

Prévention et contrôle des infections

dans les
services
de garde
à l'enfance

GUIDE D'INTERVENTION



Prévention et contrôle des infections

dans les
services
de garde
à l'enfance



GUIDE D'INTERVENTION

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Des frais de 35,00 \$ sont exigés pour obtenir un exemplaire de ce document :
s'adresser à la direction de santé publique de votre région.

Le présent document peut être consulté sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est :
www.msss.gouv.qc.ca/enfance/preventioninfections

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-551-23722-7 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-54091-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2008

PRÉFACE

C'est avec plaisir et fierté que la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux s'associe au Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec pour présenter, dans un nouveau format, l'édition 2008 du guide d'intervention *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance*.

Un tel ouvrage, fondé sur des données scientifiques, nécessite qu'on mette régulièrement à jour son contenu et les recommandations qui en découlent, afin d'orienter adéquatement les interventions de santé publique dans les services de garde à l'enfance. C'est dans cette perspective que les membres du Comité, lequel est formé d'une équipe multidisciplinaire, ont produit cet outil de haute qualité scientifique adapté à la réalité d'intervention sur le terrain, là où, chaque jour, des activités de promotion, de prévention et de contrôle doivent être faites, afin de garder les enfants en santé.

L'intérêt marqué des intervenants de la santé pour ce volume est indéniable, et les commentaires recueillis sont élogieux. En tant que médecin-conseil en maladies infectieuses, j'ai eu l'occasion d'utiliser les versions antérieures de ce guide à maintes reprises, et je suis tout à fait convaincu de la qualité de son contenu. De plus, j'ai pu apprécier le côté pratique de cet outil, qui en fait un ouvrage de référence pour ceux qui doivent intervenir pour la protection de la santé publique.

Je tiens à souligner que la santé des tout-petits constitue un volet important de notre mandat de protection de la santé publique et que les mesures pour la promouvoir s'inscrivent très bien dans l'esprit du Programme national de santé publique. Nous continuerons, avec l'excellente collaboration du ministère de la Famille et des Aînés et la participation des intervenants du réseau de santé publique, à travailler pour mettre en place des mesures qui permettront de mieux contrôler et de diminuer l'incidence des maladies transmissibles dans les milieux de garde.

Au Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec, je souhaite que la réédition de cet ouvrage connaisse un franc succès et que ses activités continuent de rayonner pour le mieux-être de nos tout-petits.

Horacio Arruda, M.D.

Directeur de la protection de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

AVANT-PROPOS

Le ministère de la Famille et des Aînés est heureux de collaborer à la diffusion du guide *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance*.

Cette version révisée du guide est un outil de plus parmi les brochures et autres documents que le ministère de la Famille et des Aînés met à la disposition des prestataires de services de garde pour les aider à prévenir la transmission de maladies infectieuses. S'adressant principalement aux professionnels de la santé, ce guide constitue un ouvrage de référence important pour mieux comprendre les maladies infectieuses. Les outils qui y sont proposés, utilisés selon les recommandations des professionnels de la santé, faciliteront l'application de mesures de prévention et de contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance.

La santé de nos enfants étant au cœur de nos préoccupations, je tiens à remercier les membres du Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec et leurs collaborateurs. Un effort louable a été fait pour faciliter l'emploi du document et répondre aux préoccupations des personnes qui le consultent, notamment les gestionnaires des services de garde et des bureaux coordonnateurs de la garde en milieu familial.

L'application des recommandations de cet ouvrage contribuera certainement à protéger la santé de nos enfants et à faire en sorte qu'ils vivent dans des milieux sains.

La sous-ministre de la Famille et des Aînés,

Sylvie Barcelo

AUTEURS

Le guide *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance*, édition 2008, est une production du Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec (CPISGEQ), comité de la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les membres actifs et les membres liaison du CPISGEQ en sont les principaux auteurs.

Coordination et responsable de l'édition 2008 :

Diane Lambert, M.D.

Direction de la santé publique de Laval

Membre actif et présidente du CPISGEQ de 2002 à 2008

Membres actifs et membres liaison du CPISGEQ :

Élizabeth Bisson, inf., B. Sc.

Chantale Boucher, M.D.

Direction de la santé publique de Lanaudière

Pierre Déry, M.D., FRCP

Centre mère-enfant de Québec (Centre hospitalier universitaire de Québec)

Liette Duval, inf., B. Sc., M. Sc.

