

Recommandations sur la gestion en santé publique de la maladie invasive à streptocoque du groupe A (SGA)

Comité consultatif provincial des
maladies infectieuses (CCPMI)

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est une société de la Couronne vouée à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des inégalités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des intervenants en santé de première ligne et des chercheurs.

Santé publique Ontario offre au gouvernement, aux bureaux locaux de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé un soutien scientifique et technique spécialisé en matière de :

- maladies transmissibles et infectieuses
- prévention et contrôle des infections
- santé environnementale et santé au travail
- préparation aux situations d'urgence
- promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des traumatismes
- services de laboratoires de santé publique

Les activités de Santé publique Ontario incluent aussi la surveillance, l'épidémiologie, la recherche, le perfectionnement professionnel et la prestation de services axés sur le savoir. Pour en savoir davantage, consultez <http://www.santepubliqueontario.ca>.

Le **Comité consultatif provincial des maladies infectieuses – maladies transmissibles (CCPMI-MT)** est un comité multidisciplinaire composé de professionnels de la santé possédant de l'expertise et de l'expérience en matière de maladies transmissibles. Le CCPMI-MT fournit à Santé publique Ontario des conseils sur les questions liées aux maladies transmissibles en Ontario, en s'attardant aux activités dont l'incidence sur la collectivité s'étend au-delà du milieu hospitalier ou des soins de longue durée, par exemple aux milieux communautaires hors du secteur de la santé (p. ex. écoles et garderies), maisons de retraite et autres milieux appropriés.

Avis de non-responsabilité à l'égard des documents sur les pratiques exemplaires : Ce document a été préparé par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses – maladies transmissibles (CCPMI-MT). Le CCPMI-MT est un organisme consultatif multidisciplinaire scientifique qui conseille Santé publique Ontario en se fondant sur des faits probants relatifs à de nombreux aspects de l'identification, de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. Les travaux du CCPMI-MT reposent sur les meilleurs éléments probants existants et sont mis à jour selon les besoins. Les documents et outils de pratiques exemplaires produits par le CCPMI-MT reflètent des positions consensuelles relatives aux pratiques que le comité estime prudentes et sont offerts à titre de ressources aux intervenants en santé publique et fournisseurs de soins de santé.

Santé publique Ontario n'assume aucune responsabilité pour les conséquences de l'usage de ce document par qui que ce soit.

Ce document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales uniquement, pourvu que sa source soit dûment attribuée à Santé publique Ontario. Il n'est pas permis d'apporter de modifications quelconques à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

Référence suggérée : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Comité consultatif provincial des maladies infectieuses. Recommandations sur la gestion en santé publique de la maladie invasive à streptocoque du groupe A (SGA), Toronto, Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014.

Santé publique Ontario reçoit l'appui financier du gouvernement de l'Ontario.

À propos du présent document

Les présentes recommandations ont été préparées pour les professionnels de la santé et de la santé publique en Ontario qui sont responsables de la gestion des cas de maladie invasive à streptocoque du groupe A et des personnes en contact avec cette maladie. Ces recommandations devraient servir de complément aux documents suivants, sur lesquels elles s'appuient :

- Chapitre *Group A Streptococcal Disease, Invasive*, Annexes A et B^{1,2} (en anglais) du *Protocole concernant les maladies infectieuses, 2013*, des Normes de santé publique de l'Ontario, ou sa version la plus à jour (accessible à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/default.aspx)
- Supplément de 2006 au Relevé des maladies transmissibles au Canada de l'Agence de la santé publique du Canada intitulé Lignes directrices pour la prévention et le contrôle de la maladie invasive due au streptocoque du groupe A3, ou sa version la plus à jour (accessible à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/32s2/index-fra.php>)

Preuves à l'appui des recommandations

Les principes et pratiques recommandés dans le présent document constituent une synthèse des meilleurs éléments probants et opinions des professionnels œuvrant sur le terrain dans les domaines des maladies infectieuses, de la prévention et du contrôle des infections, de la santé publique et de l'épidémiologie. Les présentes recommandations seront mises à jour à mesure que de nouveaux éléments probants sont disponibles. .

REMARQUE : Ce document fournit des recommandations à des fins de prise en compte et reflète les meilleurs éléments probants et opinions d'experts disponibles au moment de la rédaction sur la gestion en santé publique de la maladie invasive à streptocoque du groupe A. Nous invitons les bureaux locaux de santé publique et milieux de santé à prendre des mesures pour mettre ces recommandations en application.

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI)

Santé publique Ontario

www.santepubliqueontario.ca

Tél. : 647 260-7100 Courriel : pidac@oahpp.ca

Le présent rapport peut être reproduit sans autorisation, en totalité ou en partie, à des fins éducatives seulement. © Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014

ISBN: 978-1-4606-0475-5

Le CCPMI-MT aimerait souligner la contribution et l'expertise des personnes suivantes qui ont participé à l'élaboration de ce document :

Membres du CCPMI-MT

D^{re} Eileen de Villa, présidente
Médecin-hygiéniste adjointe
Bureau de santé publique de Peel

D^{re} Carrie Bernard
Responsable des bourses communautaires et
professeure clinicienne adjointe
Département de médecine familiale
Université McMaster

D^{re} Margaret Fearon
Directrice médicale exécutive, Microbiologie
médicale Société canadienne du sang

D^{re} Martha Fulford
Division des maladies infectieuses
Centre médical de l'Université McMaster

D^r Gary Garber
Chef de la Division des maladies infectieuses
Hôpital d'Ottawa

Heather Hague
Chef, programme de prévention des maladies
infectieuses
Bureau de santé publique de la région du
Niagara

D^r Ian Kitai
Médecin consultant, maladies infectieuses
Hospital for Sick Children

Heidi Pitfield
Coordonnatrice, prévention et contrôle des
infections Équipe chargée des maladies
transmissibles
Bureau de santé publique du district de Simcoe
Muskoka

Lee Sieswerda
Épidemiologiste
Bureau de santé publique du district de Thunder
Bay

D^r Scott Weese
Professeur agrégé, département de
pathobiologie
Université de Guelph

D^{re} Barbara Yaffe
Directrice, contrôle des maladies transmissibles
Médecin-hygiéniste adjointe
Bureau de santé publique de Toronto

Membres d'office

D^{re} Catherine Filejski
Conseillère en sciences vétérinaires
Politiques et programmes en matière de maladies
infectieuses
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

D^r Colin Lee
Responsable des questions scientifiques et
médecin de santé publique
Santé publique Ontario

D^r Doug Sider
Directeur médical
Maladies transmissibles
Santé publique Ontario

D^{re} Lillian Wong
Conseillère médicale principale et coordonnatrice
de réseau, Direction de la santé et de la sécurité au
travail
Ministère du Travail de l'Ontario

Personnel de Santé publique Ontario

Naideen Bailey
Coordonnatrice de réseau
Réseau régional de contrôle des infections de
Waterloo Wellington

Maurice Coppin
Conseiller en maladies transmissibles
Maladies transmissibles

Claudine D'Souza
Infirmière-conseil, Maladies transmissibles

D^{re} Frances Jamieson
Médecin microbiologiste
Laboratoires de Santé publique Ontario

D^{re} Liane Macdonald
Médecin de santé publique
Maladies transmissibles et infectieuses

Emily Karas
Chef , Maladies transmissibles

Table des matières

Sommaire	1
Gestion des contacts.....	1
Dépistage dans les établissements de soins de longue durée.....	2
Introduction	3
Objet	3
Preuve de gravité du cas.....	3
Gestion des contacts.....	3
Dépistage dans les établissements de soins de longue durée	3
Examen des éléments probants et consultation d'experts	4
Objectifs	4
Méthodologie.....	4
Analyse documentaire	4
Bases de données et dates limites de publication.....	5
Recommandations	7
Preuve de gravité du cas.....	7
1. Détermination de la cause de décès d'un cas de maladie invasive à SGA à des fins de chimioprophylaxie.....	7
2. Utilité de la pneumonie en tant que seul indicateur de gravité	8
3. Définition de la nécrose à tissus mous en tant qu'indicateur de gravité	9
Gestion des contacts.....	10
4. Définition des contacts étroits	10
5. Durée de la surveillance des signes et symptômes d'infection invasive à SGA parmi les contacts étroits d'un cas d'infection à SGA : 21 par opposition à 30 jours.....	12
Dépistage dans les établissements de soins de longue durée.....	13
6. Indications concernant le dépistage de l'infection à SGA dans les établissements de soins de longue durée	13
Annexes.....	15
Annexe 1 : Comparaison des recommandations des autorités compétentes de divers territoires relativement à la chimioprophylaxie	15
Annexe 2 : Comparaison des directives des autorités compétentes de différents territoires en matière de gestion de l'infection invasive à SGA et du décès.....	16
Annexe 3 : Comparaison des directives des autorités compétentes de différents territoires en matière de gestion de l'infection invasive à SGA et de la pneumonie	17
Annexe 4 : Comparaison des directives des autorités compétentes de différents territoires en matière de définition des contacts étroits	18
Annexe 5 : Définitions de cas d'infection invasive à SGA selon les lignes directrices de l'ASPC	19
Annexe 6 : Stratégies de recherche	20
Stratégies de recherche	20

Recherche dans la documentation à comité de lecture sur l'infection à SGA et les contacts étroits	20
Recherche dans la documentation grise et le Web sur l'infection à SGA et les définitions de contacts étroits	22
Recherche de lignes directrices sur la gestion de la maladie invasive à SGA dans la documentation à comité de lecture	24
Lignes directrices sur la gestion de la maladie invasive à SGA dans la documentation grise (Google)	24
Documentation à comité de lecture sur le <i>streptococcus pyogenes</i> et sa transmission	27
Documentation à comité de lecture sur les éclosions de maladie invasive à SGA dans les hôpitaux/établissements de soins de longue durée	30
Bibliographie	31

Sommaire

Le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses – maladies transmissibles (CCPMI-MT) a préparé ces recommandations pour donner suite aux demandes des bureaux locaux de santé publique de l'Ontario relativement à la gestion en santé publique de la maladie invasive à streptocoque du groupe A (SGA). Elles devraient servir de complément aux documents suivants, sur lesquels elles s'appuient :

- Chapitre *Group A Streptococcal Disease, Invasive*, Annexes A et B^{1,2} (en anglais) du *Protocole concernant les maladies infectieuses, 2013*, des Normes de santé publique de l'Ontario, ou sa version la plus à jour (accessible à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/default.aspx)
- Supplément de 2006 au *Relevé des maladies transmissibles au Canada* de l'Agence de la santé publique du Canada intitulé *Lignes directrices pour la prévention et le contrôle de la maladie invasive due au streptocoque du groupe A*³, ou sa version la plus à jour (accessible à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/32s2/index-fra.php>)

Fondées sur les meilleurs éléments probants et opinions d'expert disponibles à l'heure actuelle, les recommandations du CCPMI-MT touchent six questions de gestion de la maladie invasive à SGA en santé publique. En bref, le CCPMI-MT recommande ce qui suit :

1. À des fins de gestion en santé publique (c'est-à-dire l'orientation du traitement chimioprophylactique des contacts étroits admissibles), on devrait déterminer si le patient est décédé des suites de la maladie invasive à SGA seulement en cas de décès dans les sept jours suivant le diagnostic.
2. À des fins de gestion de la maladie invasive à SGA en santé publique, la pneumonie à SGA ne devrait pas constituer le seul indicateur de la gravité du cas.
3. À des fins de gestion de la maladie invasive à SGA en santé publique, la définition de la nécrose des tissus mous ne devrait pas inclure la nécrose/gangrène superficielle ou chronique des tissus mous ou la cellulite aiguë ou chronique. La nécrose des tissus mous devrait être aiguë, présente sous la peau (p.ex. fasciite nécrosante, myosite ou gangrène) et déterminée par un clinicien.

