cf. p. 23, 26*

- Si une réunion de parents s'avère nécessaire elle doit se faire dans un second temps, au moment où le plus grand nombre de parents est susceptible de pouvoir y participer (le lendemain matin à l'accueil des élèves par exemple). Le médecin responsable de l'IMS y reprendra les éléments d'information déjà présents dans la lettre, motivera le choix des personnes placées sous chimioprophylaxie, expliquera la suite des événements et répondra à toutes les questions.

Cette réunion peut aussi être organisée par téléphone si on se trouve en période de week-end ou de congés.

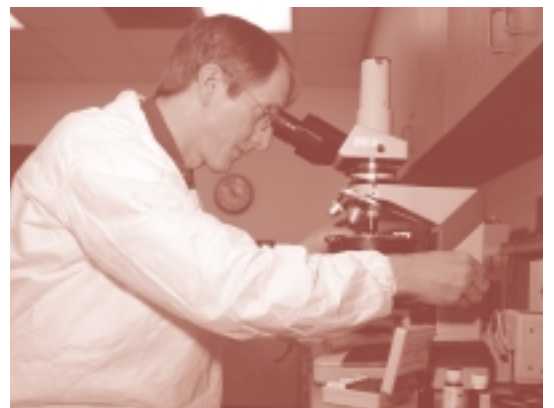
- Idéalement, on prévoira aussi une permanence téléphonique en soirée à l'intention des parents et des médecins traitants. Cette permanence sera en mesure de fournir des informations sur l'évolution de la situation.

- Si on est en fin de journée, on ne laissera pas sortir les enfants tant que les dispositions spécifiques n'ont pas été prises.

■ Cas particuliers :

- Quand on a connaissance d'un cas le mercredi matin, le vendredi après-midi ou à la veille d'un congé scolaire, il faut absolument que toutes les dispositions soient mises en place avant le départ des enfants.
- Quand l'hospitalisation s'est faite pendant la nuit du vendredi au samedi, ou pendant la journée du samedi, il faut joindre toutes les personnes concernées par la chimioprophylaxie au cours du week-end, car le lundi matin sera déjà la limite de la période utile pour la mise en route de la chimioprophylaxie.

Il convient aussi d'insister auprès des parents sur l'absolue nécessité de signaler toute maladie contagieuse au service de l'IMS, même pour des enfants qui ne sont pas en âge de scolarité obligatoire.



Modèle de lettre d'information générale

AVIS URGENT – À LIRE ATTENTIVEMENT SVP

Le

Madame, Monsieur, chers parents,

Un(e) élève de l'école a été hospitalisé le pour une infection grave à méningocoques. Il est très improbable que d'autres cas se présentent cependant nous vous demandons, durant une dizaine de jours, de collaborer à la surveillance que nous mettons en place dans l'école pour détecter au plus tôt la survenue éventuelle d'infections secondaires.

Vous devez être attentif à l'apparition des symptômes suivants :

Fèvre élevée accompagnée de maux de tête violents, vomissements brutaux, photophobie (on supporte mal la lumière), raideur de nuque, douleur à la mobilisation de la tête et des jambes, abattement, prostration, tachycardie même sans température, éruption de petites taches rouges - violacées (ne disparaissant pas quand on appuie dessus), somnolence, convulsions, comportement anormal.

Si un ou plusieurs de ces symptômes se manifestent, il faut rapidement appeler votre médecin traitant en l'avertissant de ce document ou se rendre sans délai à l'hôpital. Il est également impératif, pour la santé des autres membres de notre établissement, de nous tenir, sans faute, au courant de l'évolution de la situation.

Les enfants et les adultes qui ont été en contact rapproché et répété avec le malade, ont été invités à recevoir un traitement antibiotique préventif ou à ne pas fréquenter l'école. Votre enfant n'est pas concerné par cette mesure .

La fermeture de l'école est une mesure inutile dans ce cas-ci. Elle nous empêcherait de surveiller l'état de santé des enfants et d'agir rapidement si nécessaire. Par ailleurs, le méningocoque est un germe qui ne survit pas à l'extérieur du corps. La désinfection des locaux et les frottis de gorge ne sont donc pas utiles.

Si vous désirez plus d'informations sur la situation, nous vous convions à une réunion d'information qui se tiendra dans nos locaux à (date et heure)

Une permanence téléphonique est à votre disposition aux numéros suivants :

Médecin de l'école :
 Infirmière de l'école :
 Direction de l'école :

Vous trouverez également ci-joint un feuillet d'information générale sur les méningites à méningocoques, diffusé par l'Institut Scientifique de la Santé Publique Louis Pasteur. Nous vous invitons à laisser votre enfant poursuivre la fréquentation de l'école. La surveillance attentive de l'état de santé des enfants y est assurée par l'équipe de médecine scolaire, aidée des enseignants.

Il est important de nous tenir au courant de l'état de santé de votre enfant.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions de croire, Madame, Monsieur, chers parents, à notre meilleure attention.

Le médecin responsable de l'IMS :

Je soussigné déclare avoir pris connaissance du présent avis.

