

# **DU d'Hygiène Hospitalière et de Prévention de la Contagion**

Lundi 11 Mars 2024

**Contact avec un patient atteint de méningite:  
qui risque quoi?**

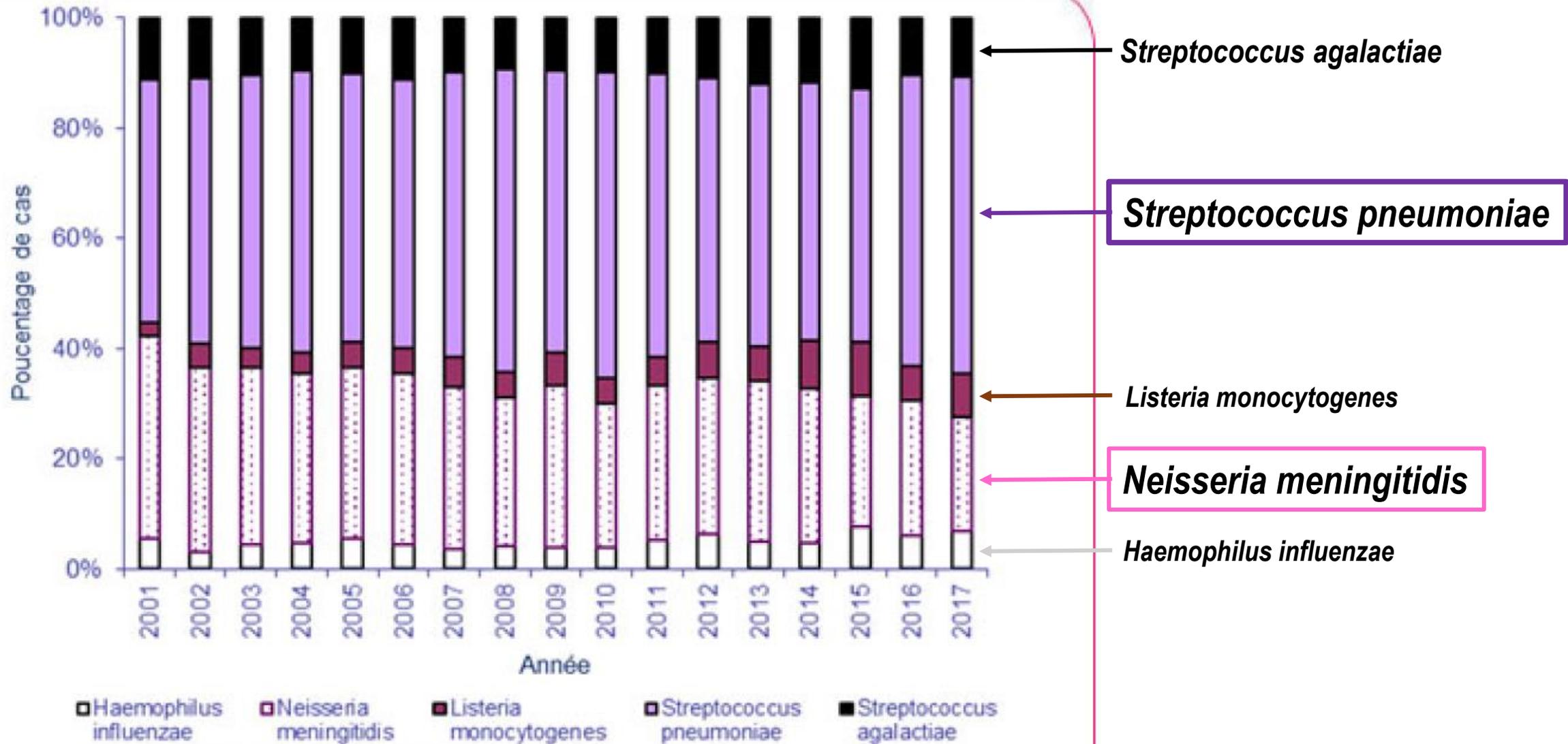
**Pr F. Fenollar**

**Pôle de Maladies Infectieuses, AP-HM  
IHU Méditerranée Infection  
VITROME**

**[florence.fenollar@univ-amu.fr](mailto:florence.fenollar@univ-amu.fr)**

**Quels sont les microorganismes  
impliqués dans les méningites en France?**

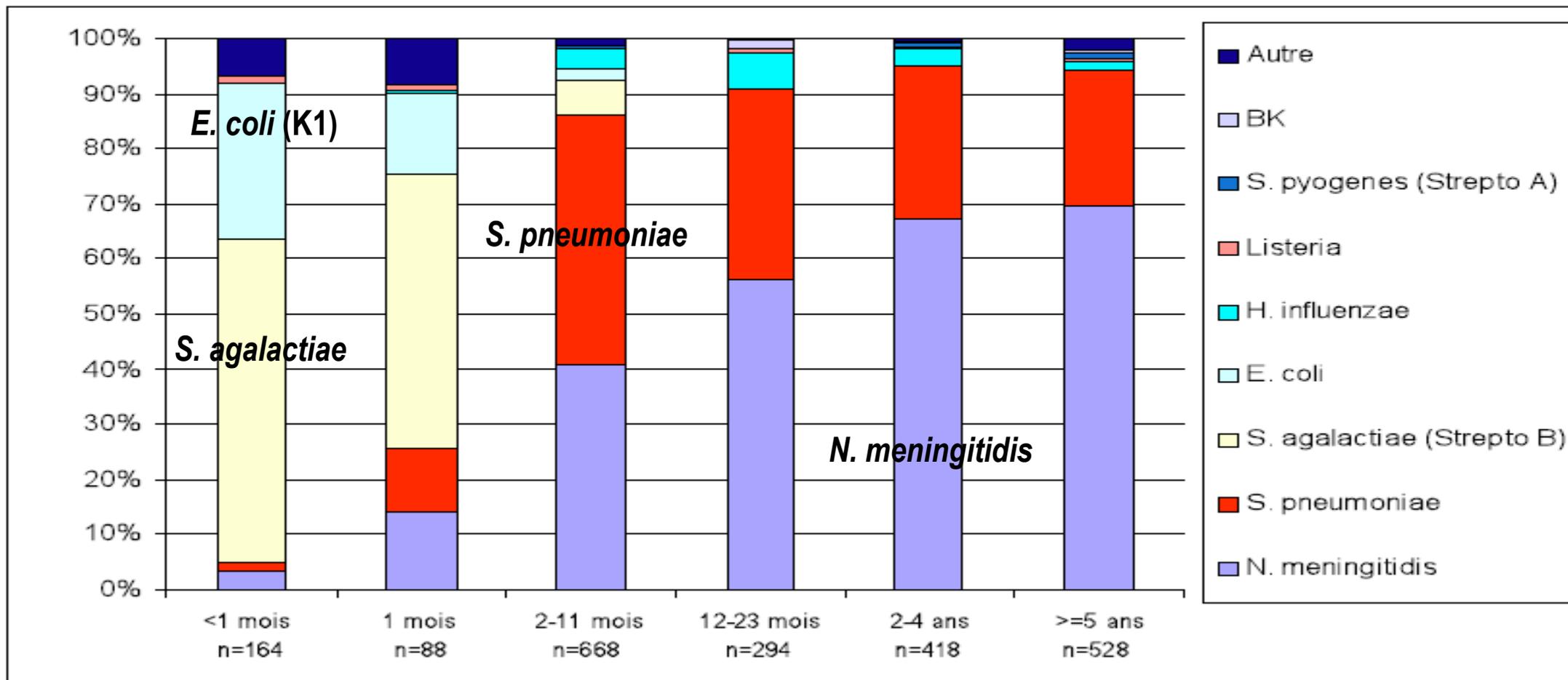
# Proportion relative des bactéries responsables des méningites, Epibac, France métropolitaine 2001-2017