Gestion des contacts

4. La définition de « contact étroit » fournie dans les lignes directrices de l'Agence de la santé publique du Canada devrait servir à repérer les groupes admissibles à la chimioprophylaxie³, c'est-à-dire les personnes exposées à un cas de maladie grave confirmée à SGA dans les sept jours précédant l'apparition des symptômes chez le cas et jusqu'à 24 heures après le début du traitement du cas à l'aide d'un agent antimicrobien, et celles qui ont :
 - passé avec le cas au moins quatre heures/jour en moyenne au cours des sept derniers jours ou 20 heures/semaine
 - couché dans le même lit que le cas ou eu des relations sexuelles avec le cas
 - eu des contacts muqueux directs avec les sécrétions orales ou nasales du cas ou des contacts directs non protégés avec une lésion cutanée ouverte chez le cas
 - partagé des aiguilles (c'est-à-dire pour la consommation de drogues à injecter) avec le cas

- eu des contacts avec le cas dans des services de garde d'enfants ou à l'hôpital, dans certaines circonstances.

Si de nombreux groupes de personnes sont reconnues admissibles à la chimioprophylaxie, les professionnels de la santé publique pourraient accorder la priorité à l'administration d'une prophylaxie antibiotique en temps opportun aux contacts étroits membres de groupes à risque élevé, tel que le prévoient les lignes directrices de gestion de la maladie invasive à SGA des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (p. ex. les personnes de plus de 65 ans, infectées à VIH ou atteintes du diabète, de la varicelle, du cancer ou de maladie du cœur, ainsi que les consommateurs de drogues à injecter et de stéroïdes) ^{4 p. 952}.

5. Les conseils sur la surveillance des signes et symptômes de maladie invasive à SGA prodigués aux contacts étroits par les bureaux locaux de santé publique devraient être en accord avec la recommandation des lignes directrices de l'Agence de la santé publique du Canada relativement au besoin de « consulter immédiatement un médecin s'ils présentent une maladie fébrile ou toute autre manifestation clinique d'une infection à SGA dans les 30 jours suivant le diagnostic chez le cas » ^{3, p.4}.

Dépistage dans les établissements de soins de longue durée

6. Les bureaux locaux de santé publique et les fournisseurs de soins de santé devraient suivre les lignes directrices de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) en matière de dépistage de l'infection à SGA dans les établissements de soins de longue durée (ÉSLD) afin d'éviter les cas de dépistage inutiles ou redondants³. Aux termes des lignes directrices de l'ASPC³, si l'on confirme un cas de maladie invasive à SGA dans un ÉSLD, on doit effectuer un examen rétrospectif des dossiers pour détecter toute surincidence de cas confirmé ou possible chez les résidents dans les quatre à six semaines précédentes. En cas de surincidence d'infection (voir ci-après), on doit envisager d'effectuer le dépistage de l'infection à SGA (c'est-à-dire cultures de gorge, de nez et de lésions cutanées) chez :
 - tous les membres du personnel soignant et membres du personnel non soignant ayant des antécédents récents de cas possible d'infection à SGA
 - tous les résidents des ÉSLD qui comptent moins de 100 lits OU les résidents soignés dans la même unité que le cas ayant une infection invasive à SGA
 - au besoin, les contacts des cas observés dans les ÉSLD qui comptent 100 lits ou plus OU les résidents soignés dans la même unité que le cas ayant une infection invasive à SGA et les contacts de ces cas, OU un groupe de personnes plus étendu, selon les mouvements de patients et du personnel soignant ou les preuves épidémiologiques.

Les lignes directrices de l'ASPC définissent de la façon suivante une surincidence d'infection à SGA dans un ÉSLD^{3, p.5} :

- > 1 cas d'infection invasive à SGA confirmée en laboratoire pour 100 résidents par mois
- ≥ 2 cas d'infection invasive à SGA confirmée par une culture en 1 mois dans les établissements comptant moins de 200 résidents, ou
- > 4 cas d'infection invasive ou non invasive à SGA possible par 100 résidents en 1 mois.

Introduction

Objet

Le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses – maladies transmissibles (CCPMI-MT) fournit ces recommandations pour donner suite aux demandes des bureaux locaux de santé publique de l'Ontario relativement à la gestion en santé publique de la maladie invasive à streptocoque du groupe A (SGA). Plus précisément, ces recommandations clarifient ce qui suit :

Preuve de gravité du cas

1. Détermination de la cause de décès d'un cas de maladie invasive à SGA à des fins de chimioprophylaxie
2. Utilité de la pneumonie en tant que seul indicateur de gravité
3. Définition de la nécrose à tissus mous en tant qu'indicateur de gravité

Gestion des contacts

4. Définition des contacts étroits
5. Durée de la surveillance des signes et symptômes d'infection à SGA parmi les contacts étroits d'un cas d'infection à SGA : 21 par opposition à 30 jours

Dépistage dans les établissements de soins de longue durée

6. Indications concernant la surveillance des infections à SGA dans les établissements de soins de longue durée (ÉSLD)

Examen des éléments probants et consultation d'experts

Objectifs

Repérer et examiner la documentation grise et à comité de lecture pertinente qui aborde les six questions de gestion en santé publique de la maladie invasive à SGA sur lesquels portent les présentes recommandations du CCPMI-MT (voir la section *Objet*).

Obtenir des opinions d'experts et en tenir compte pour pallier le manque d'éléments probants à l'égard des six questions de gestion en santé publique de la maladie invasive à SGA sur lesquels portent les présentes recommandations du CCPMI-MT (voir la section *Objet*).

Méthodologie

Analyse documentaire

Aidés du CCPMI-MT et du personnel de Santé publique Ontario du secteur des maladies transmissibles, les Services de bibliothèques de Santé publique Ontario ont mené des recherches documentaires ciblées dans la documentation grise et à comité de lecture pertinente publiée entre janvier 1998 et mars 2012. Une recherche documentaire mise à jour subséquente (voir ci-après), menée en avril et en mai 2013, n'a donné aucun nouveau résultat pertinent.

Stratégie de recherche dans les ouvrages à comité de lecture

Les Services de bibliothèque ont fouillé les bases de données électroniques du domaine de la santé pour y repérer les ouvrages à comité de lecture portant sur des concepts clés (voir les Tableaux 1 et 2). Les stratégies de recherche dans chaque base de données portaient sur l'utilisation de vedettes-matière et mots clés MeSH, jumelés à des opérateurs booléens. Les recherches visaient uniquement les documents de langue anglaise. Le Tableau 1 résume les vedettes-matière et mots clés utilisés. Le Tableau 2 énumère les bases de données et dates limites de publication utilisées dans le cadre des recherches ciblées. Vous trouverez ici (http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/iGAS_Evidence_Review_Expert_Consultation_Search_Strategies.aspx) des détails additionnels sur la stratégie de recherche et ses résultats.

Recherches dans la documentation grise

Les recherches menées dans les ouvrages à comité de lecture n'ont pas donné un nombre important de résultats pertinents. Par conséquent, le moteur Google a été utilisé pour repérer de la documentation grise pertinente sur Internet. Ces recherches ont visé les sites Web d'organismes de santé publique d'envergure, comme www.phac-aspc.gc.ca et www.cdc.gov, des ministères de la Santé des provinces et territoires canadiens, et des organismes nationaux et internationaux. Des recherches ont également été menées à l'aide du moteur Google dans les sites des domaines .gov, .org. Enfin, les références bibliographiques de la documentation grise hautement pertinente ont été passées en revue. Vous trouverez ici (http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/InfectiousDiseases/PIDAC/Pages/iGAS_Evidence_Review_Expert_Consultation_Search_Strategies.aspx) des détails additionnels sur la stratégie de recherche et ses résultats.

Tableau 1 : Concepts clés et vedettes-matière et mots clés MeSH correspondants —recherches dans la documentation à comité de lecture

Maladie invasive à SGA	Contacts étroits	Éclosion/transmission	Hôpitaux/ÉSLD	Lignes directrices
Vedettes-matière				
Streptococcus pyogenes/ Streptococcus Group A/ Group A Streptococcus infections/ adj2 invasive Group A Streptococcal infection/ Streptococcus infection/	cross infection/ disease transmission/ family/	disease transmission, infectious/infectious disease transmission, professional-to-patient/infectious disease transmission, patient-to-professional/infectious disease transmission, vertical/cross infection/ infection control/bacterial transmission/hospital infection/ or cross infection/	hospital infection/ long-term acute care hospital/ health facilities/ long-term care/ health care facility/ hospital/	Sans objet
Mots clés				
- streptococcal disease - iGAS - streptococcal infections	- case-patient “person to person” - intra-familial - close contact - carriage - shared environment - person to person - familial carriage - intimate contact	- outbreak - disease transmission	Sans objet	guideline recommend

SGA : Streptocoque du groupe A. ÉSLD : établissements de soins de longue durée.

Tableau 2 : Bases de données et dates limites de publication —recherches dans la documentation à comité de lecture

Sujets de recherche ciblés	Bases de données et dates limites de publication
Infection invasive à SGA et contacts étroits	CINAHL with Full Text, MEDLINE, Academic Search Premier, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive : 2002–2013
Définition de contacts étroits	CINAHL with Full Text, MEDLINE, Academic Search Premier, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive : 2002–2013
Éclosions de maladie invasive à SGA dans les hôpitaux/ÉSLD	MEDLINE, Embase : 2002–2013
<i>Streptococcus pyogenes</i> et transmission	MEDLINE, Embase : 2002–2013
Lignes directrices sur la maladie invasive à SGA	MEDLINE, Embase: 1998–2013

SGA : Streptocoque du groupe A.