Signature et date

4. Qui doit être mis sous chimioprophylaxie?

■ **La famille proche vivant sous le même toit.** En principe, c'est le médecin hospitalier ou le médecin traitant qui prennent les dispositions les concernant, mais il est utile de vérifier que cela a été fait : ont-ils reçu un comprimé ou une injection (ceftriaxone) lors du passage à l'hôpital? le médecin traitant a-t-il prescrit un traitement? Si oui, lequel? A-t-il été pris? Complètement?

■ **Les frères et sœurs d'un enfant malade.** Ils seront évincés de l'école jusqu'à l'administration complète de la chimioprophylaxie, quel que soit leur âge et l'établissement scolaire qu'ils fréquentent. Il convient de contacter l'IMS concerné pour vérifier que cette chimioprophylaxie a bien été administrée. Par ailleurs, il est évident que les contacts des frères et sœurs ne doivent recevoir aucune chimioprophylaxie, à moins qu'ils n'aient été eux-mêmes en contact direct avec le malade.

■ **Les contacts rapprochés :** toute personne ayant eu des contacts longs, fréquents et rapprochés avec le malade pendant les 10 jours précédents : «kissing partners», camarades de classe proches, camarades de jeux habituels, etc. Il faut aussi penser aux contacts au cours d'activités type 5/8, de groupes de travail, lors de repas pris à proximité directe du malade, de siestes communes, de garderie commune, de transports scolaires communs...

Cette notion de «contacts rapprochés» est évidemment assez floue ; il appartient au médecin responsable de l'interpréter au cas par cas.

■ **Les collectivités à haut risque :** Certaines populations sont considérées d'emblée comme étant à risques majorés :

- écoles maternelles
- enseignement spécial
- internats
- séjours parascolaires

Dans ces cas, l'ensemble de la classe ou de la section – y compris le personnel – doit être mis sous chimioprophylaxie.

■ Enfin, parmi les **individus à haut risque**, il ne faut pas oublier toutes les personnes dont le **système immunitaire** est fragilisé.

■ **Cas particulier :**

A partir d'un second cas apparu endéans un mois, il faut considérer toute la collectivité comme étant à haut risque et la traiter comme telle.

Il est inutile d'attendre la confirmation que le second cas est infecté par la même souche que le premier pour décider de généraliser la chimioprophylaxie.

Toutes ces personnes doivent être mises sous chimioprophylaxie endéans les 24 heures, après avoir été dûment informées des motivations de cette mesure

Cette **information** peut se faire via le modèle de lettre ci-contre qui doit être adapté à chaque situation particulière par le médecin responsable de l'établissement.

Pour les autres personnes, personnel scolaire et élèves, non considérées comme ayant eu des contacts à risques, on doit se limiter à l'information écrite générale et à une prise en considération attentive de leurs questions. Il n'est pas indiqué de mettre sous chimioprophylaxie des personnes ne rentrant pas dans les catégories à risques citées ci-dessus, sous peine de voir rapidement croître la résistance des souches de méningocoques. Il faut donc savoir **résister aux pressions**, souvent irrationnelles, en justifiant clairement (et gentiment !) cette attitude.

Modèle de lettre pour les personnes nécessitant une chimioprophylaxie

AVIS URGENT – À LIRE ATTENTIVEMENT SVP

Madame, Monsieur, chers parents,

Le.....

Un(e) élève de l'école a été hospitalisé le pour une infection grave à méningocoques.

Votre enfant a : Vous avez été :
récemment en contact proche et répété en classe avec ce/ce/te élève.

Vous êtes prié(s) d'entrer immédiatement en contact avec votre médecin traitant et de prendre son conseil afin d'initier la chimioprophylaxie recommandée qui doit débuter dans les 24 h :

Enfants de 1 mois à 12 ans	Adultes et adolescents
Rifampicine (Rifadine, préparation magistrale en gélules ou sirop) 10 mg /kg de poids corporel 2x par jour pendant 2 jours Les gélules, de goût amer, peuvent être données dans une cuillère de confiture ou de chocolat.	Au choix : Rifampicine (Rifadine®) 600 mg 2x par jour pendant 2 jours Ofloxacine (Tarivid®) 400 mg Ciprofloxacine (Ciproxine®) 500 mg 1 seule prise non indiquée chez les enfants avant 15 ans

**Le rifampicine (Rifadine) colore en rouge-orangé les urines, les larmes et altère les lentilles de contact. Cette coloration est sans danger et ne doit pas faire interrompre le traitement*

En cas de refus de ce traitement, la législation prévoit que la personne sera écartée de l'école jusqu'à 10 jours après l'apparition du cas.

Si vous ne pouvez joindre votre médecin traitant, le médecin responsable de l'IMS peut prescrire la chimioprophylaxie. Veuillez nous informer de la solution choisie :

La chimioprophylaxie est prescrite par(Nom du médecin)
La chimioprophylaxie sera prescrite

Le traitement sera prescrit par le médecin responsable de l'IMS. Je rembourserai les frais à l'école.