Source : Epibac, Santé publique France

# Méningites bactériennes **Enfants**

Données GPIP/ACTIV 2001 à 2007\*

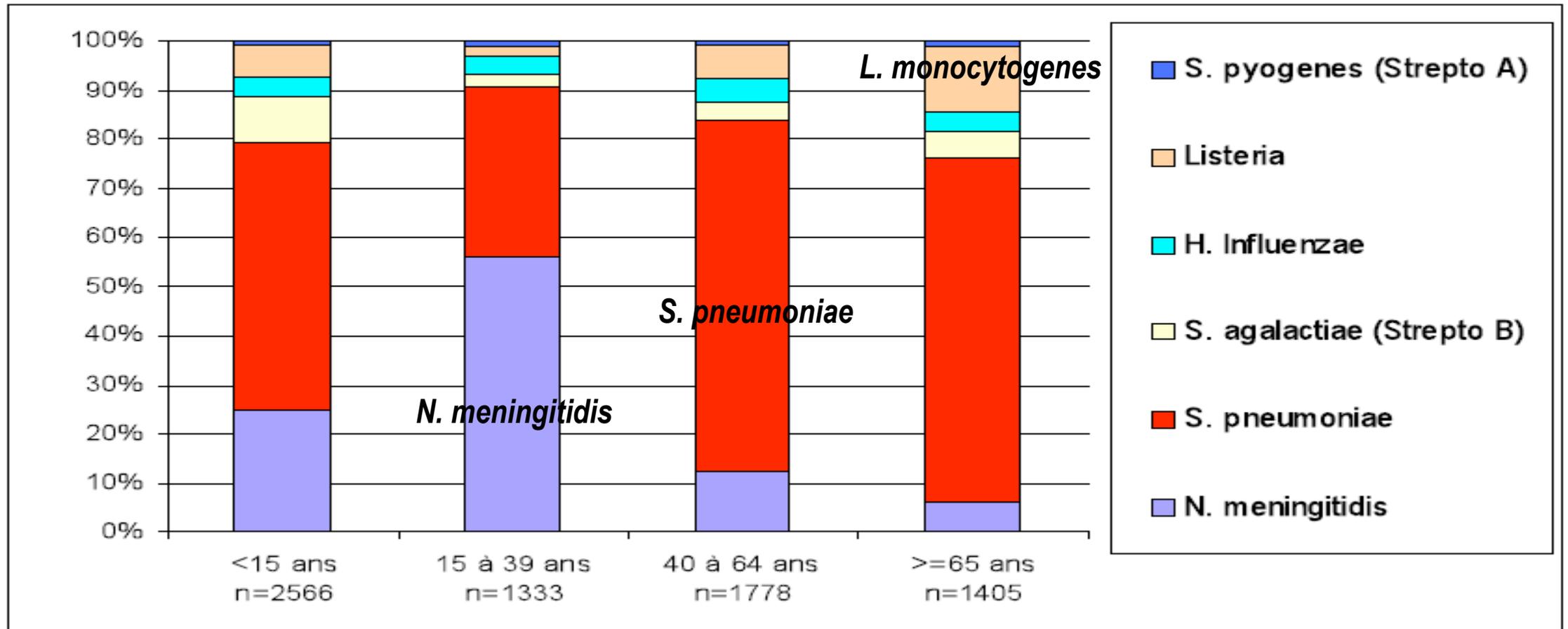


GPIP: Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique

ACTIV: Association Clinique et Thérapeutique du Val de Marne

# Méningites bactériennes **enfants et adultes**

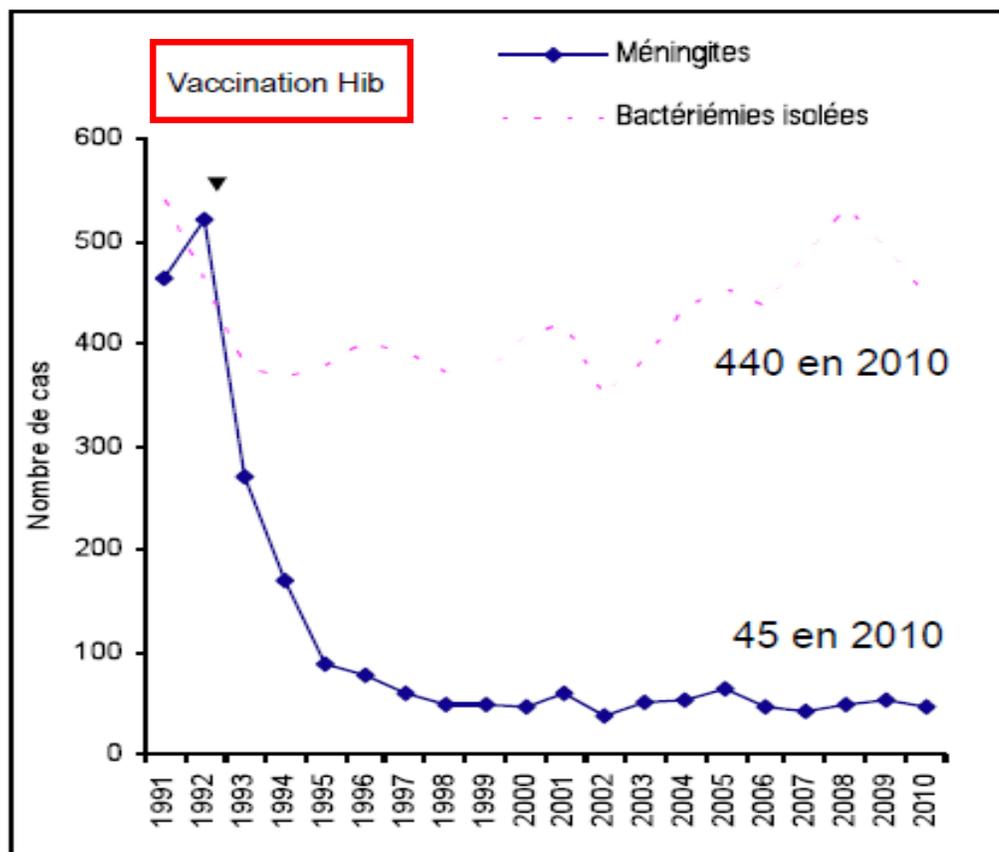
Epibac 2005-2010 – (Effectifs redressés pour la couverture)