Examen des éléments probants

Les Services de bibliothèque de Santé publique Ontario et le personnel de Santé publique Ontario du secteur des maladies transmissibles ont passé en revue les résultats des recherches documentaires (p. ex. titre et résumé) à des fins d'évaluation de leur pertinence. Ils ont inclus à l'analyse documentaire les ouvrages gris et à comité de lecture portant sur au moins une des six questions spécifiques de gestion en santé publique de la maladie invasive à SGA à l'étude (voir la section *Objet*), mais exclus les études touchant l'intervention dans des milieux autres que ceux visés par ces recommandations (p. ex. hôpitaux de soins actifs et services de garde d'enfants).

Une étude comparative des directives sur la gestion de la maladie invasive à SGA en santé publique d'organismes de santé publique du Canada, du Royaume-Uni, des États-Unis, de l'Australie et de l'Irlande a été menée (voir les Annexes 1 à 4 pour obtenir un résumé des conclusions de l'étude comparative).

Les membres du CCPMI-MT ont passé en revue les éléments probants les plus pertinents (c'est-à-dire les articles et études uniques à comité de lecture et l'étude comparative des méthodes de gestion en santé publique) lors de nombreuses réunions du CCPMI-MT, dans le contexte de discussions critiques itératives sur la qualité des éléments probants et leur applicabilité à la gestion de la maladie invasive à SGA en santé publique.

Consultation d'experts

Le CCPMI-MT a consulté la D^{re} Allison McGeer, microbiologiste et conseillère en matière de maladies infectieuses à l'hôpital Mount Sinai de Toronto et professeure au département de médecine laboratoire et pathobiologie et à l'école de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto. Au nom du CCPMI-MT, le personnel de Santé publique Ontario a également consulté la D^{re} Theresa Lamagni, épidémiologiste à la Health Protection Agency du Royaume-Uni (maintenant appelé Public Health England), pour obtenir son point de vue d'experte sur le temps s'écoulant entre le diagnostic de la maladie invasive à SGA et le décès, à des fins de surveillance et de gestion des éclosions d'infection invasive à SGA dans les établissements de soins de longue durée, et la durée recommandée de suivi des signes et symptômes chez les contacts de cas de maladie invasive à SGA. De plus, le CCPMI-MT a communiqué avec d'autres experts internationaux externes (c'est-à-dire les Centers for Disease Control and Prevention [CDC] des États-Unis et le gouvernement du Queensland, en Australie) dans le but d'orienter l'étude comparative. Le CCPMI-MT a également pris en compte l'opinion de ces experts lors des discussions itératives menées lors de nombreuses réunions du CCPMI-MT.

Recommandations

Preuve de gravité du cas

Les lignes directrices de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) recommandent la chimioprophylaxie chez les contacts étroits des cas d'infection « grave » à SGA, tel que l'entend les définitions des cas d'infection invasive à SGA de l'ASPC³ (voir l'Annexe 2). Les trois recommandations suivantes offrent des directives additionnelles sur l'obtention et l'interprétation des preuves de gravité du cas, à des fins de gestion en santé publique (c'est-à-dire chimioprophylaxie des contacts étroits des cas d'infection grave à SGA). Le chapitre propre à la maladie invasive à SGA des Annexes A¹ et B² du *Protocole concernant les maladies infectieuses* des Normes de santé publique de l'Ontario du ministère de la Santé et des soins de longue durée concorde avec les recommandations^{1,2} de l'ASPC.

1. Détermination de la cause de décès d'un cas de maladie invasive à SGA à des fins de chimioprophylaxie

Recommandation

À des fins de gestion en santé publique (c'est-à-dire l'orientation du traitement chimioprophylactique des proches contacts), on devrait déterminer si le patient est décédé des suites de la maladie invasive à SGA seulement en cas de décès dans les sept jours suivant le diagnostic.

Généralités

Dans les lignes directrices de l'ASPC, la définition d'un cas de maladie invasive grave à SGA inclut « un cas confirmé se soldant par un décès »³. Comme on le fait remarquer précédemment, les lignes directrices de l'ASPC recommandent également la chimioprophylaxie chez les contacts étroits d'un cas de maladie invasive grave à SGA³. Les recommandations sur la gestion des contacts formulées dans le chapitre propre à la maladie invasive à SGA des Annexes A et B (en anglais) du *Protocole concernant les maladies infectieuses* des Normes de santé publique de l'Ontario concordent avec les recommandations^{1,2} de l'ASPC. Pour orienter la gestion en temps opportun en santé publique (c'est-à-dire évaluer le bien-fondé de recommander la chimioprophylaxie chez les contacts étroits admissibles) dans les cas de décès de patients atteints de maladie invasive à SGA, les bureaux locaux de santé publique pourraient devoir déterminer si l'infection à SGA a contribué au décès ou non. Le cas est jugé grave s'il est déterminé que l'infection invasive à SGA est l'une des causes du décès.

Les lignes directrices de l'ASPC, des États-Unis, de l'Irlande, de l'Australie et du Royaume-Uni en matière de gestion ne précisent pas de calendrier d'attribution de la cause de décès à l'infection à SGA après l'isolement du cas³⁻⁷. À des fins de surveillance seulement (et non pas pour orienter les méthodes de gestion), le Royaume-Uni fixe à sept jours après le prélèvement d'échantillons de cultures positives la période d'attribution de la cause de décès à la maladie invasive à SGA (communications personnelles; non référencées, D^{re} Theresa Lamagni, novembre 2011).

Il est concevable qu'une personne puisse mourir des suites de complications associées à une infection invasive à SGA 14, 21, ou même 30 jours après l'infection^{8,9}, mais des éléments probants tirés d'une étude prospective de surveillance menée sur la population ontarienne indiquent que les risques de

décès liés à la maladie invasive à SGA sont les plus élevés au cours des sept jours suivant l'infection⁹. De plus, une analyse de données de surveillance accrue du Royaume-Uni, menée en 2003-2004, a révélé que le décès était survenu dans les sept jours suivant le prélèvement d'échantillons dans 559 de 698 cas de patients ayant une infection grave à *S. pyogenes* décédés dans les 30 jours suivant le prélèvement d'échantillons de cultures positives^{8, p.1304}. En général, le clinicien qui est le premier responsable d'un patient est le mieux placé pour déterminer la (les) cause(s) de son décès; cela s'applique probablement également aux cas de décès d'un patient atteint de maladie invasive à SGA. Or, pour les bureaux locaux de santé publique, la détermination du degré de contribution de l'infection invasive à SGA au décès s'avère longue et ardue étant donné que les cliniciens ne commentent pas le cas ou ne peuvent déterminer avec certitude si l'infection à SGA a ou non contribué au décès.

À partir du 8^e jour après la mort d'un patient atteint de la maladie invasive à SGA, il y a dans la plupart des cas très peu d'avantages au fait de déterminer si l'infection invasive à SGA a contribué au décès; la chimioprophylaxie est uniquement recommandée chez les personnes ayant eu des contacts étroits avec un cas d'infection grave à SGA dans les sept jours précédents³.

Commentaires additionnels

Si une personne meurt plus de sept jours après avoir reçu un diagnostic de maladie invasive à SGA, la gestion des contacts en santé publique devrait s'effectuer de façon semblable au suivi des contacts d'un cas non grave (c'est-à-dire on devrait aviser tous les contacts de patients infectés de surveiller la manifestation de signes et symptômes d'infection invasive à SGA pendant 30 jours suivant la date de la dernière exposition au patient [voir la Recommandation 5]). Cette recommandation n'a aucune incidence sur l'attestation du décès clinique ou les autres exigences liées à la détermination de la cause du décès.

2. Utilité de la pneumonie en tant que seul indicateur de gravité

Recommandation

À des fins de gestion de la maladie invasive à SGA en santé publique, la pneumonie à SGA ne devrait pas constituer le seul indicateur de la gravité du cas.

Généralités

Dans les lignes directrices de l'ASPC, la définition d'un cas de maladie grave à SGA inclut les cas de pneumonie à SGA (voir l'Annexe 5); les lignes directrices de l'ASPC recommandent également la chimioprophylaxie chez les contacts étroits d'un cas de maladie grave à SGA³. Les définitions de cas et recommandations en matière de gestion du chapitre propre à la maladie invasive à SGA des Annexes A¹ et B² (en anglais) du *Protocole concernant les maladies infectieuses* des Normes de santé publique de l'Ontario concordent avec les recommandations de l'ASPC. Tout comme celles de l'ASPC³, les lignes directrices des États-Unis⁴, de l'Irlande⁵ et du Royaume-Uni⁷ incluent la pneumonie à titre de seul indicateur de maladie invasive aux fins de la gestion en santé publique.

Il a été déterminé que la pneumonie constitue une manifestation courante de maladie invasive à SGA; par exemple, dans le cadre d'une étude prospective menée sur la population ontarienne, 11 p. 100 des patients ayant une infection invasive à SGA souffraient de pneumonie⁹. L'expérience sur le terrain

démontre qu'il est difficile d'attribuer rapidement la pneumonie à l'infection à SGA (c'est-à-dire dans un délai d'au plus sept jours pour orienter les recommandations en matière de chimioprophylaxie). En l'absence de confirmation microbiologique fondée sur un échantillon respiratoire approprié, il revient au clinicien de déterminer si la pneumonie a été causée ou non par l'infection à SGA. Le diagnostic clinique de pneumonie à SGA est limité sur le plan de la sensibilité et la spécificité étant donné qu'il se fonde en grande partie sur les signes et symptômes du patient et l'interprétation des radiographies pulmonaires. Les défis et difficultés associés à l'identification de l'organisme à l'origine de la pneumonie dans le contexte de la gestion de la pneumonie extrahospitalière ont été adéquatement décrits^{10, 11}. Le CCPMI-MT reconnaît qu'il est difficile de diagnostiquer une pneumonie chez les patients ayant la maladie invasive à SGA et que les cas de maladie grave à SGA s'accompagnant de pneumonie montreraient probablement d'autres signes de gravité correspondant à la définition de maladie invasive grave à SGA (p. ex. syndrome de choc toxique à streptocoque [SCTS]). Voir les définitions de cas à l'Annexe 2.

Les recommandations du CCPMI-MT en matière d'utilité de la pneumonie à titre de seul indicateur de gravité clinique ont été élaborées en consultation avec la D^{re} Allison McGeer (communications personnelles; non référencées, janvier 2012).