Si vous désirez plus d'informations sur la situation, nous vous convions à une réunion d'information qui se tiendra dans nos locaux à(date et heure)

Une permanence téléphonique est également à votre disposition aux numéros suivants :

Médecin de l'école :

Infirmière de l'école :

Direction de l'école :

La chimioprophylaxie ne dispense pas d'une surveillance attentive des élèves pendant une dizaine de jours. Vous devez être attentif à l'apparition des symptômes suivants :

Fièvre élevée accompagnée de maux de tête violents, vomissements brutaux, photophobie (on supporte mal la lumière), raideur de nuque, douleur à la mobilisation de la tête et des jambes, abattement, prostration, tachycardie même sans température, éruption de petites taches rouges - violacées (ne disparaissent pas quand on appuie dessus), somnolence, convulsions, comportement anormal.

Si un ou plusieurs de ces symptômes se manifestent, il faut rapidement appeler votre médecin traitant en l'avertissant de ce document, ou se rendre sans délai à l'hôpital. Il est également impératif, pour la santé des autres membres de notre établissement, de nous tenir, sans faute, au courant de l'évolution de la situation

Informations complémentaires :

- Dès le début du traitement prophylactique, les personnes peuvent fréquenter les cours.
- La fermeture de l'école est une mesure inutile dans ce cas-ci. Elle nous empêcherait d'agir rapidement et de surveiller l'état de santé des enfants. Par ailleurs, le méningocoque est un germe qui ne survit pas à l'extérieur du corps. La désinfection des locaux et les frotis de gorge ne sont donc pas utiles non plus.
- Sauf cas exceptionnels (à évaluer avec votre médecin traitant), il n'est ni utile ni nécessaire que l'entourage des personnes qui reçoivent un traitement prophylactique soient traités.

Vous trouverez ci-joint un feuillet d'information générale sur les méningites à méningocoques, diffusé par l'Institut Scientifique de la Santé Publique Louis Pasteur.

Nous vous invitons à laisser votre enfant poursuivre la fréquentation de l'école. La surveillance attentive de l'état de santé des enfants y est assurée par l'équipe de médecine scolaire, aidée des enseignants.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions de croire, Madame, Monsieur, chers parents, à notre meilleure attention.

Le médecin responsable de l'IMS :

Je soussignédéclare avoir pris connaissance du présent avis.

Signature et date

5. Mettre en route la chimioprophylaxie :

■ *Quels médicaments?*

Rifampicine (Rifadine®)

ENFANT	ADULTE
10 mg/kg 2 fois par jour pendant 2 jours (soit 4 prises) 30 min avant le repas, ou 2 heures après	600 mg 2 fois par jour pendant 2 jours (soit 4 prises)
en prescription magistrale : – sirop : rifampicine 2gr agar-agar 5 gr sirop de framboise ad 100 ml 100mgr / 5 ml : suivant poids, 1 à 2x 5 ml 1x le matin, 1x le soir	Rifampicine 300 mg pour 1 capsule Dt 8 capsules 2x le matin, 2x le soir 30 min avant le repas, ou 2 heures après
– gélules à doser selon le poids de l'enfant 1 le matin, 1 le soir, dans une cuillère de confiture	

– Contre-indication : grossesse

– Effets indésirables : coloration rouge des urines : rassurer les parents et leur dire que ce n'est pas une raison pour arrêter le traitement.

Ciprofloxacin (Ciproxine®)

ENFANT	A PARTIR DE 15 ANS
Non encore disponible en conditionnement pédiatrique	1 comprimé à 500 mg en prise unique

Ofloxacin (Tarivid®)

ENFANT	A PARTIR DE 15 ANS
Non encore disponible en conditionnement pédiatrique	1 comprimé à 400 mg en prise unique

■ *Contre-indication grossesse*

Spiramycine (Rovamycine®)

ENFANT	ADULTE
50 mg/kg - 2x par jour pendant 5 jours	1g - 2x par jour pendant 5 jours

■ *Comment procéder?*

- Dès que le nombre approximatif d'enfants concernés est établi, prévenir immédiatement le(s) pharmacien(s) proche(s) en vue d'un approvisionnement adéquat.
- **Faut-il fournir les prescriptions aux parents ou administrer la chimioprophylaxie aux enfants ?**
Il n'y a pas de règle en la matière, le plus important étant la rapidité d'action et l'assurance que chaque enfant concerné soit bien protégé. Chaque fois que c'est possible, il faut s'organiser avec les médecins traitants. Cependant, en cas d'infection à méningocoques, la législation autorise la prescription de la chimioprophylaxie par le médecin responsable de l'IMS. Cette dernière ne devrait être organisée d'initiative par l'école qu'en cas d'accord préalable des parents (à faire signer p. ex en début d'année).
- Une fois la chimioprophylaxie entamée, il n'y a aucune raison d'empêcher les enfants de continuer à fréquenter l'école. Leur surveillance y est d'ailleurs plus facilement assurée par l'équipe IMS. En outre, **les mesures de fermeture d'école et de désinfection sont inutiles et superflues.** Ces mesures excessives engendrent la panique et risquent de soustraire à la surveillance du médecin responsable de l'IMS des enfants en période d'incubation.
- Si la chimioprophylaxie a été administrée par le médecin traitant, l'enfant doit présenter un certificat l'attestant, ou une attestation de délivrance par le pharmacien. En cas de refus de la chimioprophylaxie, l'enfant doit être évincé du milieu scolaire pour une durée minimum de 10 jours.
- Au-delà de 10 jours, il devient théoriquement superflu d'initier une chimioprophylaxie, mais le médecin reste juge de cette opportunité.
- Il convient de rester attentif à l'état de santé de toute la collectivité pendant le mois qui suit, y compris chez les personnes ayant reçu la chimioprophylaxie, et de s'enquérir des raisons de toute absence.