# Méningites à *Haemophilus influenzae*

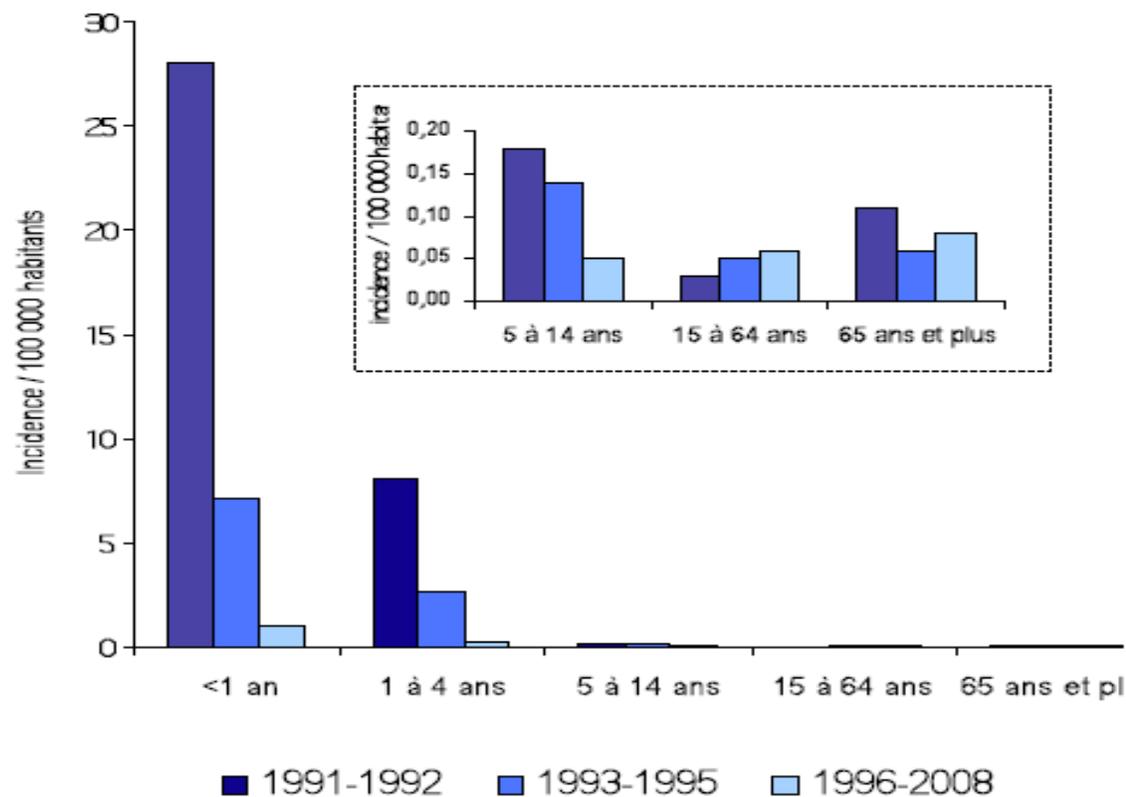
## Données EPIBAC

Evolution de l'incidence des infections invasives



Effectifs redressés pour la couverture du réseau

Evolution des taux d'incidence des méningites selon l'âge



Létalité (GPIP-Activ) <18 ans : 4 %



# Méningites à entérovirus en France

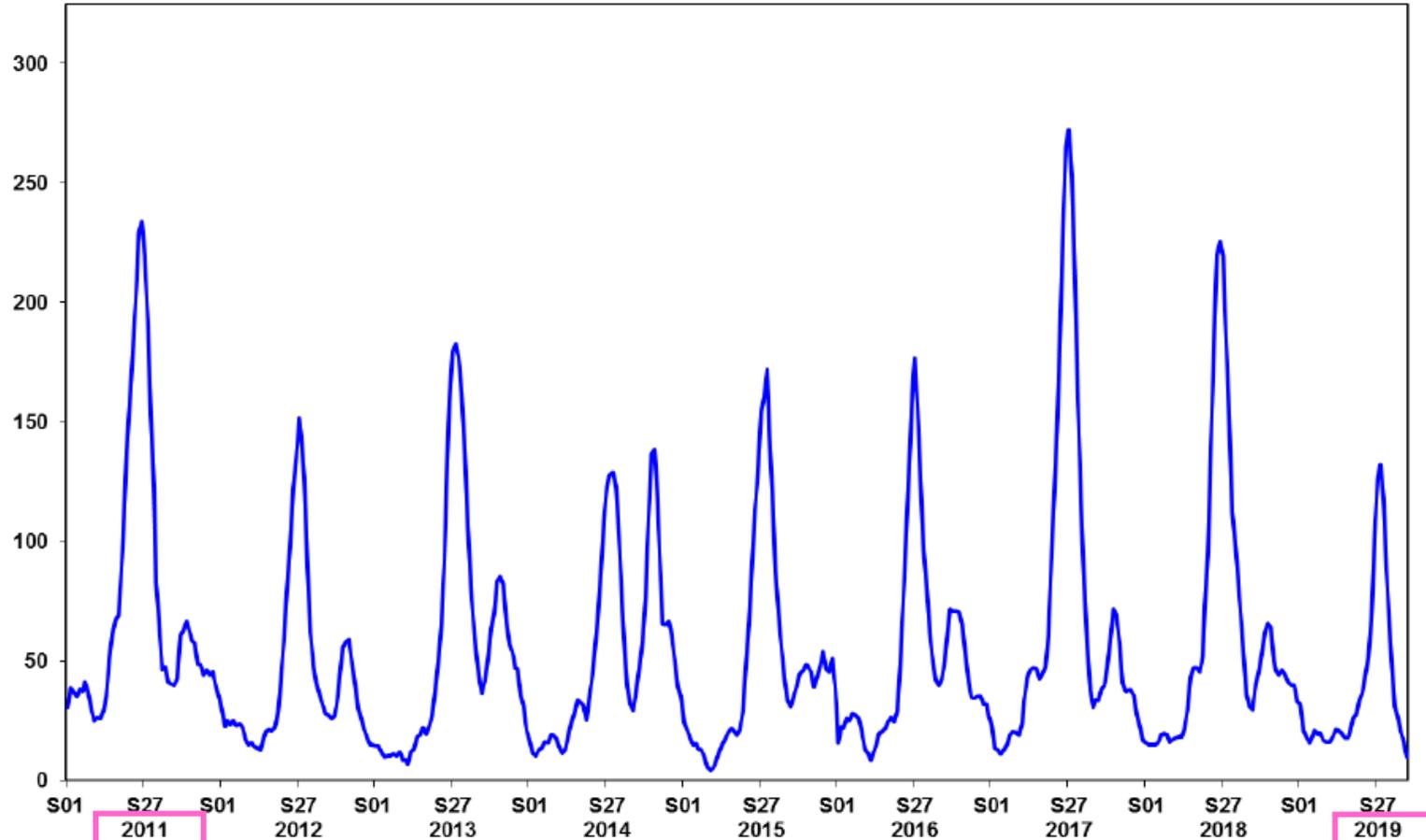
Centre National de Référence des Entérovirus et Parechovirus