3. Définition de la nécrose à tissus mous en tant qu'indicateur de gravité

Recommandation

À des fins de gestion de la maladie invasive à SGA en santé publique, la définition de la nécrose des tissus mous ne devrait pas inclure la nécrose/gangrène superficielle ou chronique des tissus mous ou la cellulite aiguë ou chronique. La nécrose des tissus mous devrait être aiguë, présente sous la peau (p.ex. fasciite nécrosante, myosite ou gangrène) et déterminée par un clinicien.

Généralités

Les bureaux de santé publique ont demandé des éclaircissements sur les situations qui correspondraient à la définition de nécrose des tissus mous à titre d'indicateur de gravité du cas de maladie invasive à SGA. L'infection nécrosante des tissus mous se manifeste généralement par l'apparition soudaine d'une douleur intense¹²⁻¹⁴. Les infections nécrosantes de la peau et des tissus mous causées par l'infection à SGA progressent généralement rapidement le long des plans fasciaux, ce qui entraîne la nécrose du tissu subcutané¹³. Cela n'inclut pas la gangrène chronique ou l'infection superficielle, comme la cellulite ou les abcès infectés.

Selon les lignes directrices de l'ASPC, les cas de maladie invasive à SGA s'accompagnant de « nécrose des tissus mous (y compris la fasciite nécrosante, la myosite et la gangrène) »^{3, p. 3} sont jugés graves et entraîneraient des recommandations en matière de chimioprophylaxie chez les contacts étroits admissibles. Les définitions de cas et recommandations en matière de gestion des contacts du chapitre propre à la maladie invasive à SGA des Annexes A et B (en anglais) du *Protocole concernant les maladies infectieuses* des Normes de santé publique de l'Ontario concordent avec les recommandations de l'ASPC^{1,2}.

Gestion des contacts

4. Définition des contacts étroits

Recommandation

La définition des contacts étroits des lignes directrices de l'Agence de la santé publique du Canada devrait servir à repérer les groupes admissibles à la chimioprophylaxie³, c'est-à-dire les personnes qui ont été exposées à un cas de maladie invasive grave confirmée à SGA dans les sept jours précédant l'apparition des symptômes chez le patient et jusqu'à 24 heures après le début du traitement du patient à l'aide d'un agent antimicrobien, et qui :

- ont passé avec le cas au moins quatre heures/jour en moyenne au cours des sept jours précédents ou 20 heures/semaine
- ont couché dans le même lit que le cas ou ont eu des relations sexuelles avec le cas
- ont eu des contacts muqueux directs avec les sécrétions orales ou nasales du cas ou des contacts directs non protégés avec une lésion cutanée ouverte chez le cas
- ont partagé des aiguilles (c'est-à-dire pour la consommation de drogues à injecter) avec le cas
- ont eu des contacts avec le cas dans des services de garde d'enfants ou à l'hôpital, dans certaines circonstances.

S'il est déterminé que de nombreux groupes de personnes sont admissibles à la chimioprophylaxie, les professionnels de la santé publique pourraient accorder la priorité à l'administration en temps opportun d'antibioprophylaxie aux contacts étroits parmi les groupes à risque élevé, tel que l'indiquent les lignes directrices de gestion de la maladie invasive à SGA des Centers for Disease Control and Prevention américains (p. ex. les personnes de plus de 65 ans, infectées à VIH ou atteintes du diabète, de la varicelle, du cancer ou de maladie du cœur, ainsi que les consommateurs de drogues à injecter et de stéroïdes)^{4, p. 952}.

Généralités

Lignes directrices de l'ASPC

Les lignes directrices actuelles de l'ASPC recommandent la chimioprophylaxie pour les contacts étroits de cas d'infection grave à SGA³. La définition des contacts étroits des lignes directrices de l'ASPC (voir les Annexes 4 et 5) sert à orienter la gestion des contacts, y compris l'identification des groupes admissibles à la chimioprophylaxie.

L'efficacité de l'antibioprophylaxie et le régime optimal à administrer aux contacts n'ont pas été bien définis, mais les lignes directrices de l'ASPC conseillent à l'heure actuelle d'offrir la chimioprophylaxie aux contacts étroits d'un cas de maladie invasive à SGA qui montre des signes d'infection grave, comme un SCTS, une fasciite nécrosante, une méningite ou la mort. La prophylaxie a pour but d'empêcher la colonisation rhino-pharyngée du SGA et de prévenir la maladie.

Comparaison des lignes directrices

Les lignes directrices de l'ASPC diffèrent des lignes directrices de gestion de la maladie invasive à SGA en santé publique des États-Unis, du Royaume-Uni, de l'Irlande et de l'Australie (voir l'Annexe 1)^{4-7,15}, ce qui illustre les différentes recommandations en matière de chimioprophylaxie pouvant découler d'éléments probants semblables (voir ci-après). Les autorités compétentes de différents territoires ont suivi différents raisonnements au moment d'établir leurs lignes directrices. Les lignes directrices américaines de 2002 sont axées sur les facteurs propres à l'hôte qui agissent sur la susceptibilité à la maladie invasive à SGA⁴, tandis que les lignes directrices canadiennes tentent de cibler la bactérie et sa virulence au moyen d'antibiotiques³. On ne connaît pas l'importance relative de l'infection associée aux facteurs propres à l'hôte par rapport à l'infection associée à la souche de SGA; cela fait en sorte qu'il est impossible de déterminer avec certitude quelle est l'approche de prévention de l'infection la plus efficace.

Éléments probants relatifs au risque de maladie invasive à SGA chez les contacts étroits, tirés d'études basées sur une population

Deux études prospectives de surveillance nord-américaines axées sur une population donnée ont mesuré le risque de maladie invasive à SGA parmi les contacts familiaux.^{9,16} Davies et coll. ont estimé le taux d'infection invasive à SGA chez les contacts familiaux identifiés au moyen de la surveillance active de la population ontarienne⁹. Tout au long de la période à l'étude (janvier 1992 à juin 1995), quatre cas sont survenus parmi un total de 1 360 contacts familiaux de cas sporadiques d'infection invasive à SGA. Trois cas touchaient des couples de conjoints et un cas touchait deux enfants d'une même famille⁹. Ces observations reflètent un taux de 294 cas par 100 000 personnes (intervalle de confiance de 95 % 80–750 cas par 100 000) pour la période de 3,5 ans de l'étude⁹.

Robinson et coll. ont estimé le risque de transmission de l'infection invasive à SGA parmi les contacts familiaux aux États-Unis¹⁶. Tout au long de la période de l'étude (janvier 1997 à avril 1999), un cas confirmé pour 1 514 contacts familiaux a été rapporté chez des conjoints. Un second cas probable de transmission entre un parent et un enfant a été rapporté, mais celui-ci n'a pas été confirmé en laboratoire. Ces données reflètent un taux d'infection invasive à SGA parmi les contacts familiaux de 66 par 100 000 si on tient compte uniquement du cas confirmé en laboratoire, ou de 132,1 par 100 000 si on tient compte à la fois du cas confirmé en laboratoire et du cas probable¹⁶.

De plus, une étude de suivi de données de surveillance accrue menée en 2003 en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord a permis de repérer cinq grappes familiales d'infection invasive à SGA, soit trois cas de transmission entre mères et nouveau-nés et deux cas de transmission entre conjoints^{7, p.356}. Le risque de nouveaux cas de transmission entre une mère et son bébé a donc été jugé élevé si l'infection invasive à SGA se produit chez la mère ou le bébé durant la période néonatale. Selon les données du Royaume-Uni, il serait donc nécessaire de traiter (c'est-à-dire administration de chimioprophylaxie) plus de 2 000 personnes pour prévenir un cas d'infection invasive à SGA chez les autres contacts familiaux, et ce, si on part du principe que la chimioprophylaxie est efficace à 100 %⁷.

Évaluation des éléments probants à l'origine des recommandations tirées des lignes directrices actuelles

Il n'existe pas de preuves scientifiques concluantes permettant de mesurer le risque de maladie invasive à SGA parmi les contacts familiaux des personnes infectées. Dans les lignes directrices de l'ASPC, la chimioprophylaxie ciblée des contacts étroits de cas de maladie invasive grave à SGA est fondée sur des opinions d'experts et la plausibilité biologique³. Pour certains agents infectieux, une correspondance a pu être établie entre la souche particulière et la gravité de l'infection, mais ce n'est pas le cas de l'infection invasive à SGA. L'inclusion des personnes qui ont eu des contacts muqueux directs avec les sécrétions orales ou nasales d'un cas, qui ont couché dans le même lit que le cas, qui ont eu des

relations sexuelles avec le cas à la définition des contacts étroits des lignes directrices de l'ASPC, contrairement aux lignes directrices des autorités compétentes d'autres territoire³, est aussi fondée sur des opinions d'experts et la plausibilité biologique³. Il n'existe pas d'étude observationnelle ou de rapport de cas documentant la transmission du SGA au moyen de ce type de contact.

Étant donné que seules des opinions d'experts expliquent les différences entre les diverses lignes directrices, le CCPMI-MT est d'avis que les lignes directrices de l'ASPC sont appropriées dans le contexte ontarien.

Le CCPMI-MT reconnaît également que les circonstances, la logistique et l'épidémiologie entourant certains cas d'infection invasive à SGA et contacts sont parfois uniques et complexes, et pourraient exiger une expertise clinique pour déterminer quels contacts étroits devraient faire l'objet de chimioprophylaxie. Si les lignes directrices fournissent certains points de repère, elles ne doivent pas se substituer au jugement des cliniciens et des autorités responsables de la santé publique. L'interprétation des lignes directrices peut parfois varier d'un professionnel à l'autre.

On ne s'attend pas à ce que l'application du jugement des cliniciens/autorités responsables de la santé publique mène à la décision d'administrer la chimioprophylaxie à quiconque ne serait pas couramment inclus aux contacts étroits conformément aux lignes directrices de l'ASPC. On s'attend également à ce que les cliniciens et autorités responsables de la santé publique doivent prendre des décisions difficiles lorsqu'il s'agit de délimiter les contacts étroits d'un cas particulier de maladie invasive à SGA, surtout quand on ne peut pas établir définitivement l'étendue des contacts muqueux directs.

Quoi qu'il en soit, on devrait couramment sensibiliser tous les contacts étroits aux signes et symptômes de l'infection invasive à SGA et les aviser d'obtenir des soins médicaux si des symptômes se manifestent. Les professionnels de la santé publique ne devraient pas perdre cette tâche de vue au moment de déployer des efforts en vue d'identifier les groupes admissibles à la chimioprophylaxie.