*Modèle de lettre pour les personnes ayant reçu une chimioprophylaxie par l'IMS
(cas où une autorisation préalable a été signée)*

AVIS URGENT – À LIRE ATTENTIVEMENT SVP

Le

Madame, Monsieur, chers parents,

Un(e) élève de l'école est actuellement hospitalisé(e) pour une infection grave à méningocoques depuis le.....

Votre enfant fait partie du groupe d'élèves qui ont dû recevoir rapidement un traitement antibiotique préventif (chimioprophylaxie), en raison des contacts proches et répétés ces derniers jours avec le malade.

Conformément à l'autorisation écrite, que vous nous avez transmise antérieurement (signalée en début d'année scolaire) votre enfant a reçu ce jour àH

La chimioprophylaxie ne dispense pas d'une surveillance attentive des élèves pendant une dizaine de jours. Vous devez être attentif à l'apparition des symptômes suivants :

Fièvre élevée accompagnée de maux de tête violents, vomissements brutaux, photophobie (on supporte mal la lumière), raideur de nuque, douleur à la mobilisation de la tête et des jambes, abattement, prostration, tachycardie même sans température, éruption de petites taches rouges - violacées (ne disparaissant pas quand on appuie dessus), somnolence, convulsions, comportement anormal.

Si un ou plusieurs de ces symptômes se manifestent, il faut rapidement appeler votre médecin traitant en l'avertissant de ce document, ou se rendre sans délai à l'hôpital. Il est également impératif, pour la santé des autres membres de notre établissement, de nous tenir, sans faute, au courant de l'évolution de la situation

Si vous désirez plus d'informations sur la situation, nous vous convions à une réunion d'information qui se tiendra dans nos locaux à (date et heure)

Une permanence téléphonique est également à votre disposition aux numéros suivants :

Médecin de l'école :

Infirmière de l'école :

Direction de l'école :

Informations complémentaires :

- La fermeture de l'école est une mesure inutile dans ce cas-ci. Elle nous empêcherait de surveiller l'état de santé des enfants et d'agir rapidement si nécessaire. Par ailleurs, le méningocoque est un germe qui ne survit pas à l'extérieur du corps. La désinfection des locaux et les frotis de gorge ne sont donc pas utiles.
- Sauf cas exceptionnels (à évaluer avec votre médecin traitant), il n'est ni utile ni nécessaire que l'entourage des personnes qui reçoivent un traitement prophylactique soient traités.

Vous trouverez ci-joint un feuillet d'information générale sur les méningites à méningocoques, diffusé par l'Institut Scientifique de la Santé Publique Louis Pasteur.

Nous vous invitons à laisser votre enfant poursuivre la fréquentation de l'école. La surveillance attentive de l'état de santé des enfants y est assurée par l'équipe de médecine scolaire, aidée des enseignants. Il est important de nous tenir au courant de l'état de santé de votre enfant.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions de croire, Madame, Monsieur, chers parents, à notre meilleure attention.

Le médecin responsable de l'IMS :

Je soussigné déclare avoir pris connaissance du présent avis.

Signature et date

6. Et la vaccination?

La vaccination **n'est jamais une mesure immédiate**. En aucun cas elle ne remplace la chimioprophylaxie. Elle n'intervient éventuellement qu'une fois que la souche a été identifiée, et en fonction de cette identification. Dans le cas où la vaccination collective est décidée, elle concerne les mêmes groupes-cibles que la chimioprophylaxie. Elle nécessite l'accord préalable du médecin fonctionnaire de l'IMS.

7. Quelques conseils pratiques d'organisation

Dans la panique, il est souvent difficile de réfléchir et d'agir de manière rationnelle. Il est donc souhaitable que chaque établissement scolaire **réfléchisse au préalable**, en concertation avec l'équipe de médecine scolaire dont elle dépend, à un **plan d'urgence interne** :

- **Il est impératif de pouvoir organiser sans délai la circulation de l'information.**
L'Inspecteur d'Hygiène doit pouvoir **entrer en contact à tout moment** (WE et congés compris) avec l'IMS concerné, lequel devra lui fournir l'aide logistique nécessaire et les numéros d'urgence (GSM, privé, ...) des autres intervenants (médecin responsable de l'IMS, directeur d'école).
- Chaque établissement scolaire doit disposer de **listes d'élèves tenues à jour**, ainsi que d'une **liste des présences** chaque jour, de manière à pouvoir identifier les **élèves absents** sans en oublier aucun.
- Chaque IMS/PMS doit centraliser les listes d'élèves de tous les établissements dont ils ont la responsabilité, de manière à pouvoir intervenir même en l'absence du personnel scolaire (périodes de congés).
- Pour chaque élève, il est précieux de disposer de **l'adresse exacte** des parents ou du responsable, leur(s) numéro(s) de téléphone/GSM éventuel(s), et de tenir cette liste à jour. Il est indispensable de la vérifier au moins une fois par an.
- A l'occasion des inscriptions, il peut être judicieux de faire signer par les personnes responsables de l'enfant une autorisation pour le médecin responsable de l'IMS de prescrire et d'administrer la chimioprophylaxie et la vaccination éventuelle en cas d'infection à méningocoques.
- **Toujours insister auprès des parents sur l'obligation de déclarer toute maladie contagieuse, même si l'enfant n'est pas en âge d'obligation scolaire.**