CHU de Lyon  
Laboratoire de Virologie

CHU de Clermont-Ferrand  
Laboratoire de Virologie

Figure 1 – Infections à entérovirus : distribution des cas positifs par semaine, réseau de surveillance des entérovirus RSE\*, France, 1<sup>er</sup> janvier 2011 – 19 Septembre 2019 (données provisoires 2019, n = 1429 cas)

Nombre de cas\*\*



\* RSE: réseau de surveillance des Enterovirus, liste des participants en fin de document

\*\* Moyennes mobiles

En France (zone tempérée):  
Pics en été et automne

> 85% des méningites  
virales

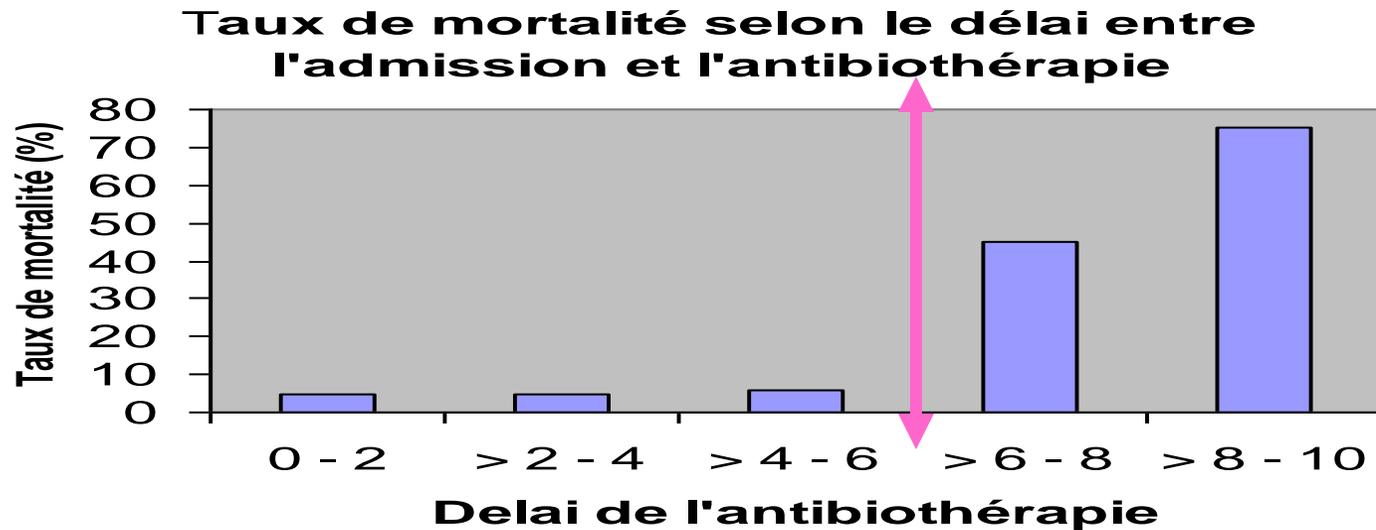
# Quels incidence et pronostic des méningites bactériennes?

- Dans le monde
  - $\approx$  1,2 millions de cas par an
  - $\approx$  135,000 décès par an
  
- En France
  - $\approx$  1 500 cas /an (2,23/100 000)
  - $\approx$  Mortalité: 20%
  - $\approx$  Séquelles: 30%

# Comment améliorer le pronostic?

## MISE EN ROUTE RAPIDE DE L'ANTIBIOTHERAPIE

**Délai de l'antibiothérapie > 6 heures = associé à la mortalité**  
[adjusted OR = 8,4 (1,7 – 40,9) p < 0, 01]



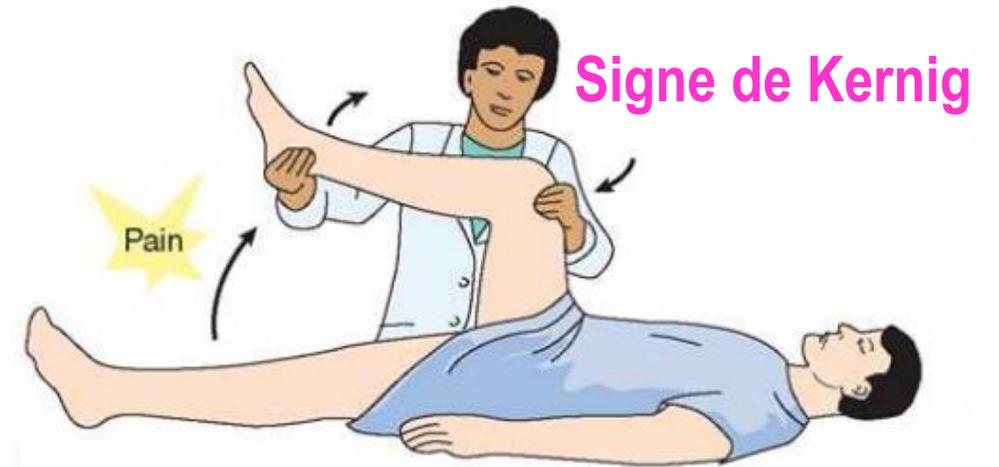
Facteurs associées au retard de traitement :

Transfert hospitalier sans ATB; TDM-PL- puis ATB; clinique atypique

# Comment reconnaître une méningite?

Souvent facile si

- **Fièvre** associée à un **syndrome méningé**
  - céphalées, nausées, vomissements, photophobies
  - **raideur méningée**: raideur de nuque et/ou Kernig et/ou Brudzinski



## Parfois difficile si

- Apparition récente de manifestations neuro-psychiques
  - syndrome confusionnel, troubles du comportement, trouble de la conscience, convulsions
  - dans un contexte fébrile
  - même en l'absence de signes cliniques positifs du syndrome méningé

## Parfois très difficile si

- Alcooliques chroniques, sujets âgés, immunodéprimés
  - la fièvre peut manquer
  - l'altération récente de la conscience fait suspecter le diagnostic

# Présence de purpura = urgence absolue

- Microorganismes en cause : **méningocoque** ou pneumocoque
- Risque de **purpura fulminans** évoluant vers le choc avec défaillance multiviscérale et CIVD



Antibiothérapie en **extrême urgence**

Par céphalosporine de 3<sup>ème</sup> généra<sup>o</sup> en IV ou IM

**Ceftriaxone 2 g**

(Avant tout examen complémentaire)



# Comment établir le diagnostic microbiologique?

- Ponction lombaire? Attention au délai!
- Cytologie, examen direct, glycorachie, culture
- Place de la PCR+++
  - Rôle laboratoire Point-Of-Care (POC AP-HM)
  - Résultats en 3 heures maximum
  - Bactéries: Méningocoque, Pneumocoque, *E. coli* (nouveau-nés)
  - Virus: Entérovirus, Herpès virus

**URGENCE!**



# CAT devant une méningite à entérovirus?

- Entérovirus
  - Nombreuses espèces: Coxsackievirus, Poliovirus, Echovirus...
- Réservoir: Homme
- Transmission interhumaine **manuportée**
- **Pas d'hospitalisation** car
  - pas de mortalité
  - pas de morbidité, ni séquelles
  - pas de traitement spécifique
- Mais maladie **contagieuse**
- Traitement symptomatique à domicile (paracétamol)
  - Si hospitalisation:
- Précautions standard + Contact
- Levée des précautions complémentaires: Quand guérison clinique