5. Durée de la surveillance des signes et symptômes d'infection invasive à SGA parmi les contacts étroits d'un cas d'infection à SGA : 21 par opposition à 30 jours

Recommandation

Les conseils prodigués par les bureaux locaux de santé publique aux contacts étroits relativement au suivi des signes et symptômes de maladie invasive à SGA devraient se conformer aux recommandations formulées dans les lignes directrices de l'ASPC, qui prévoient de « consulter immédiatement un médecin s'ils présentent une maladie fébrile ou toute autre manifestation clinique d'une infection à SGA dans les 30 jours suivant le diagnostic chez le cas index »^{3, p. 8}.

Généralités

Le chapitre propre à la maladie invasive à SGA (en anglais) des Annexes A¹ et B² (en anglais) du *Protocole concernant les maladies infectieuses* des Normes de santé publique de l'Ontario indique ce qui suit : « Tous les contacts de cas de maladie invasive devraient être avisés des signes et symptômes de l'infection à SGA et du besoin d'obtenir des soins médicaux si de tels signes et symptômes se manifestent dans les 30 jours

suivant l'exposition au cas^{1, p. 6}. » Cela repose sur les lignes directrices de l'ASPC³, qui vont dans le sens de lignes directrices de gestion des États-Unies, du Royaume-Uni et de l'Irlande^{4,7,5}.

Il existe peu d'éléments probants permettant de déterminer correctement le temps qu'il faut à une personne exposée pour manifester des signes et symptômes d'infection à SGA³. La plupart des cas secondaires devraient survenir bien avant 30 jours, mais cette période couvre tout l'espace de temps durant lequel une personne exposée est le plus susceptible de manifester des signes et symptômes d'infection. Selon Heymann, la période d'incubation de l'infection à SGA est de un à trois jours¹⁷; cependant, on pense que la période nécessaire pour que l'infection devienne invasive et que des symptômes se manifestent peut être plus longue (7 à 14 jours)³ chez une personne colonisée à SGA (communications personnelles; non référencées, D^{re} Allison McGeer, août 2012). Le fait de recommander aux contacts de surveiller les signes et symptômes pendant 30 jours simplifie les communications et offre quelques jours de précaution de plus.

Dépistage dans les établissements de soins de longue durée

6. Indications concernant le dépistage de l'infection à SGA dans les établissements de soins de longue durée

Recommandation

Les bureaux locaux de santé publique et fournisseurs de soins de santé devraient suivre les lignes directrices de l'ASPC en matière de dépistage de l'infection à SGA dans les établissements de soins de longue durée (ÉSLD) afin d'éviter les cas de dépistage inutiles ou redondants³.

Aux termes des lignes directrices de l'ASPC³, si on confirme un cas de maladie invasive à SGA dans un ÉSLD, on doit effectuer un examen rétrospectif des dossiers pour détecter toute surincidence de cas confirmés ou possibles chez les résidents dans les quatre à six semaines précédentes. En cas de surincidence d'infection à SGA, on doit envisager d'effectuer le dépistage de l'infection à SGA (c'est-à-dire cultures de gorge, de nez et de lésions cutanées) chez :

- tous les membres du personnel soignant
- tous les résidents des ÉSLD qui comptent plus de 100 lits OU les résidents soignés dans la même unité que le cas d'infection invasive à SGA et, au besoin, les contacts de ces cas dans les ÉSLD qui comptent 100 lits ou plus, OU les résidents soignés dans la même unité que le cas d'infection invasive à SGA et, au besoin, les contacts de ces cas, OU un groupe de personnes plus étendu selon les mouvements du personnel et des résidents et des preuves épidémiologiques disponibles.

Les lignes directrices de l'ASPC^{3, p. 5} définissent de la façon suivante une surincidence d'infection à SGA dans un ÉSLD :

- > 1 cas d'infection invasive à SGA confirmée en laboratoire pour 100 résidents par mois
- ≥ 2 cas d'infection invasive à SGA confirmée par une culture en 1 mois dans les établissements comptant moins de 200 résidents
- > 4 cas d'infection invasive ou non invasive à SGA possible par 100 résidents en 1 mois.

Généralités

En ce qui a trait au dépistage dans les ÉSLD, les lignes directrices de l'ASPC indiquent que les mesures suivantes doivent être prises (voir ci-après) dans les ÉSLD qui comptent au moins un cas confirmé de maladie **invasive** à SGA :

- Lorsqu'il y a un cas confirmé de maladie invasive à SGA dans un établissement de soins de longue durée comme une maison de soins infirmiers, l'établissement devrait effectuer un examen rétrospectif des dossiers de tous les résidents de l'établissement pour les 4 à 6 semaines précédentes afin de repérer les cas de maladie à SGA confirmés par une culture et tout cas possible d'infection non invasive ou invasive à SGA, en incluant les infections de la peau et des tissus mous (p. ex., pharyngite et cellulite) mais en excluant la pneumonie et la conjonctivite non confirmée par une culture³.

Les lignes directrices de l'ASPC définissent de la façon suivante la surincidence d'infection à SGA ou une éclosion dans un ÉSLD :

- Un taux d'incidence d'infection invasive à SGA confirmée en laboratoire de 1 pour 100 résidents par mois ou au moins 2 cas d'infection invasive à SGA confirmée par une culture en 1 mois dans les établissements comptant moins de 200 résidents ou un taux d'incidence d'infection à SGA invasive possible ou non invasive de 4 pour 100 résidents par mois^{3, p.5}.

Les lignes directrices de l'ASPC suggèrent de prendre les mesures suivantes en cas de détection d'une surincidence d'infection à SGA :

- Tous les membres du personnel soignant devraient faire l'objet d'un test de dépistage du SGA au moyen de cultures de prélèvements de gorge, de nez et de lésions cutanées. Dans les ÉSLD qui comptent moins de 100 lits, tous les résidents devraient faire l'objet d'un dépistage du SGA. Dans les ÉSLD qui comptent 100 lits ou plus, le dépistage peut se limiter aux résidents soignés dans la même unité que le cas infecté et aux contacts du cas au besoin, à moins que les mouvements de patients et du personnel soignant ou des preuves épidémiologiques (p. ex., données provenant de l'examen des dossiers) indiquent que le dépistage devrait se faire à plus grand échelle^{3, p.9}.

L'analyse documentaire a révélé que les lignes directrices de l'ASPC relatives au dépistage des porteurs asymptomatiques associés à une éclosion d'infection invasive à SGA ne suivent pas les lignes directrices des autorités compétentes d'autres territoires. Par exemple, les lignes directrices de l'Irlande et du Royaume-Uni ne recommandent pas explicitement le dépistage. Plutôt, elles recommandent de tester et de traiter les personnes susceptibles de présenter des symptômes de possible pharyngite à SGA ou infection cutanée durant l'éclosion^{5, 7}. Le CCPMI-MT a examiné attentivement les recommandations plus libérales de l'ASPC en matière de dépistage, y compris leur rapport coût-efficacité, et a conclu qu'il n'existait aucun élément probant puissant ou convaincant permettant de privilégier une méthode de dépistage plutôt qu'une autre. Les différentes approches sont en grande partie fondées sur des opinions d'experts et la plausibilité biologique, plutôt que sur des éléments probants scientifiques. Santé publique Ontario continuera d'analyser les données locales en matière de surveillance relatives aux éclosions récentes d'infections invasives à SGA dans les ÉSLD afin de mieux orienter les lignes directrices actuelles.

Annexes

Annexe 1 : Comparaison des recommandations des autorités compétentes de divers territoires relativement à la chimioprophylaxie

Territoire	Recommandations relatives à la chimioprophylaxie
Australie (Queensland) ⁶	• <i>Communicable disease control manual</i>⁶ ○ Les bureaux de santé publique locaux peuvent entreprendre l'antibioprophylaxie de masse des enfants âgés de 2 à 12 ans pour contrôler les éclosons de glomérulonéphrite post-streptococcique aiguë
Australie (Victoria) ¹⁵	• Gestion des contacts menée par le ministère de la santé de Victoria, en Australie¹⁵ : ○ Envisager le diagnostic des contacts symptomatiques; peu de personnes en contact avec le SGA contracteront la maladie invasive à SGA. À l'heure actuelle, on ne connaît pas avec certitude le rôle que joue l'antibioprophylaxie chez les contacts étroits des cas d'infection invasive à SGA ○ Cependant, l'antibiothérapie peut, dans certaines circonstances, s'avérer appropriée chez les personnes courant un risque élevé d'infection
Canada ³	• La chimioprophylaxie est recommandée chez tous les contacts étroits de cas d'infection invasive grave à SGA
Irlande ⁵	• On devrait administrer la chimioprophylaxie aux contacts étroits s'ils ont des symptômes qui donnent à penser un cas d'infection localisée à SGA, ainsi qu'à la mère et au bébé si l'un des deux contracte une infection invasive à SGA durant la période néonatale (premiers 28 jours de vie)
Royaume-Uni ⁷	• On devrait administrer l'antibioprophylaxie aux personnes suivantes uniquement : mère et nouveau-né si l'un des deux contracte une infection invasive à SGA; contacts étroits s'ils manifestent des symptômes d'infection à streptocoque du groupe A (p. ex. mal de gorge, fièvre, infection cutanée); tous les contacts familiaux si plus d'un cas d'infection invasive à SGA survient dans un ménage au cours d'une période de 30 jours
États-Unis ⁴	• Peut être administré à tous les contacts familiaux si un membre a l'un des facteurs de risque suivants : plus de 65 ans, infection à VIH, diabète, varicelle, cancer, maladie du cœur, consommation de drogues à injecter ou de stéroïdes.