Exemple de fiche de notification aux autorités sanitaires

Année scolaire: _____

NOTIFICATION

NOM, PRÉNOM : _____ F / M

Date de naissance : _____

DATE : _____

HEURE : _____

ECOLE : _____

CLASSE : _____

AUTEUR DU SIGNALEMENT : _____

ADRESSE DE L'ÉLÈVE (indiquez code postal et localité) : _____

Élève vit chez	<input type="checkbox"/> Parents	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Autre personne à prévenir (préciser le Nom)
N° Tél.				
N° Tél. au travail				

FRATRIE ET COHABITANTS SOUS LE MEME TOIT

Nom et Prénom	Date de naissance ou âge	Ecoles ou milieu d'accueil	Traitement préventif	
			Oui	Non

MÉDECIN TRAITANT (Nom, adresse et n° de tél.) : _____

LIEU D'HOSPITALISATION Date et heure

Médecin hospitalier : _____

Symptômes :

Tableau clinique : Méningite bactérienne Méningite virale Autre
 Septicémie Purpura fulminans

Diagnostic : suspect non encore établi établi sur bases cliniques
 confirmé par examen sérologique (type.....) confirmé par examen microbiologique

Types d'activités de groupe de la semaine précédente (groupe 5/8, garderie, cantine scolaire, transports scolaires, loisirs, autres): _____

Milieux d'accueils proches : _____

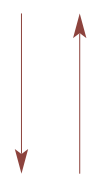
Mesures prophylactiques à compléter par l'Inspection d'Hygiène oui non



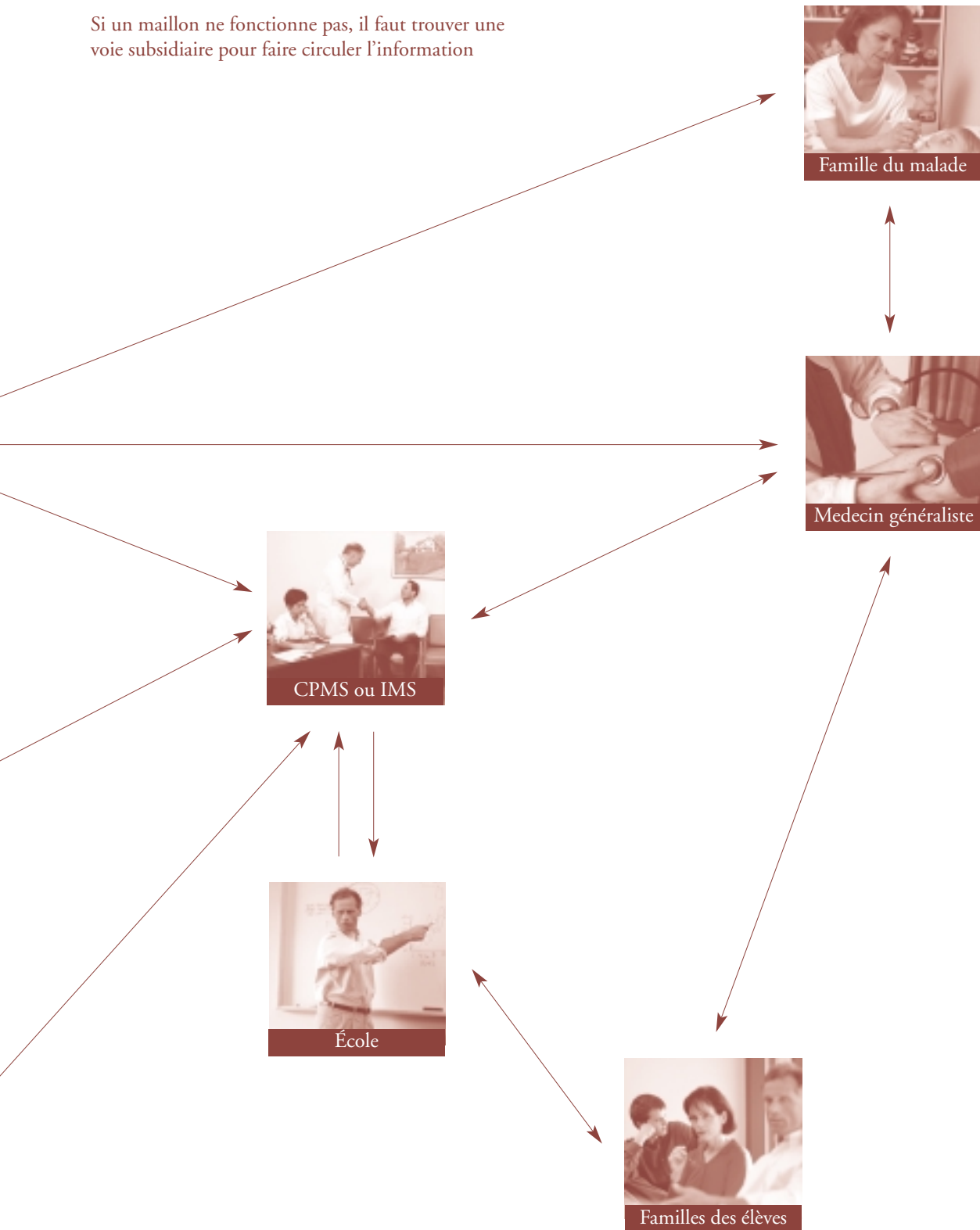
INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES EN MILIEU SCOLAIRE