CSSS Thérèse-de-Blainville

Membre liaison de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Valérie Lamarre, M.D., FRCP

CHU Sainte-Justine

Louise Poirier, M.D., FRCP

CH Maisonneuve-Rosemont

Caroline Quach, M.D., M. Sc., FRCP, Présidente

Hôpital de Montréal pour enfants

Julio Soto, M.D., Ph. D.

Membre liaison de l'Institut national de santé publique du Québec

Lyne St-Martin, inf., B.Sc., CIC

Hôpital de Montréal pour enfants

Michèle Tremblay, M.D., CSPQ

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Avec le soutien de Louise Thibault-Paquin, inf., Secrétaire du CPISGEQ

et de Lucie St-Onge, inf., ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Sont aussi les auteurs de certaines sections :

Les membres consultants du CPISGEQ :

Denis Gauvin, B.Sc., M.Sc., Institut national de santé publique du Québec
section « La baignade », chapitre VI

Alejandra Irace-Cima, M.D., FRCPC, Direction de la santé publique de Laval
sections « Candidose », « Folliculite et furoncle » et « Méningite virale », chapitre V

Theresa W. Gyorkos, Ph. D., Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill
sections « Cryptosporidiose », « Oxyurose », « Tinea Capitis », « Tinea Corporis », « Tinea Pedis », « Toxocarose », « Vers Intestinaux » et « Virus du Nil occidental », chapitre V

Des professionnels du réseau de la santé :

Denis Blais, inf., CHU Sainte-Justine
sections « Morsures » et « Piqûres accidentnelles », chapitre VI

Sereikith Chheng, B. Sc. inf., Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
section « Hépatite E », chapitre V

Denise Décarie, M.D., Direction de la santé publique de Saint-Jérôme, et Dominique Tremblay, M.D., Direction de la santé publique de la Montérégie
section « Hépatite B », chapitre V

Doris Deshaies, M.D., Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
section « Hépatite A », chapitre V

Yannick Lavoie, M.D., Direction de la santé publique de Laval
sections « Shigellose », « Campylobacter », « Escherichia Coli entérohémorragique », « Salmonellose » et « Yersiniose », chapitre V

Julie Picard, B.Sc. inf., M.Sc., Direction de la santé publique de la Montérégie
section « Rage », chapitre V

Révision linguistique : Francine Bordeleau

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont collaborées à la finalisation du guide. Nous tenons à les remercier.

Consultation sur divers chapitres :

Pour la section « Le brossage des dents », chapitre IV :

Michel Lévy, dentiste-conseil, Institut national de santé publique du Québec

Pour la section « La baignade », chapitre VI :

Benoît Lévesque, M.D., M.Sc., FRCP, Institut national de santé publique du Québec

Pour les sections relatives aux parasitoses, chapitre V :

J. Dick MacLean, M.D., Centre universitaire de santé McGill, Clinique des maladies tropicales et Louise Trudel, M.Sc., INSPQ-Laboratoire de santé publique du Québec

Pour la section « Le lait maternel et les services de garde à l'enfance », chapitre VI :

Jean-Claude Mercier, M.D.

Centre mère-enfant de Québec (Centre hospitalier universitaire de Québec)

Pour la section « Hygiène des aliments », chapitre IV :

Isabelle Trudeau, Centre québécois d'inspection des aliments et de santé animale du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec

Relecture :

Comité de l'acte vaccinal, présidé par Monique Landry, M.D., ministère de la Santé et des Services sociaux, pour plusieurs rubriques « Immunité » du chapitre V

Sandra Giroux, inf., Direction de la santé publique de Laval, pour plusieurs sections du chapitre V

Suzie Maillé, inf., Direction de la santé publique de Laval, pour la section « Tuberculose » du chapitre V

Des remerciements particuliers vont à Chantale Boucher M.D. membre du CPISGEQ, pour sa précieuse collaboration à la finalisation de l'édition et à Ginette Nadon, de la Direction de santé publique de Laval pour le secrétariat et la mise en page finale.

AVERTISSEMENT AU LECTEUR

Ce guide n'est pas un protocole d'intervention. Il contient de l'information générale et succincte sur les diverses maladies infectieuses et ne peut s'appliquer à toutes les situations rencontrées en service de garde.