Annexe 2 : Comparaison des directives des autorités compétentes de différents territoires en matière de gestion de l'infection invasive à SGA et du décès

Jurisdiction	Attribution of cause of death to GAS
Australia (Queensland Victoria) ^{6,15}	Not addressed
Canada ³	Not addressed; no time frame specified after Group A Streptococcal (GAS) isolation
Ireland ⁵	Not addressed
United Kingdom ⁷	Not addressed
United States ⁴	Not addressed; no time frame specified after GAS isolation

Annexe 3 : Comparaison des directives des autorités compétentes de différents territoires en matière de gestion de l'infection invasive à SGA et de la pneumonie

Territoire	Référence à la pneumonie	Commentaire
Australie (Queensland ⁶ , Victoria ¹⁵)	Non considéré	Aucune directive nationale sur l'infection invasive à SGA
Canada ³	Pneumonie à SGA mentionnée dans la définition d'un cas grave (p. 4, Tableau 2)	Dans la catégorie des mesures de contrôle des infections visant à prévenir la transmission de l'infection invasive à SGA : Pour les besoins de la lutte anti-infectieuse, la pneumonie à SGA avec ou sans hémoculture positive est considérée comme une infection invasive, bien qu'elle ne soit pas classée comme telle aux fins de la déclaration des cas (p. 24)
Irlande ⁵	- D'autres causes de maladie invasive à SGA, y compris l'infection focale, la maladie auto-immune ou la malignité - Les manifestations cliniques de la maladie invasive à SGA peuvent inclure d'autres maladies invasives comme des pathologies invasives focales à SGA : la méningite, la pneumonie, la péritonite, la sepsie puerpérale, l'ostéomyélite, l'arthrite septique et les infections de plaies opératoires (p. 21)	Le document fait état du point de vue des experts du sous-comité sur l'infection invasive à SGA découlant d'une analyse de la documentation scientifique et d'un exercice de consultation. Parmi les composantes cliniques de la définition de cas (à jour le 1 ^{er} janvier 2004) figure la maladie fébrile aiguë pouvant être associée au syndrome de choc toxique à streptocoque (p. 6)
Royaume-Uni ⁷	La pneumonie est incluse à la définition dans la catégorie « autres maladies invasives »	Les trois syndromes cliniques sont décrits. Le troisième porte sur les « infections caractérisées par l'isolement du SGA dans un site normalement stérile chez les patients qui ne satisfont pas aux critères de syndrome de choc toxique à streptocoque ou de fasciite nécrosante. Parmi ce groupe figurent la bactériémie sans foyer identifié et les infections focales comme la méningite et la pneumonie (contacts étroits, p. 355)
États-Unis ⁴	Les infections invasives à SGA peuvent prendre différentes formes de syndromes cliniques, y compris la pneumonie ou la bactériémie jumelée à une infection cutanée.	Selon la définition de cas des CDC (p. 32)

Annexe 4 : Comparaison des directives des autorités compétentes de différents territoires en matière de définition des contacts étroits

Territoire	Définition des contacts étroits
Australie (Queensland ⁶ , Victoria) ¹⁵	Non défini
Canada ³	- Personnes qui ont passé avec le cas quatre heures/jour en moyenne au cours des sept derniers jours ou 20 heures/semaine - Les personnes ayant eu les types de contacts suivants avec le cas d'infection à SGA : partage du lit, relations sexuelles, contacts muqueux directs avec les sécrétions orales ou nasales d'un cas d'infection à SGA ou contacts directs avec des lésions cutanées ouvertes, partage de seringues
Irlande ⁵	Contacts familiaux : - Tous les contacts du ménage d'un cas de maladie invasive à SGA ayant été en contact avec le cas dans les sept jours précédant la manifestation de la maladie Autres contacts étroits : - Personnes qui ont couché dans le même lit que le cas OU - Personnes qui ont eu des contacts muqueux directs avec les sécrétions orales ou nasales d'un cas dans les sept jours précédant la déclaration de la maladie chez le cas
Royaume-Uni ⁷	Personnes qui ont eu des contacts étroits prolongés avec un cas en milieu de type ménage durant les sept jours précédant le début de la maladie
États-Unis ⁴	Personnes ayant passé au moins 24 heures avec un cas index au cours des sept jours précédant la déclaration des symptômes du patient

Annexe 5 : Définitions de cas d'infection invasive à SGA selon les lignes directrices de l'ASPC

Vous trouverez ci-après les définitions de cas confirmé de maladie invasive à SGA, cas grave de maladie invasive à SGA et contacts étroits dont fait état le *Supplément – Lignes directrices pour la prévention et le contrôle de la maladie invasive due au streptocoque du groupe A* (p. 4, Tableau 1), disponible à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/32s2/index-fra.php>³. Ces définitions revêtent une importance dans le contexte des demandes de bureaux locaux de santé publique :

- **Cas confirmé** : Confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans signe clinique de la maladie invasive*^a. La confirmation en laboratoire nécessite l'isolement du *Streptococcus* du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) dans un site normalement stérile.
- **Cas grave [infection invasive à SGA]** : Cas de SCTS [syndrome de choc toxique à streptocoque], de nécrose des tissus mous (y compris fasciite nécrosante, myosite ou gangrène), de méningite, de pneumonie à SGA, d'autres affections menaçant le pronostic vital, ou cas confirmé se soldant par un décès.
 - **Contact étroit** : Pour qu'un contact soit considéré comme étroit, il faut qu'il ait été exposé au cas durant la période s'étendant du 7^e jour précédant l'apparition des symptômes chez le cas jusqu'à 24 heures après le début du traitement antimicrobien chez le cas.
 - Contacts familiaux d'un cas qui ont passé avec le cas au moins quatre heures/jour en moyenne au cours des sept derniers jours ou 20 heures/semaine
 - Personnes ne faisant pas partie du ménage qui ont couché dans le même lit que le cas ou ont eu des relations sexuelles avec le cas
 - Personnes qui ont eu des contacts muqueux directs avec les sécrétions orales ou nasales d'un cas (p. ex., bouche-à-bouche, baiser bouche ouverte) ou un contact direct non protégé avec une lésion cutanée ouverte chez le cas
 - Consommateurs de drogues à injecter qui ont partagé des aiguilles avec le cas
 - Certains contacts dans les ÉSLD (voir la section 6.3 des lignes directrices de l'ASPC)³
 - Certains contacts dans les services de garde d'enfants (voir la section 6.4 des lignes directrices de l'ASPC)³
 - Certains contacts dans les hôpitaux (voir l'annexe 3 des lignes directrices de l'ASPC)³

^a Les signes cliniques de la maladie invasive peuvent se manifester de différentes façons, notamment:

a) SCTS, qui se caractérise par une hypotension (pression systolique égale ou supérieure à 90 mm Hg chez les adultes ou se situant sous le 5^e percentile pour l'âge chez les enfants) et au moins deux des signes suivants :

- i. insuffisance rénale (taux de créatinine égal ou supérieur à 177 µmol/L chez les adultes)
- ii. coagulopathie (nombre de plaquettes égal ou supérieur à 100 000/mm³ ou coagulation intravasculaire disséminée)
- iii. altération de la fonction hépatique (TGO [ASAT], TGP [ALAT], ou bilirubine totale égale ou supérieure à 2 fois la limite supérieure des valeurs normales)
- iv. syndrome de détresse respiratoire de l'adulte (SDRA)
- v. éruption maculaire érythémateuse généralisée qui peut desquamer

- b) nécrose des tissus mous, y compris fasciite nécrosante, myosite ou gangrène
- c) méningite
- d) une combinaison des manifestations susmentionnées.

Annexe 6 : Stratégies de recherche

Stratégies de recherche

Recherche dans la documentation à comité de lecture sur l'infection à SGA et les contacts étroits

1^{re} recherche : CINAHL with Full Text, Show allMEDLINE, Academic Search Premier, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive

#	Query
S7	(Streptococcus pyogenes or Streptococcus group A or Invasive group A Streptococcus infections) AND intimate contact
S6	(Streptococcus pyogenes or Streptococcus group A or Invasive group A Streptococcus infections) AND (cross infection or disease transmission)
S5	(Streptococcus pyogenes or Streptococcus group A or Invasive group A Streptococcus infections) AND (cross infection or disease transmission)
S4	(family or intra-familial or case-patient or "person to person" or shared environment or carriage or familial carriage or "close contact") AND (Streptococcus pyogenes or Streptococcus group A or Invasive group A Streptococcus infections) AND (cross infection or disease transmission)
S3	(STREPTOCOCCUS pyogenes OR STREPTOCOCCAL infections) AND (family or intra-familial)
S2	(STREPTOCOCCUS pyogenes OR STREPTOCOCCAL infections) AND cross
S1	(STREPTOCOCCUS pyogenes OR STREPTOCOCCAL infections) AND "close contact"

2^e recherche :

#	Searches
1	Streptococcus pyogenes /
2	Streptococcus group A/ or group A streptococcal infection/ or Streptococcus infection/ or bacterial infection/
3	1 or 2
4	family/
5	intra-familial.mp.
6	close contact.mp.
7	carriage.mp.

#	Searches
8	shared environment.mp.
9	person to person.mp.
10	familial carriage.mp.
11	intimate contact.mp.
12	4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11
13	disease transmission/
14	cross infection/dm, ep, pc [Disease Management, Epidemiology, Prevention]
15	13 or 14
16	3 and 12 and 15
17	limit 16 to (english language and yr="2008 -Current")
18	3 and 15
19	limit 18 to (human and english language and yr="2008 -Current")
20	1 and 15
21	limit 20 to (english language and yr="2008 -Current")
22	Streptococcus group A/ 3468
23	15 and 22
24	limit 23 to (english language and yr="2008 -Current")
25	17 or 21 or 24

Recherche dans la documentation grise et le Web sur l'infection à SGA et les définitions de contacts étroits

APIC Text : <http://text.apic.org/item-75/chapter-71-streptococci/basic-principles>

CANADA

Terre-Neuve et Labrador, Department of Health & Community Services Disease Control Division. *Guideline for management of invasive group A streptococcal disease across the continuum of care*, St. Johns, NL, gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.health.gov.nl.ca/health/publichealth/cdc/invasive_groupa_streptococcal_management.pdf

Yukon Health and Social Services, Yukon Communicable Disease Control. *Invasive Group A Streptococcal disease*, Whitehorse, YT, gouvernement du Yukon, 2011. Accessible à l'adresse : http://www.hss.gov.yk.ca/pdf/ycdc_igas.pdf

Alberta Health and Wellness. *Public Health notifiable disease management guidelines: Streptococcal disease – Group A, Invasive*, gouvernement de l'Alberta; c2003-2011. Accessible à l'adresse : <http://web.archive.org/web/20130530040130/http://www.health.alberta.ca/documents/Guidelines-Streptococcal-Disease-Group-A-Invasive-2011.pdf>

Manitoba Health, Communicable Disease Control Unit. *Communicable disease management protocol: invasive group A streptococcal disease*, Winnipeg, MB, province du Manitoba; 2007. Accessible à l'adresse : <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/igas.pdf>

Saskatchewan Ministry of Health. *Communicable disease control manual. Section 2: respiratory and direct contact*, Regina, SK, gouvernement de la Saskatchewan; 2010. Accessible à l'adresse : <http://www.health.gov.sk.ca/cdc-section2>

Nova Scotia Department of Health and Wellness, Communicable Disease Prevention and Control. *Nova Scotia communicable disease manual. Direct contact, respiratory routes, and through the provision of healthcare*, Halifax, NS, province de la Nouvelle-Écosse, Crown copyright; nd. Accessible à l'adresse : http://www.gov.ns.ca/hpp/publications/cdc_section_8.pdf

BC Centre for Disease Control. *Streptococcal disease, Invasive, Group A: definition* [Internet], Vancouver, BC, BCCDC; 27 déc. 2012. Accessible à l'adresse : http://www.bccdc.ca/dis-cond/a-z/_s/StreptococcalDiseaseInvasiveGroupA/overview/default.htm

ROYAUME-UNI

Public Health England, Health Protection Agency. *Interim UK guidelines for management of close community contacts of invasive group A streptococcal disease (iGAS)*, London, Crown Copyright, 2008. Accessible à l'adresse : http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1229673231242

Public Health England. *Guidelines on streptococcal infections: questions & answers for close community contacts of cases of iGAS* [Internet]. London, Crown Copyright, 13 juillet 2010 [cité le 9 septembre 2013]. Accessible à l'adresse : <http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/StreptococcalInfections/Guidelines/strepInvasiveGroupAStrepIGAS/>

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

National Center for Immunization and Respiratory Diseases. *Investigating clusters of group A streptococcal disease. Recommendations for local and state health agencies involved in public health investigations of GAS infections* [Internet], Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 10 déc. 2007. Accessible à l'adresse :

http://www2.cdc.gov/ncidod/dbmd/abcs/calc/calc_new/start_investigation.htm

New York State, Department of Health. *Streptococcal infections (invasive group A strep, GAS)* [Internet], Albany, NY, NY State Department of Health, nov. 2011. Accessible à l'adresse :

http://www.health.ny.gov/diseases/communicable/streptococcal/group_a/fact_sheet.htm

Ohio Department of Health. Infectious disease control manual. *Section III: reportable diseases and syndromes: streptococcus, group A, invasive*, Columbus, OH, Ohio Department of Health, 2014.