Qui doit faire quoi ?

- 1. *Organigramme*
- 2. *Coordonnées des Inspecteurs d'Hygiène*
- 3. *Coordonnées des médecins fonctionnaires*



Si un maillon ne fonctionne pas, il faut trouver une voie subsidiaire pour faire circuler l'information



2. Coordonnées des Inspecteurs d'Hygiène et des médecins - fonctionnaires

■ Bruxelles :

Dr Véronique GILBERT
Service de la Santé
Commission Communautaire Commune
Av Louise 183
1050 BRUXELLES
Tél : 02/502.60.01 - Fax : 02/502.59.05
GSM : 0478/77.77.08
e-mail : hygcccggc@ccc.irisnet.be

■ Liège et Namur :

Services opérationnels de la Communauté française
Dr Y.PIRENNE
Rue d'Ougrée 65/001
4031 LIEGE- ANGLEUR
Tél : 04/364.14.00 - Fax : 04/364.13.00
GSM : 0486/09.04.21
e-mail : yvo.pirenne@cfwb.be

■ le Hainaut, le Brabant wallon et le Luxembourg :

Services opérationnels de la Communauté française
Dr A. MOREAU
Place du Parc 27
7000 MONS
Tél : 065/32.83.60 - Fax : 065/32.83.75
GSM : 0486/09.04.20

3. Coordonnées des médecins fonctionnaires de la Communauté française

■ pour les établissements subventionnés : à la Direction des Services opérationnels de la Communauté française

Bd Léopold II, 44
1080 BRUXELLES

Dr LORENZO: (Luxembourg - Namur -
Centres libres de Liège)
Tél : 0496/55.31.98

Dr THOMAS: (Bruxelles - Brabant Wallon -
Centres communaux de Liège)
Tél : 0475/27.72.09

■ pour les établissements de la Communauté française : à la Direction générale de l'enseignement obligatoire

Dr PH DEMOULIN
Bd Pacheco 19 Bte 0
Quartier Arcades
1010 BRUXELLES
Tél : 02/210.58.28
Fax : 02/210.55.54

Seminaire organisé en collaboration avec la commission d'avis des médecins P.M.S. sur la meningococcemie en milieu scolaire

- 09h00 à 09h15 Inscription.

- 09h15 à 09h20 Accueil – Pierre NOPPE, Président de la Commission d'avis des médecins P.M.S. et J. LEROY, Directeur général de l'Enseignement obligatoire.

- 09h20 à 09h35 Contexte législatif du dépistage en milieu scolaire - Les différents intervenants à Bruxelles et dans le reste de la Communauté française – Dr. Ph. DEMOULIN, Directeur-médical, Service IMS.

- 09h35 à 09h45 Données épidémiologiques de la Communauté française de 1997 à 2000. Dr. F. LEQUARRE- Direction générale de la Santé.

- 09h45 à 10h00 Les aspects épidémiologiques - Dr F. CARION, Institut de Santé publique Louis Pasteur.

- 10h00 à 10h20 Aspects microbiologiques - Prof. DEMOL-ULG.

- 10h20 à 10h40 Pause café.

- 10h40 à 11h00 Les aspects cliniques et chimioprophylactiques des méningococcemies en milieu scolaire. Prof. J. LEVY – ULB.

- 11h00 à 11h15 Perspectives en matière de vaccination- Dr. B. SWENNEN – Provac.

- 11 h15 à 11h30 Gestion pratique de quelques cas – expérience vécue sur le terrain – Dr. MEERSEMAN - Ville de Bruxelles.

- 11h30 à 11h50 Présentation des conclusions d'une formation réalisée le 06 mai par l'Association professionnelle des médecins scolaires – Dr. LEVIE, Présidente de l'Association.

- 11h50 à 12h15 Panique, rumeur ... gestion d'une situation de crise ... - Olivier SERNICLAES - Comd. Centre de Psychologie de Crise –Service médical de l'armée

- 12h15 à 12h30 Questions réponses.