La rubrique « Mesures à prendre » des sections du chapitre V présente les mesures à prendre dans un service de garde touché par un problème de maladie infectieuse. Le professionnel de la santé qui les mettra en application devra évaluer la situation de chaque service de garde et pourra ajuster les recommandations au besoin.

Les lettres aux parents présentées ici sont des modèles qui pourront être modifiées et ajustées à la situation. Certaines lettres évoquent la possibilité de faire des analyses de laboratoire. S'il y a lieu, la prescription d'analyses de laboratoire en cas d'éclosion doit être décidée en collaboration avec la santé publique.

Les médicaments et posologies de la rubrique « Traitement » sont présentés à titre indicatif seulement. Bien que le guide soit à jour au moment de sa publication, l'arrivée de nouveaux médicaments, des changements de posologies et autres circonstances peuvent justifier un choix différent. Les utilisateurs seront donc bien avisés de consulter les manuels et les protocoles cliniques en vigueur.

Le guide « Prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance » est à jour au moment de sa publication. Cependant, étant donné l'évolution constante des connaissances et des pratiques en maladies infectieuses et en santé publique, le lecteur est invité à consulter la littérature récente et les autres manuels et guides reconnus.

NOTES IMPORTANTES AUX SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE

Rubrique « Information générale »

Ce guide peut être une source d'informations intéressante pour tous les intervenants en milieu de garde. Les services de garde à l'enfance peuvent consulter la rubrique « Information générale » des différentes maladies. Ils y retrouveront de l'information utile pour mieux connaître ou comprendre les maladies infectieuses.

Rubrique « Mesures à prendre » : MISE EN GARDE

Les rubriques « Mesures à prendre » incluant les lettres aux parents ne doivent pas être utilisées par les services de garde sans la collaboration d'un professionnel de la santé. Mal appliquées, ces mesures relatives à l'enquête, à l'exclusion, aux traitements et aux tests diagnostiques pourraient s'avérer inefficaces, dommageables pour la santé des individus, ou encore, causer inutilement de l'anxiété. De même, les lettres aux parents contiennent des recommandations et mesures qui peuvent être inappropriées en l'absence de validation de l'information reçue, en particulier du diagnostic, ou à la suite d'une mauvaise évaluation de la situation au service de garde.

Rubrique « Environnement »

Les mesures de contrôle recommandées sous la rubrique « Environnement » peuvent être appliquées par les services de garde à l'enfance sans autre vérification préalable.

Soutien du réseau de la santé

Avant d'appliquer des mesures de contrôle et de distribuer des lettres aux parents, les directions des services de garde (CPE ou garderie) et les responsables des services de garde en milieu familial doivent communiquer avec un professionnel de la santé de leur CSSS – mission CLSC, cet établissement assurant le soutien de première ligne aux milieux de garde à l'enfance. À cette fin, il convient de prendre une entente préalable avec le CSSS local pour identifier la personne-ressource à contacter. Info-Santé et la direction régionale de santé publique peuvent aider à établir les liens ou, au besoin, donner l'information nécessaire au service de garde aux prises avec un problème de maladie infectieuse. En 2006 et 2007, des communications entre le Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux et les directeurs généraux des CSSS ont confirmé la disponibilité des CSSS – mission CLSC pour répondre aux services de garde à l'enfance au regard des maladies infectieuses.

Table des matières

PRÉFACE	III
AVANT-PROPOS	IV
AUTEURS	V
REMERCIEMENTS	VII
AVERTISSEMENT AU LECTEUR	VIII
NOTES IMPORTANTES AUX SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE	IX
INTRODUCTION	XVIII

Chapitre I

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE	23
--	----

Chapitre II

LA TRANSMISSION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE	29
---	----

Chapitre III

LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE	
--	--

Protection de l'hôte	38
Contrôle de la transmission des infections	39
Protection en milieu de garde	41

Chapitre IV

MESURES D'HYGIÈNE

Le brossage des dents	47
Le changement de couches	50
La désinfection des objets, des surfaces et des locaux	52
La désinfection d'un humidificateur portatif et d'un refroidisseur d'eau	55
L'hygiène à la cuisine	57
L'hygiène des aliments	58
L'hygiène respiratoire	61
Le lavage des mains	62
Lavage des mains à l'eau et au savon	63
Lavage des mains sans eau	65
Manipulation et conservation de la gouache et de la pâte à modeler	66
Le maquillage des enfants	67