# CAT devant une méningite à *Neisseria meningitidis*?

- Hospitalisation
- Chercher des signes de gravité
- Support de réanimation
- Poursuivre le traitement par ceftriaxone pendant 1 semaine
- **Déclaration obligatoire** auprès du médecin de l'ARS

# Comment déclarer au médecin de l'ARS?

- Appel du médecin de garde par téléphone
  - Envoyer par courriel ou faxer la fiche de déclaration dès confirmation du diagnostic bactériologique et des données de typage de la souche du méningocoque
- Enquête pour **dépister** tous les **sujets contacts** en collaboration avec le médecin de l'ARS

# Formulaire de DO d'Infection invasive à méningocoque

**République française**

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b> Nom : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ Signature : _____	<b>Si notification par un biologiste</b> Nom du clinicien : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____	Maladie à déclaration obligatoire <b>Infection invasive à méningocoque</b> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de l'ARS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.</b></p> </div>
---	--	---

Initiale du nom : [ ] Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Code d'anonymat : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] (A établir par l'ARS) Date de la notification : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

---

Code d'anonymat : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] (A établir par l'ARS) Date de la notification : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Sexe :  M  F Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] ou âge : [ ][ ][ ] Code postal du domicile du patient : [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

**Confirmation du diagnostic :**

- Culture positive dans :
  - sang  LCS  lésion cutanée purpurique
  - Liquide :  articulaire  pleural  péricardique
  - péritonéal  chambre antérieure de l'œil
- PCR positive dans :
  - sang  LCS  lésion cutanée purpurique
  - Liquide :  articulaire  pleural  péricardique
  - péritonéal  chambre antérieure de l'œil
- Présence de diplocoques Gram – au direct :
  - oui  non  non recherché
- LCS évocateur de méningite bactérienne purulente :
  - oui  non  non recherché
- *Purpura fulminans* :  oui  non Signes de choc :  oui  non Éléments purpuriques cutanés :  oui  non

Sérogroupe :  A  B  C  X  Y  W  autre, préciser : \_\_\_\_\_  non groupé

Hospitalisation (phase aiguë) : Date : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Hôpital : \_\_\_\_\_

Le patient avait-il reçu un traitement antibiotique avant les premiers prélèvements biologiques :  oui  non  inconnu

Si oui, s'agit-il d'une injection antibiotique précoce pour suspicion de *purpura fulminans* :  oui  non  inconnu

**Infection invasive à méningocoque**

**Critères de notification**

1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide péricardique, liquide de la chambre antérieure de l'œil) ou à partir d'une lésion cutanée purpurique.
2. Présence de diplocoques Gram négatif à l'examen microscopique du LCS.
3. LCS évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) et présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type.
4. Présence d'un purpura fulminans (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie).

**Statut vaccinal :** le sujet est-il vacciné par un vaccin antiméningococcique :  oui  non  ne sait pas

Si oui :  conjugué C Date dernière injection : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Nombre total de doses reçues : [ ][ ]

méningocoque B Date dernière injection : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Nombre total de doses reçues : [ ][ ]

conjugué ACYW135 Date dernière injection : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

A+C Date dernière injection : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

ACYW135 Date dernière injection : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Évolution :  guérison  décès  séquelles, préciser : \_\_\_\_\_

Prophylaxie des sujets contacts	Nom de l'antibiotique/du vaccin	Collectivité : nombre de personnes	Entourage proche : nombre de personnes
Chimio prophylaxie		[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]
Vaccination		[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]
Type de contacts		<input type="checkbox"/> crèche <input type="checkbox"/> milieu scolaire <input type="checkbox"/> autre, préciser : _____	<input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> amis

**Autres cas dans l'entourage :**  oui  non  inconnu Si oui, pour chaque autre cas, indiquer l'âge, la date d'hospitalisation et le département de résidence

Cas n°1 : âge (en années) : [ ][ ][ ] date d'hospitalisation : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] département : [ ][ ][ ]

Cas n°2 : âge (en années) : [ ][ ][ ] date d'hospitalisation : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] département : [ ][ ][ ]

---

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon) :</b> Nom : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ Signature : _____	<b>Si notification par un biologiste</b> Nom du clinicien : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____	<b>ARS (signature et tampon)</b> _____ _____
---	--	--

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-5, D 3113-7 du Code de la santé publique)  
 Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire

- Isolement gouttelettes du patient au cours du premier jour du traitement
  
- **Patient devient rapidement non contagieux:**
  - 24 à 48 heures environ après le début d'1 antibiothérapie adaptée
  
- Exposer les mesures préventives et leurs indications, et les expliquer aux familles

# Quelle prise en charge pour le portage et les sujets contacts?

## - **Traitement du portage:**

Institué chez le patient lui-même au terme du TRT curatif

Identique à celui des sujets contacts

## - **Sujets contacts** devant bénéficier de l'antibioprophylaxie antiméningococcique dans la communauté:

Précisés par les directives des circulaires de la DGS du 8 novembre 2001 et de 24 octobre 2014

! Utilisation abusive des antibiotiques en prophylaxie comporte un risque élevé de sélectionner des bactéries résistantes

# Comment définir les sujets contacts?

- Élément indispensable pour la transmission du méningocoque:

Contact **direct** avec les sécrétions **oro-pharyngées** d'1 sujet **infecté**

**Bactérie fragile**

**Réservoir humain exclusif** (Portage -5% minimum de la population- quelques jours, quelques semaines voire mois)

- Facteurs nécessaires à la transmission ou pouvant le favoriser :

**Proximité**

**Distance de moins d'1 mètre** entre 1 personne infectée et 1 personne réceptrice (**Face à face**)

**Durée du contact**

Probabilité de transmission augmente avec la fréquence et la durée du contact : **Au moins 1 heure**

# Entourage proche: milieu familial

## Antibioprophylaxie recommandée

Personnes vivant avec le cas

## Evaluation des conditions de contact

Réunion familiale impliquant des jeunes enfants

Si les contacts du malade avec les enfants:

Proches et prolongés

Ceux-ci doivent recevoir l'antibioprophylaxie

# Entourage proche: milieu extra familial

## Antibioprophylaxie recommandée

Flirt

Amis intimes

## Evaluation des conditions de contact

Sport de combat

Sport collectif impliquant des contacts physiques durables ou répétés

Sports de combat comme le **judo** ou la **lutte** impliquent 1 contact physique prolongé.

Les partenaires du malade devront recevoir l'antibioprophylaxie.

Sports collectifs comme le **rugby**, des contacts physiques prolongés par ex. lors des mêlées.

Les partenaires de la mêlée devront recevoir l'antibioprophylaxie.