Dépliant d'information sur la méningite


Information sur la Méningite
 Institut Scientifique de la Santé Publique
 (I.S.P.)
 Section d'Épidémiologie
 en collaboration avec
 la Communauté française de Belgique
 Direction Générale de la Santé
 et
 le Laboratoire de Référence
 I.S.P. - Section de bactériologie

Sommaire

1. Pourquoi une information sur la méningite?
2. Qui est-ce qu'une méningite?
3. Comment une méningite se manifeste-t-elle?
4. Que faire en cas de suspicion de méningite?
5. Comment une méningite bactérienne se transmet-elle?
6. Où rencontre-t-on des méningites à méningocoques en Belgique?
7. Qui peut attraper une méningite bactérienne?
8. Quand peut-on attraper une méningite à méningocoques?
9. Quel est le traitement d'une méningite bactérienne?
10. Y a-t-il un vaccin contre la méningite bactérienne?
11. Qui doit-il y avoir en cas de méningite bactérienne dans une famille ou une communauté?
12. Quelques conseils pratiques.

1. Pourquoi une information sur la méningite?
 Tout le monde peut à tout moment et partout attraper une méningite. Connaître les symptômes de la méningite peut être important pour sauver une vie.
 L'objectif de cette plaquette est de diffuser une information concernant la méningite, et en particulier la méningite à méningocoques dont la fréquence a tendance à augmenter ces derniers mois.
 L.I.S.P. (Service d'Épidémiologie) centralise la surveillance des maladies infectieuses par un réseau de laboratoires régionaux, dont les infections responsables des méningites; le laboratoire de référence des méningocoques (I.S.P. - Service de Bactériologie) apporte un précieux complément d'informations à cette surveillance.
 Le nombre de cas de méningites confirmés par ce laboratoire de référence a tendance à augmenter depuis 1995 (en 1993 : 144 cas, en 1994 : 133 cas, en 1995 : 198 cas, en 1996 : 210 cas, en 1997 : 245 cas, en 1998 : 229 cas, en 1999 : 297 cas et en 2000 : 207 cas; cf figure 3).

2. Qu'est-ce qu'une méningite?
 Une méningite est une inflammation des méninges, elle peut être causée par plusieurs types de bactéries ou de virus.
 À la méningite bactérienne est rare mais elle peut être très grave et nécessite une antibiothérapie d'urgence; il y a 3 germes qui peuvent provoquer une méningite : les méningocoques, les pneumocoques (qui sont surtout responsables des pneumonies) et les *H. influenzae* (type b) (Hib). Ces germes peuvent aussi provoquer une septicémie, c.à.d. une infection du sang; cette forme est généralement plus grave que la méningite.
 À la méningite virale est plus fréquente, moins grave et ne se traite pas par antibiothérapie.
 Les symptômes sont similaires, seule une analyse peut déterminer le type de méningite.

3. Comment une méningite se manifeste-t-elle?
 Pour les enfants, les jeunes et les adultes, plusieurs symptômes peuvent être présents séparément ou simultanément : maux de tête, fièvre, vomissements, douleur de la nuque, douleurs articulaires, envie de frotter la lumière (photophobie), éruption cutanée (apparition de taches rouges), confusion ou somnolence, voire coma.
 Pour les bébés, ces symptômes sont moins marqués : on retiendra l'accès brutal de fièvre accompagnée parfois de convulsions, de vomissements et d'éruption cutanée (apparition de taches rouges). Il faut également être attentif aux modifications du comportement : refus de nourrir, irritabilité, gémissements, apathie et somnolence, difficulté à se réveiller.
 La méningite peut progresser en 1 ou 2 jours, parfois en quelques heures; le patient devient très malade.

4. Que faire en cas de suspicion de méningite?
 Appeler le médecin traitant et s'il n'est pas disponible, aller à l'hôpital le plus proche.

5. Comment une méningite bactérienne se transmet-elle?
 Les bactéries peuvent causer une méningite soit, très communes et vivent naturellement dans le fond de la gorge ou dans le nez. Elles se propagent de personne à personne, suite à un contact étroit, direct et prolongé,

par les sécrétions de la gorge (en toussant, en éternuant, en s'éternuant) émis par les sécrétions du nez (en se mouchant). La méningite ne se transmet donc pas par la piscine. Après contamination, il peut y avoir entre 2 et 10 jours avant que les symptômes apparaissent.
 Les personnes de tout âge peuvent être porteurs de germes pendant des semaines, des mois sans être malades. Entre pour ce rôle l'organisme à acquiescence immunitaire naturelle. Ce n'est qu'à de rares occasions (état de fatigue, de faiblesse, par ex. comme qui traîne) que les bactéries prennent le dessus sur les défenses du corps et causent une méningite. La propagation de la méningite est surtout observée dans les communautés fermées (ex. : familles, crèches, écoles, internats, quartiers à forte densité de population).

6. Où rencontre-t-on des méningites à méningocoques en Belgique?
 En 2000, le laboratoire de référence des méningocoques a diagnostiqué des cas de méningite dans presque tous les arrondissements du pays. Toutefois, il est à noter que 62% des cas ont été observés en Flandre, contre 25% en Wallonie et 13% à Bruxelles (figure 1).



7. Qui peut attraper une méningite bactérienne?
 Il est possible d'attraper une méningite ou une septicémie à tout âge.

Fig. 1 : Répartition par arrondissement des cas de méningites à méningocoques (2000)
 Source: Laboratoire de référence des méningocoques (I.S.P.)

Chez les enfants de moins de 4 ans, on observe surtout la méningite à *H. influenzae* (type b).