Accessible à l'adresse : <http://www.odh.ohio.gov/pdf/IDCM/strpa.pdf>

South Carolina Department of Health and Environmental Control (DHEC). *Bureau of disease control: group A streptococcal* [Internet], Columbia, SC, DHEC, c2013. Accessible à l'adresse :

<http://www.scdhec.gov/health/disease/group-a-streptococcal.htm>

West Virginia Bureau for Public Health, Division of Infectious Disease Epidemiology. *Invasive group A streptococcal disease (IGAS) and streptococcal toxic shock syndrome (STSS) surveillance protocol*, Charleston, WV, State of West Virginia, 2011. Accessible à l'adresse :

http://www.dhhr.wv.gov/oeps/disease/IBD_VPD/IBD/Documents/IGAS_Protocol.pdf

AUSTRALIE

Victorian State Government, Department of Health. *Streptococcal disease (group A beta-haemolytic streptococcus)* [Internet], Melbourne, VC, State of Victoria, 10 février 2007. Accessible à l'adresse :

<http://ideas.health.vic.gov.au/bluebook/streptococcal.asp>

Recherche de lignes directrices sur la gestion de la maladie invasive à SGA dans la documentation à comité de lecture

iGAS guidelines 1998-current (EMBASE)

1^{re} recherche :

Embase 1988 – 2011 Week 40

#	Searches
1	iGAS.mp.
2	exp Streptococcus/
3	exp Streptococcal Infections/
4	streptococcal disease.mp
5	group A.mp.
6	2 or 3 or 4
7	5 and 6
8	invasive group A streptococc*.mp.
9	1 or 8
10	(guideline* or recommend*).mp.
11	9 and 10
12	7 and 10
13	11 or 12
14	limit 13 to yr="1998 -Current"
15	from 14 keep 10, 12, 16, 18, 25, 28...

iGAS Guidelines – 1998-current (MEDLINE)

2^e recherche :

Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present

#	Searches
1	iGAS.mp.
2	exp Streptococcus/
3	exp Streptococcal Infections/
4	group A.mp.
5	invasive group A streptococc*.mp.
6	2 or 3
7	4 and 6
8	1 or 5
9	(guideline or recommend*).mp.
10	8 and 9
11	7 and 9
12	10 or 11
13	from 12 keep 2-3, 5-6, 9, 14-15, 21, 27...

Lignes directrices sur la gestion de la maladie invasive à SGA dans la documentation grise (Google)

Lignes directrices en lien avec le streptocoque invasif du groupe A

Stratégie de recherche : Le moteur Google a été utilisé pour repérer de la documentation grise sur les lignes directrices en lien avec le streptocoque invasif du groupe A sur Internet. Ces recherches ont visé les sites Web d'organismes de santé publique d'envergure, comme www.phac-aspc.gc.ca et www.cdc.gov, des ministères de la Santé des provinces et territoires canadiens, et des organismes nationaux et internationaux (voir ci-après la liste des sites Web vérifiés). Des recherches ont également été menées à l'aide du moteur Google dans les sites des domaines .gov, .org. Enfin, les références bibliographiques hautement pertinentes ont été passées en revue.

Résultats pertinents :

SCÈNE INTERNATIONALE

Organisation mondiale de la Santé, Département de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent. *Discussion papers on child health: a review of the technical basis for the control of conditions associated with group A streptococcal infections*, Genève, OMS, 2005 [cité le 13 oct. 2011]. Accessible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_FCH_CAH_05.08.pdf

CANADA

Alberta :

Alberta Health and Wellness. *Public Health notifiable disease management guidelines: Streptococcal disease – Group A, Invasive*, gouvernement de l'Alberta, c2003-2011.

Accessible à l'adresse :

<http://web.archive.org/web/20130530040130/http://www.health.alberta.ca/documents/Guidelines-Streptococcal-Disease-Group-A-Invasive-2011.pdf>

Colombie-Britannique :

BC Centre for Disease Control. *Communicable disease control: invasive group A streptococcal disease*, Victoria, BC, BCCDC, 2008 [cité le 13 oct. 2011]. Accessible à l'adresse : http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/75D280A8-D5B4-430F-9E65-F52C3D35C366/0/EPI_Guideline_GASFeb08_20100324.pdf.

Manitoba :

Manitoba Health, Communicable Disease Control Unit. *Communicable disease management protocol: invasive group A streptococcal disease*, Winnipeg, MB, province du Manitoba, 2007 [cité le 13 oct. 2011]. Accessible à l'adresse : <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/igas.pdf>

Terre-Neuve et Labrador :

Terre-Neuve et Labrador, Department of Health & Community Services Disease Control Division. *Guideline for management of invasive group A streptococcal disease across the continuum of care*. St. Johns, NL, gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador, 2009. Accessible à l'adresse : http://www.health.gov.nl.ca/health/publichealth/cdc/invasive_groupa_streptococcal_management.pdf

Territoires du Nord-Ouest :

Northwest Territories Health and Social Services. *Northwest Territories infection control policy and procedure regarding the care of the deceased with an infectious disease*, Yellowknife, NT, Office of the Chief Medical Health Officer, 2008 [cité le 13 oct. 2011].

Accessible à l'adresse : http://www.hss.gov.nt.ca/sites/default/files/page_82_nwt_infection_control_policy_and_procedures_on_care_of_the_deceased_with_an_infectious_disease.pdf

Ontario :

Ontario, ministère de la Santé et des Services sociaux. *Protocole concernant les maladies infectieuses, 2013*, Annexe A sur les maladies spécifiques, chapitre « Group A Streptococcal Disease, invasive », Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013 (ou dans sa version actuelle). Accessible à l'adresse :

http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/gas_chapter.pdf

Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. « Appendix B: provincial case definitions for reportable diseases. Disease: Group A streptococcal disease, invasive (iGAS) », *Protocole concernant les maladies infectieuses, 2013*, Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013 (ou dans sa version actuelle), [cité le 29 nov 2013].

Accessible à l'adresse : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/gas_cd.pdf

Ontario, ministère de la Santé, Direction de la santé publique. *Guidelines for management of contacts of cases of invasive group A streptococcal disease (GAS) including streptococcal toxic shock syndrome (STSS) and necrotizing fasciitis*. Toronto, ON, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. Accessible à l'adresse : <http://microbiology.mtsinai.on.ca/protocols/pdf/k5c.pdf>.

Association des hôpitaux de l'Ontario et Ontario Medical Association. *Group A streptococcal disease surveillance protocol for Ontario hospitals*, Toronto, ON, Association des hôpitaux de l'Ontario, 2010 [cité le 13 oct. 2011]. Accessible à l'adresse : <http://web.archive.org/web/20120816012041/http://www.oha.com/Services/HealthSafety/Documents/Protocols/Group%20A%20Streptococcal%20Protocol%20Reviewed%20and%20Revised%20November%202010.pdf>

Québec :

Lefebvre J et Laboratoire de santé publique du Québec. *Surveillance en laboratoire des infections invasive sévère à Streptococcus pyogenes*, Montréal, QC, Institut national de santé publique du Québec, 2000 [cité le 13 oct. 2011]. Accessible à l'adresse : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/049_streptococcus_pyogenes_2000.pdf.

Institut national de santé publique du Québec. *STATLABO: Statistiques d'analyses du Laboratoire de santé publique du Québec*, 2009 [cité le 13 oct. 2011], vol. 8, n° 4. Accessible à l'adresse : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/bulletins/statlabo/STATLABO-Vol08No04.pdf>.

Saskatchewan:

Saskatchewan Ministry of Health. *Communicable disease control manual. Section 2: respiratory and direct contact. Group A streptococcal disease – invasive (iGAS)*. Regina, SK,

gouvernement de la Saskatchewan, 2011[cité le 13 oct. 2011]. Accessible à l'adresse : <http://www.health.gov.sk.ca/cdc-section2>

ROYAUME-UNI

Health Protection Surveillance Centre, Invasive Group A Streptococcus Sub-Committee. *The management of invasive group A streptococcal infections in Ireland*, Dublin, HPSC, 2006 [cité le 13 oct. 2011]. Accessible à l'adresse : <http://www.hpsc.ie/hpsc/A-Z/Other/GroupASTreptococcalDiseaseGAS/Publications/File,2080,en.pdf>

Davies, SC, Chief Medical Officer (Interim). *Re: Influenza, meningococcal infection and other bacterial co-infection including pneumococcal and invasive group A streptococcal infection (IGAS)*, London, R.-U. Department of Health, 2011 [13 oct. 2011]. Accessible à l'adresse : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215814/dh_123647.pdf

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE :

Capapetis JR, Paar J, Cherian T. *Standardization of epidemiologic protocols for surveillance of post-streptococcal sequelae: acute rheumatic fever, rheumatic heart disease and acute post-streptococcal glomerulonephritis*. Bethesda, MD, National Institute for Allergy and Infectious Diseases, 2006 [cité le 13 oct. 2011]. Accessible à l'adresse : <http://www.niaid.nih.gov/topics/strepThroat/Documents/groupasequelae.pdf>.