## Antibioprophylaxie pas recommandée

Sports ou activités collectives sans contact physique

Soirée et repas entre amis

# Collectivité d'enfants

## Crèche

### **Antibioprophylaxie recommandée**

Tous les enfants et le personnel de la section

### **Antibioprophylaxie pas recommandée**

Personnels et enfants des sections n'ayant aucune relation avec le cas

## Halte-garderie

### **Antibioprophylaxie recommandée**

Tous les enfants et personnel de la section du cas

# Collectivité d'enfants

## Centre aéré

### **Antibioprophylaxie recommandée**

Amis intimes

Enfants ayant partagé les mêmes activités

### **Antibioprophylaxie pas recommandée**

Voisins de réfectoire

## Centres ou camps de vacances

### **Antibioprophylaxie recommandée**

Sujets ayant dormi dans la même chambre

Amis intimes

### **Antibioprophylaxie pas recommandée**

Toutes les autres personnes du centre ou du camp

# Milieu scolaire

## Ecole préélémentaire

### **Antibioprophylaxie recommandée**

Tous les enfants et le personnel de la classe du cas  
Les classes ayant eu des activités partagées

## Ecole élémentaire

### **Antibioprophylaxie recommandée**

Voisins de classe

### **Antibioprophylaxie pas recommandée**

Autres élèves et professeurs  
Enfants ayant partagé la cour de récréation  
Elèves de la classe de la fratrie  
Camarades de bus scolaire  
Voisins de réfectoire

# Milieu scolaire

## Collège Lycée

### **Antibioprophylaxie recommandée**

Voisins de classe

### **Antibioprophylaxie pas recommandée**

Autres élèves et professeurs

Camarades de bus scolaire

Voisins de réfectoire

## Université

### **Antibioprophylaxie pas recommandée**

Etudiants et professeurs

# Milieu scolaire

## Internes

### **Antibioprophylaxie recommandée**

Sujets ayant dormi dans la même chambre

Amis intimes

### **Antibioprophylaxie pas recommandée**

Autres élèves et professeurs

Toutes les autres personnes de l'institution

# Situations impliquant des adultes

## Prise en charge médicale d'un malade

### **Antibioprophylaxie recommandée**

Personnes ayant réalisé le bouche à bouche

Personnes ayant réalisé intubation endo-trachéale sans masque de protection

### **Antibioprophylaxie pas recommandée**

Toutes les autres personnes de l'équipe hospitalière

Le personnel de laboratoire de biologie

Les pompiers et ambulanciers

Les voisins de chambre du cas

# Situations impliquant des adultes

## Soirée dansante, boîte de nuit

### **Evaluation conditions contact**

Personnes ayant eu 1 contact proche et prolongé

Si les danseurs se trouvent à **moins d'1 mètre les 1 des autres** et que cette situation se prolonge **pendant plusieurs heures**, les personnes ayant dansé avec le malade devront recevoir **l'antibioprophylaxie**

### **Antibioprophylaxie pas recommandée**

Personnes ayant fréquenté le lieu

# Situations impliquant des adultes

## Lieux publics (café, restaurants, magasins,...)

### **Antibioprophylaxie pas recommandée**

Les clients et le personnel présents en même temps que le cas

## Voyage en avion, bus, train

### **Antibioprophylaxie recommandée**

Personnes occupant les **2 sièges directement voisins** avec le cas pendant plus de 8 heures

### **Antibioprophylaxie pas recommandée**

Personnes ayant occupé les sièges situés à distance du cas même si la durée excède 8 heures

# Situations impliquant des adultes

## Personnes vivant en institution

### **Antibioprophylaxie recommandée**

Personnes partageant la même chambre

### **Antibioprophylaxie pas recommandée**

Toutes autres personnes de l'institution

## Locaux professionnels

### **Antibioprophylaxie pas recommandée**

Personnes travaillant dans les mêmes locaux

# Quelle antibioprophylaxie utilisée?

- Doit être réalisée dans les **plus brefs délais**:  
24 à 48 heures après le diagnostic
- Plus aucune utilité au-delà de 10 jours après le dernier contact  
Incubation des infections à méningocoque: 2 à 10 jours
- Antibiotique utilisé= **Rifampicine**  
Réduction du portage de 75 à 98 % 1 semaine après le TRT

# Rifampicine

Administration *per os* pendant 2 jours, à la dose de :

- nouveau-né de moins de un mois : 5 mg/kg 2 x/jour
- nourrisson et enfant (1 mois à 15 ans) : 10 mg/kg 2x/jour
- adulte 600 mg 2 x/jour
- femme enceinte: la rifampicine peut être utilisée.

En cas d'utilisation dans les 3-4 jours précédant l'accouchement, des troubles de coagulation peuvent apparaître chez le nourrisson. Afin de prévenir leur apparition, 1 dose de 0.5 à 1 mg de vitamine K1 doit être administrée par voie injectable (IM ou IV lente) au nouveau-né dès la naissance

- Prévenir toute femme en âge de procréer:
  - Diminution de l'efficacité des contraceptifs oraux
  - Nécessité d'utiliser une contraception de type mécanique
- Coloration rouge des sécrétions (Urine)
- Coloration de façon permanente des lentilles de contact souples

## Contre-indication ou résistance documentée et confirmée à la rifampicine

### **Ceftriaxone par voie injectable en dose unique**

*Adulte*: injection unique de 250 mg

*Enfant, nourrisson, nouveau-né*: injection unique de 125 mg

Nv-né 1 avis spécialisée peut être requis compte tenu de certaines CI de la ceftriaxone dans cette classe d'âge

*Femme enceinte*: Ceftriaxone peut être utilisée

### **Ciprofloxacin *per os* en dose unique**

*Adulte*: dose unique de 500 mg

*Enfant*: dose unique de 20 mg/kg (sans dépasser 500 mg) compte tenu du contexte particulier de cette prophylaxie

*Femme enceinte*: Compte tenu du contexte particulier de cette prophylaxie, la ciprofloxacin peut être utilisée

# Retour à un peu de bactériologie...

*Neisseria meningitidis*

12 groupes capsulaires: A, B, C (97%)