La méningite à méningocoques est la cause la plus fréquente de méningite et de septicémie à tout âge : la majorité des infections est observée chez les très jeunes enfants mais depuis quelques années, on a également observé plusieurs cas chez des jeunes de 15 à 19 ans et chez des adultes (figure 2).

Les jeunes enfants mais surtout les personnes âgées peuvent aussi présenter la méningite à pneumocoques.

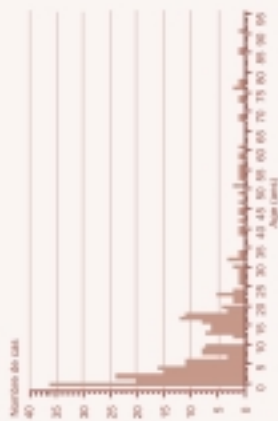


Fig. 2 - Épidémiologie des méningites à méningocoques par âge (2005). Source : Laboratoire de référence des méningocoques (I.S.P.).

8. **Quand peut-on attraper une méningite à méningocoques?**

On peut attraper une méningite à méningocoques à tout moment de l'année (figure 3).

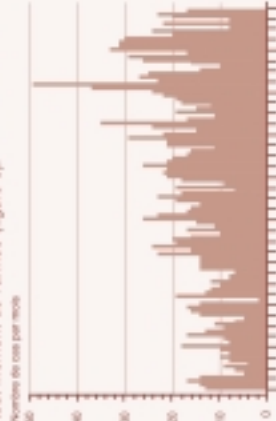


Fig. 3 - Épidémiologie des méningites à méningocoques par mois (1992-2002). Source : Laboratoire de référence des méningocoques (I.S.P.).

9. **Quel est le traitement d'une méningite bactérienne?**

Les antibiotiques sont utilisés pour traiter la méningite bactérienne; le traitement administré dépend du germe en cause.

10. **Y a-t-il un vaccin contre la méningite bactérienne?**

Il n'y a pas encore de vaccin qui protège contre toutes les formes de méningite bactérienne.

À l'existence depuis peu un vaccin contre la méningite à *H. influenzae* (type b). Ce vaccin fait à présent partie du programme de vaccination de tous les bébés : il peut être administré en même temps que ceux contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la polio.

À l'existence de vaccins qui protègent contre la méningite à méningocoques la plus fréquente en Belgique, à savoir la méningite du groupe sérologique B (en 1986, 91%; en 2000, 64%). Par contre, il existe un vaccin trivalent contre les groupes A, C, Y, W135 mais qui n'est efficace qu'à partir de l'âge de 2 ans; ce vaccin est recommandé avant un voyage dans un pays tropical. Depuis janvier 2001, un vaccin conjugué contre les infections à méningocoques du groupe C (33% des cas en 2000), capable de protéger les jeunes enfants, est commercialisé.

À Le vaccin qui protège contre la méningite à pneumocoques est recommandé pour toute personne de plus de 65 ans ou affaiblie par une affection sous-jacente; ce vaccin est interdit aux enfants de moins de 2 ans.

11. **Que faire s'il y a un cas de méningite bactérienne dans une famille ou une communauté?**

Lors d'une méningite à méningocoques et parfois lors d'une méningite à *H. influenzae*, on conseille une antibiothérapie aux membres directs de la famille et à toute personne qui est en contact étroit avec la personne malade; cette antibiothérapie réduit mais ne peut supprimer le risque d'attraper la maladie. Il y a lieu de rester vigilant durant 1 mois.

Les contacts tant en milieu d'accueil qu'en milieu scolaire ou de travail présentent un risque moindre qu'en milieu familial mais des mesures spécifiques (antibiothérapie de prévention) sont prévues tant par l'ON. E. que par la Médicine Sociale et par la Médecine du Travail en vue de protéger les différents types de collectivité.

12. **Quelques conseils pratiques :**

- À En cas de forte fièvre et/ou d'éruption cutanée (taches rouges), prendre contact avec votre médecin ou aller à l'hôpital.
- À Prendre les antibiotiques en respectant la posologie et la durée de traitement, conseillées par le médecin.
- À Vacciner les jeunes enfants contre la méningite à *H. influenzae* (type b) et les personnes âgées contre celle à pneumocoques.
- À Signaler le cas au directeur de l'école ou de la crèche.
- À Éviter de boire dans le verre et de manger avec les couverts de la personne malade.
- À Se laver les mains le plus souvent possible, après s'être mouché ou avoir éternué.

Pour plus d'informations :

Dr F. VAN LOOCK
I.S.P. - Section d'Épidémiologie
Tél. : 02642.50.26

Madame F. CARON
Laboratoire de référence des méningocoques :
I.S.P. - Section de Bactériologie
Tél. : 02642.50.89

Cette plaquette est disponible
aux adresses suivantes :

<http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/indexe.htm>
(plaquettes informatives)

ou
Madame G. DUOFFRE
I.S.P. - Section d'Épidémiologie
Rue J. Wytsman, 14
1050 - Bruxelles

Février 2001



*Ministère
de la Communauté
française*

*Direction générale de l'enseignement obligatoire
Cellule médicale
Boulevard Pachéco, 19 bt 0 - 1010 Bruxelles*