Kotloff K, Van Beneden C. *Standardization of epidemiologic protocols for surveillance of acute diseases caused by Streptococcus pyogenes: pharyngitis, impetigo, and invasive diseases*. Bethesda, MD, National Institute for Allergy and Infectious Diseases, 2008 [cité le 13 oct. 2011]. Accessible à l'adresse : <http://www.niaid.nih.gov/topics/strepThroat/Documents/acutegroupastrep.pdf>.

Municipalités et États américains :

Massachusetts Department of Public Health, Bureau of Communicable Disease Control. *Guide to surveillance, reporting and control. Group A Streptococcus (invasive)*. Boston, MA, Commonwealth of Massachusetts, 2006 [cité le 13 oct. 2011]. Accessible à l'adresse : <http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/disease-reporting/guide/group-a-strep.pdf>

Ohio Department of Health. *Infectious disease control manual. Section III: reportable diseases and syndromes: streptococcus, group A, invasive*. Columbus, OH, Ohio Department of Health, 2014 [cité le 13 oct. 2011]. Accessible à l'adresse : <http://www.odh.ohio.gov/pdf/IDCM/strpa.pdf>

West Virginia Bureau for Public Health, Division of Infectious Disease Epidemiology. *Invasive group A streptococcal disease (IGAS) and streptococcal toxic shock syndrome (STSS) surveillance protocol*. Charleston, WV, State of West Virginia, 2011 [cité le 13 oct. 2011]. Accessible à l'adresse : http://www.dhhr.wv.gov/oeps/disease/IBD_VPD/IBD/Documents/IGAS_Protocol.pdf

Kansas Department of Health and Environment. *Group A streptococcus, invasive infections including streptococcal toxic shock syndrome: disease management and investigative guidelines*. Topeka, KS, KDHE, 2010 [cité le 13 oct. 2011]. Accessible à l'adresse : http://www.kdheks.gov/epi/Investigation_Guidelines/Strep_A_Invasive DIG.pdf.

Website checklist: Infectious diseases

- | | |
|---|--|
| ☒ www.phac-aspc.gc.ca | ☒ www.bccdc.ca |
| ☒ www.msss.gouv.qc.ca | ☒ www.hltss.gov.nt.ca |
| ☒ www.hc-sc.gc.ca | ☒ www.health.alberta.ca |
| ☒ www.inspq.qc.ca | ☒ www.hss.gov.yk.ca |
| ☒ health-evidence.ca/ | ☒ www.health.gov.sk.ca |
| ☒ www.gnb.ca/0051/index-e.asp | ☒ www.who.int/ |
| ☒ www.cps.ca | ☒ www.gov.mb.ca/health |
| ☒ www.gov.ns.ca/DHW | ☒ www.cdc.gov/ |
| ☒ www.cma.ca | ☒ www.publichealthontario.ca |
| ☒ www.gov.pe.ca/health | ☒ www.ecdc.europa.eu/ |
| ☒ www.gov.bc.ca/health | ☒ www.health.gov.on.ca |
| ☒ www.health.gov.nl.ca | ☒ www.idsociety.org |
| ☒ www.healthlinkbc.ca | ☒ https://www.oma.org/ |
| ☒ www.hss.gov.nu.ca | ☒ www.isid.org/ |

Documentation à comité de lecture sur le *streptococcus pyogenes* et sa transmission

SEARCH 1 - MEDLINE

#	Query	Limiters/Expanders
S5	((MH "Disease Transmission, Infectious")) and (S4)	Search modes - Boolean/Phrase
S4	(MH "Disease Transmission, Infectious")	Search modes - Boolean/Phrase
S3	((MH "Infectious Disease Transmission, Professional-to-Patient") OR (MH "Infectious Disease Transmission, Patient-to-Professional") OR (MH "Infectious Disease Transmission, Vertical") OR (MH "Disease Transmission, Infectious") OR (MH "Cross-Sectional Studies")) AND MH "Streptococcus pyogenes"	Search modes - Boolean/Phrase
S2	(MH "Infectious Disease Transmission, Professional-to-Patient") OR (MH	Search modes - Boolean/Phrase

#	Query	Limiters/Expanders
	"Infectious Disease Transmission, Patient-to-Professional") OR (MH "Infectious Disease Transmission, Vertical") OR (MH "Disease Transmission, Infectious") OR (MH "Cross-Sectional Studies")	
S1	(MM "Streptococcus pyogenes")	Search modes - Boolean/Phrase

SEARCH 2 - EMBASE

#	Searches
1	exp disease transmission/pc [Prevention]
2	Staphylococcus infection/ or bacterial transmission/ or hospital infection/ or cross infection/or infection control/
3	Streptococcus pyogenes/
4	Streptococcus group A/
5	bacterial transmission/ or hospital infection/ or cross infection/ or infection control/
6	3 or 4
7	1 or 5
8	6 and 7
9	limit 8 to (english language and yr="2002 - Current")
10	from 9 keep 1-2, 4, 6, 18, 22, 32-33...

Documentation à comité de lecture sur les éclosions de maladie invasive à SGA dans les hôpitaux/établissements de soins de longue durée

SEARCH - MEDLINE

Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present

#	Searches
1	outbreak*.mp.
2	Streptococcus group A/
3	Streptococcus pyogenes/
4	long term care/
5	health care facility/
6	hospital/
7	Streptococcus infection/ or Streptococcus pneumoniae/ or bacteremia/ or Streptococcus
8	Health Facilities/
9	disease outbreaks.mp. [mp=ti, ab, sh, hw, tn, ot, dm, mf, dv, kw, nm, ps, rs, ui]
10	Streptococcal Infections.mp. [mp=ti, ab, sh, hw, tn, ot, dm, mf, dv, kw, nm, ps, rs, ui]
11	*Streptococcus infection/et [Etiology]
12	*Streptococcus group A/
13	*long term acute care hospital/
14	disease transmission.mp. [mp=ti, ab, sh, hw, tn, ot, dm, mf, dv, kw, nm, ps, rs, ui]
15	2 or 3 or 10 or 11 or 12
16	hospital infection/
17	4 or 5 or 6 or 8 or 13
18	9 or 16
19	1 and 15 and 17 and 18

Bibliographie

1. Ontario. Ministry of Health and Long-Term Care. Infectious diseases protocol, 2013. Appendix A: disease-specific chapters. Chapter: Group A streptococcal disease, invasive. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2013 [cited 2013 May 25]. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/gas_chapter.pdf
2. Ontario. Ministry of Health and Long Term Care. Infectious diseases protocol, 2013. Appendix B: provincial case definitions for reportable diseases. Disease: Group A Streptococcal disease, invasive (iGAS). Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2013 [cited 2013 Mar 20]. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/gas_cd.pdf.
3. Public Health Agency of Canada. Supplement: guidelines for the prevention and control of invasive group A streptococcal disease. CCDR. 2006 [cited 2012 Dec 10];32(Suppl 2):1-26. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/32s2/index-eng.php>.
4. Prevention of Invasive Group A streptococcal Infections Workshop Participants. Prevention of invasive group A streptococcal disease among household contacts of case patients and among postpartum and postsurgical patients: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention. Clin Infect Dis. 2002 [cited 2013 Apr 24];35(8):950-9. Available from: <http://cid.oxfordjournals.org/content/35/8/950.full.pdf+html>
5. Health Protection Surveillance Centre (Ireland), Invasive Group A streptococcus Sub-Committee. The management of invasive group A streptococcal infections in Ireland. Dublin: Health Protection Surveillance Centre; 2006 [cited 2013 Apr 24]. Available from: <http://www.hpsc.ie/hpsc/A-Z/Other/GroupAStreptococcalDiseaseGAS/Publications/File,2080,en.pdf>
6. Queensland Health. Communicable diseases control manual: a clinician's guide to the prevention and control of infectious diseases of public health importance. 5th ed. Herston: State of Queensland; 2011 [cited 2013 Apr 24]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au/ph/documents/cdb/19682.pdf>.
7. Health Protection Agency, Group A Streptococcal Working Group. Interim UK guidelines for management of close community contacts of invasive group A streptococcal disease. Commun Dis Public Health. 2004;7(4):354-61.
8. Lamagni TL, Neal S, Keshishian C, Powell D, Potz N, Pebody R, et al. Predictors of death after severe streptococcus pyogenes infection. Emerg Infect Dis. 2009 [cited 2013 Apr 24];15(8):1304-7. Available from: <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/15/8/pdfs/09-0264.pdf>
9. Davies HD, McGeer A, Schwartz B, Green K, Cann D, Simor AE, et al. Invasive group A streptococcal infections in Ontario, Canada. Ontario Group A Streptococcal Study Group. N Engl J Med. 1996 [cited 2013 Apr 24];335(8):547-54. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199608223350803>.

10. Mandell AL, Thomas JM, Grossman RF, Chow AW, Hyland RH; Canadian Infectious Disease Society; Canadian Thoracic Society. Summary of Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence-based update by the Canadian Infectious Disease Society and the Canadian Thoracic Society. *Can Respir J*. 2000 [cited 2013 Jun 1];7(5):371-82. Available from: <http://www.respiratoryguidelines.ca/sites/all/files/Community-acquired-Pneumonia-Guidelines-2000.pdf>
11. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis*. 2007;44(Suppl 2):S27-72.
12. Stockmann C, Ampofo K, Hersh AL, et al. Evolving epidemiologic characteristics of invasive group A streptococcal disease in Utah, 2002–2010. *Clin Infect Dis*. 2012;55(4):479-87.
13. De Waele JJ. Management of necrotizing skin and soft tissue infections. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2012;10(7):805-14.
14. Bisno AL, Cockerill FR 3rd, Bermudez CT. The initial outpatient-physician encounter in group A streptococcal necrotizing fasciitis. *Clin Infect Dis*. 2000;31(2):607-8.
15. Passmore J, Kelpie L, Carapetis J. Surveillance for invasive group A streptococcal disease in Victoria—the first 12 months. *Victor Infect Dis Bull*. 2003 [cited 2013 Jun 1];6(2):30. Available from: [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/901E0FC6D9E36D49CA2578C400021107/\\$FILE/vidbv6i2.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/901E0FC6D9E36D49CA2578C400021107/$FILE/vidbv6i2.pdf)
16. Robinson KA, Rothrock G, Phan Q, Saylor B, Stefonek K; Active Bacterial Core Surveillance/Emerging Infections Program Network. Risk for severe group A streptococcal disease among patients' household contacts. *Emerg Infect Dis*. 2003 [cited 2013 Jun 1];9(4):443-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2957982/pdf/02-0369.pdf>
17. Heymann DL, editor. Control of communicable diseases manual. 19th ed. Washington, DC: American Public Health Association; 2008.

Public Health Ontario

480 University Avenue, Suite 300,
Toronto, Ontario
M5G 1V2

647.260.7100

communications@oahpp.ca

www.publichealthontario.ca