X, Y, Z, 29 R, W135, H, I, K, L et autres non, auto ou polyagglutinables

Sérotypes: 1, 2a, 2b, 4, 11, 15, 16 et non typables

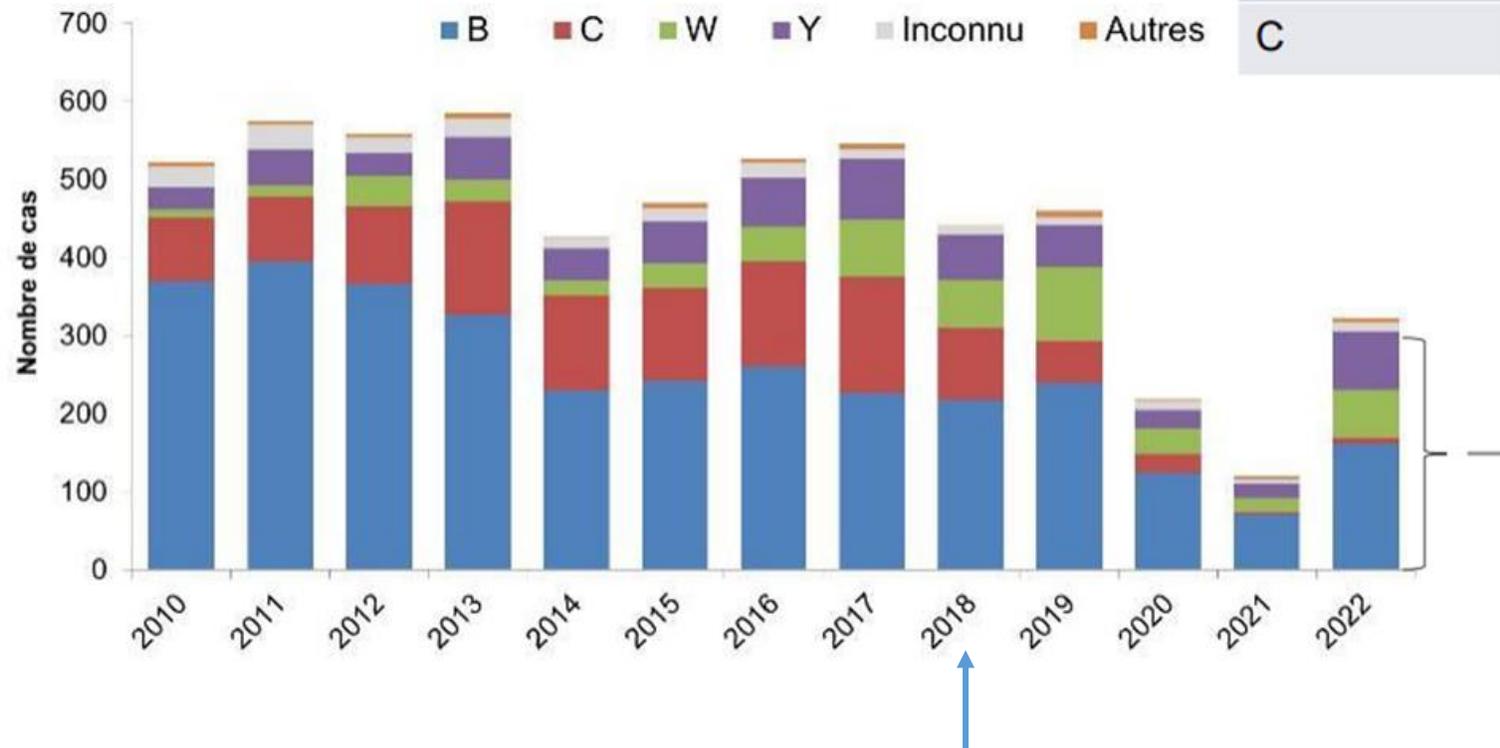
Sous types: P1.1, 1.2, 1.6, 1.15, 1.16, 1.7, 16

# Et d'épidémiologie

Distribution des cas d'infections invasives à méningocoque par sérogroupe, France entière, 2022

**Nombre de cas en 2022 :**  
323 cas (0,48 / 100 000 habitants)

Sérogroupe	Nb cas
B	158 (50%)
Y	77 (25%)
W	64 (20%)
C	8 (3%)



Source des données : déclaration obligatoire et CNR Méningocoques et Hi

# Quelle place pour la vaccination?

## Les vaccins?

Méningocoque A/C/Y/W135

Nimenrix\*

→ A partir de l'âge de 6 semaines

Menveo\*

→ A partir de l'âge de 2 ans

Méningocoque C

Menjugate\*, Neisvac\*

→ Nourrissons à partir de 2 mois

Méningocoque B

Bexsero\*

→ A partir de l'âge de 3 mois

Utilisation restreinte à partir de 2 mois

# Vaccin méningocoque C?

- Obligatoire: Chez les nourrissons nés à partir du 1er janvier 2018:

→ Une première dose à l'âge de 5 mois et 1 dose à l'âge de 12 mois

- En rattrapage: recommandée chez les personnes non vaccinées jusqu'à l'âge de 24 ans:

→ Une dose unique

**Recommandations autour d'un cas ou dans des situations épidémiques liées aux infections à méningocoque C:**

→ La vaccination peut être effectuée **dès l'âge de 2 mois**

# Vaccin Méningocoque A/C/Y/W135?

## Pas recommandée en population générale

Personnel de laboratoire travaillant sur le méningocoque

Contact autour d'un cas (non B, bon C)

Voyage

Pèlerinage à la Mecque: Obligatoire

Séjour en zone d'endémie / saison à risque, contact avec la population locale, « ceinture de la méningite »

(Niger, Burkina Faso,...)

Immunodéprimés

Asplénie anatomique ou fonctionnelle

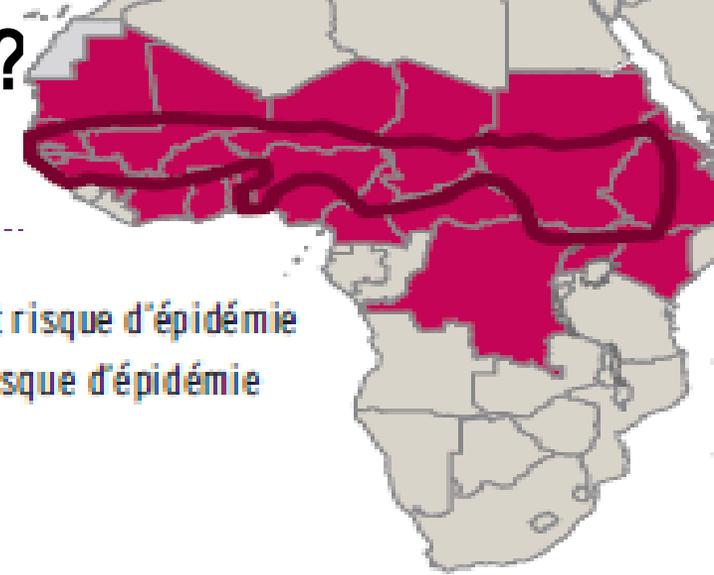
Déficit en fraction du complément ou properdine

Traitement par eculizumab (anticorps monoclonal dirigé contre la fraction C5 du complément)

Greffés de cellules souches

— Ceinture de la méningite, zones à haut risque d'épidémie

■ Zones à haut risque d'épidémie



Source : OMS 2011.

Rappel tous les 5 ans

**Recommandations autour d'un cas ou dans des situations épidémiques liées aux infections à méningocoque de sérogroupe A, C, Y, ou W:**

→ La vaccination peut être réalisée dès l'âge de 6 semaines

# Vaccin méningocoque B?

→ Depuis juin 2022, recommandation de la vaccination des nourrissons avec 3 doses :  
1 dose à l'âge de 3 mois et à 5 mois, et 1 dose de rappel à 12 mois.

→ **Autre recommandation en population générale:**

Personnel de laboratoire travaillant sur le méningocoque

Immunodéprimés

Asplénie anatomique ou fonctionnelle

Déficit en fraction du complément ou properdine

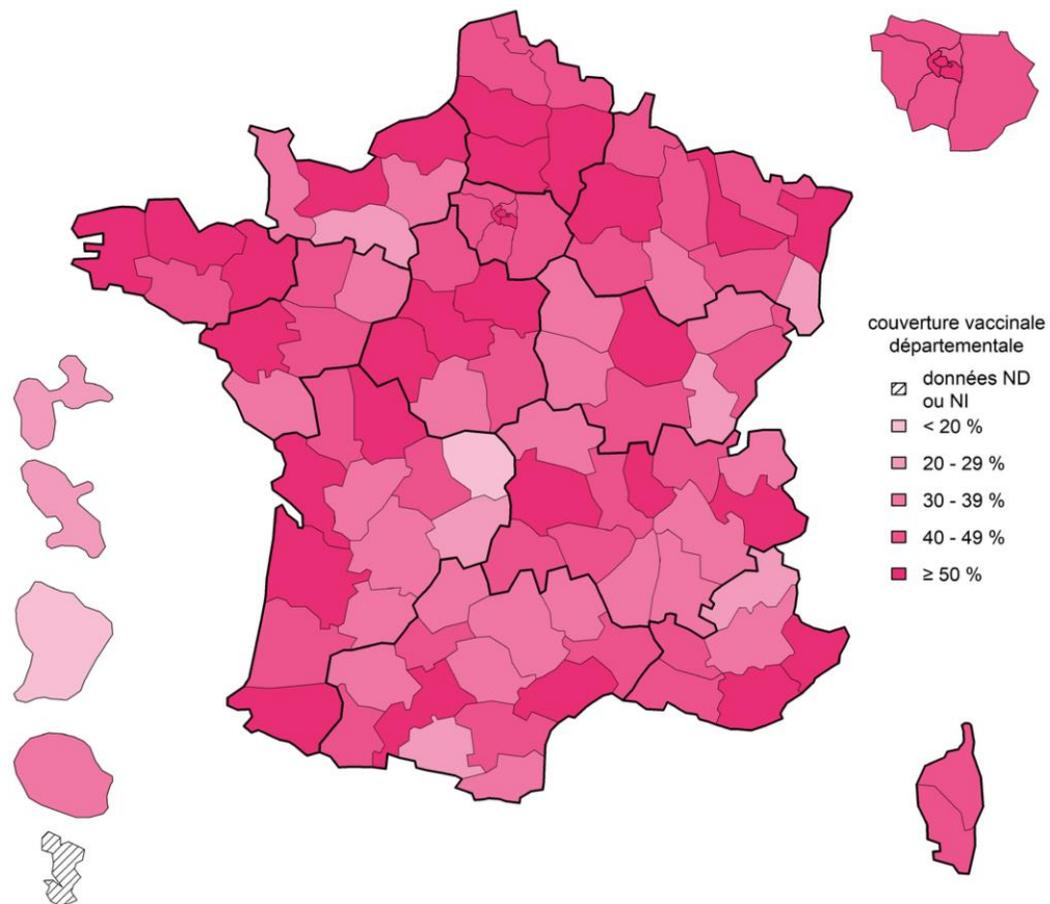
Traitement par eculizumab (anticorps monoclonal dirigé contre la fraction C5 du complément)

Greffés de cellules souches

**Recommandations dans des situations épidémiques liées aux infections à méningocoque B:**

→ La vaccination peut être réalisée **dès l'âge de 2 mois**

Figure 11 : Couvertures vaccinales (%) départementales méningocoque B, « au moins une dose » (8 mois), France, cohorte 2022



Source : SNDS-DCIR, Santé publique France, données mises à jour au 31/12/2022

# Qui vacciner lors de cas?

Proposée qu'aux sujets contacts suivants :

- ceux appartenant à l'entourage proche du malade,
- ceux qui se retrouvent régulièrement et de façon répétée dans la collectivité fréquentée par le malade pendant les semaines qui suivent le dernier contact

Pas lieu de vacciner les sujets contacts qui ne se trouvent pas de façon régulière et répétée dans l'entourage du malade ou la même collectivité de vie pendant les semaines qui suivent le dernier contact avec le malade

**Immunité :**

Apparition en moyenne 10 jours après la vaccination

Données OMS Janvier 2015:

Plus de 217 millions de personnes avaient reçu le vaccin anti-méningococcique A conjugué dans 15 pays de la ceinture africaine

ination

 Campagne de vaccination contre la méningite A  
du **12 au 21 novembre 2012**



7756 13 83  
Bouba

**Pour nous protéger contre la méningite A**  
**Vaccinons tous les enfants et jeunes âgés de 1 à 29 ans**

 République du Sénégal  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE L'ACTION SOCIALE

unicef 

 Organisation mondiale  
de la Santé

 GAVI  
CAMPAIGN

IntraHealth 

# 12 maladies évitables par la vaccination.

Seule la vaccination  
protège nos enfants  
contre ces 12 maladies.



Poliomyélite



Tuberculose



Diphthérie  
Diphthérie



Coqueluche  
Coqueluche



Tétanos



Infections à Hib



Infections  
à pneumocoques



Diarrhées  
à rotavirus



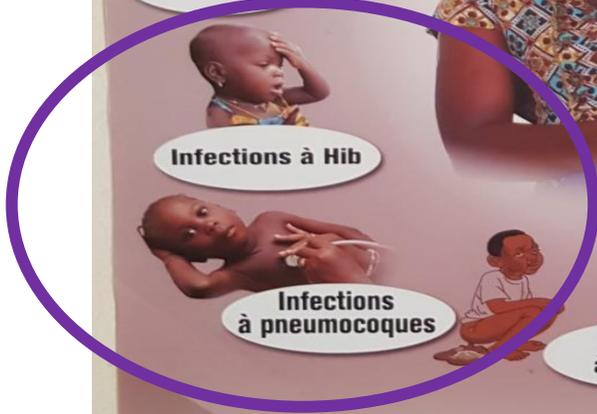
Rougeole



Rubéole



Fièvre Jaune



Autres microorganismes

# CAT devant une méningite à *Haemophilus influenzae*?

- Voie de transmission **aéroportée**

- Isolement gouttelettes

  - Levée des précautions

  - Après 24 h traitement antibiotique efficace

  - Doit être assuré tant que les signes cliniques persistent

- Antibioprophylaxie:

  - Inutile chez les enfants de l'environnement immédiat s'ils ont été correctement vaccinés

  - Nécessaire en cas de vaccination incorrecte

- Antibioprophylaxie prescrite chez l'enfant malade en relais du traitement curatif (rifampicine : 20 mg/kg/j en 1 seule prise pendant 4 j)

- Déclaration pas obligatoire

# CAT devant une méningite à pneumocoque?

- Méningites à pneumocoque: pas épidémique

- Antibioprophylaxie collective: Inutile

- Prévention efficace des méningites à pneumocoque:

  - Vaccin polysaccharidique conjugué concernant les sérotypes de pneumocoque les plus fréquents

  - Prévention individuelle chez les splénectomisés

- Déclaration pas obligatoire

# **CAT devant un patient présentant un syndrome méningé avant diagnostic étiologique ?**

**Voie de transmission** Manuportée + aéroportée

**Précautions standard + Précautions spécifiques**  
Isolements contact + gouttelettes

**Adaptation des précautions complémentaires**  
Dès les résultats des tests diagnostiques