Chapitre V

MALADIES INFECTIEUSES

Amibiase	71
Ankylostomiase	77
Ascaridiasis	79
Bronchiolite à virus respiratoire syncytial	81
Campylobactérose	87
Candidose	93
Chlamydia et chlamydophila	95
Clostridium difficile	101
Conjonctivite	107
Coqueluche	113
Coxsackie	121
Cryptosporidiose	125
Cytomégalovirus	131
Dermatite de couches	135
Diarrhée (d'origine infectieuse)	139
Diphthérie	145
Érythème infectieux	151
Folliculite et furoncle	161
<i>Escherichia Coli</i> entérohémorragique (ECEH)	155
Gale	165
Giardiasis	171
Gonorrhée	179
Haemophilus influenzae de type b	181
Hépatite A	189
Hépatite B	203
Hépatite C	209
Hépatite D	213
Hépatite E	215
Herpès	217
Impétigo	223
Influenza	229
Intoxication alimentaire	235
Laryngite striduleuse	241
Lyme (maladie de) et morsures de tiques	245
Listériose invasive	249
Méningite virale	253
Méningocoque (infection à)	257
Molluscum contagiosum	267
Mononucléose infectieuse	269
Oreillons	273
Otite moyenne aiguë	279
Oxyurose (entérobiose)	283
Pédiculose (poux)	289
Pharyngo-amygdalite streptococcique et scarlatine	299
Pharyngo-amygdalite virale	305
Pneumocoque	307
Pneumonie bactérienne et virale	311
Poliomyélite	317
Rage	319
Rhume	323
Roséole	327
Rotavirus	331
Rougeole	337
La rougeole et les immunoglobulines	341
Rubéole	343
Salmonellose	349

Shigellose	357
Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)	363
Streptocoque β-hémolytique du groupe A	367
Tétanos	379
Tinea capitis ou teigne	383
Tinea corporis	389
Tinea pedis	395
Toxocarose	401
Tuberculose	405
Varicelle et zona	413
Verrues	423
Vers intestinaux (infection par des)	425
Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	429
Virus du nil occidental (VNO)	433
Yersiniose	435

Chapitre VI

CONDITIONS PARTICULIÈRES ASSOCIÉES AUX SERVICES DE GARDE

Les animaux	443
La baignade	446
Les enfants immunosupprimés	449
Les infections respiratoires et les enfants souffrant de maladie cardiaque ou pulmonaire ou nés prématurément	450
La fièvre	451
La femme enceinte	453
Le lait maternel et les services de garde à l'enfance	455
Les morsures humaines	458
Les piqûres d'aiguille dans la communauté	460
Le pica	463
Dossier de vaccination des enfants	464

BIBLIOGRAPHIE	469
---------------------	-----

ANNEXES

ANNEXE 1 Aide-mémoire : nettoyage et désinfection dans un service de garde	511
ANNEXE 2 Atchoum! Microbes rebelles, aux poubelles (affiche)	513
ANNEXE 3 Ouste les microbes! La mousse à la rescousse (affiche)	515

GLOSSAIRE	519
-----------------	-----

INDEX	527
-------------	-----

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. Transmission des infections dans les services de garde	29
--	----

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. Maladies susceptibles de se manifester en service de garde	30
TABLEAU 2. Épidémiologie des infections dans les services de garde.....	30
TABLEAU 3. Durée de survie d'agents infectieux sur différentes surfaces	31
TABLEAU 4. Mesures de prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance	37
TABLEAU 5. Maladies fréquentes et mesures d'exclusion	42
TABLEAU 6. Intervention selon le nombre de doses de vaccin reçues.....	148

ABRÉVIATIONS, ACRONYMES, SIGLES ET PICTOGRAMMES

AAS	acide acétylsalicylique
ACIA	Agence canadienne d'inspection des aliments
Anti-HBc	anticorps contre l'antigène de la nucléocapside du virus de l'hépatite B
Anti-HBs	anticorps contre l'antigène de surface du virus de l'hépatite B
BCG	vaccin antituberculeux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMV	cytomégalovirus
CPE	Centre de la petite enfance
CPISGEQ	Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DSP	Direction de santé publique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
EBV	virus Epstein-Barr
ECEH	E. Coli entérohémorragique
ECP	électrophorèse en champ pulsée
EIA	enzyme immunoassay
HBeAg	antigène e de l'hépatite B
HBIG	immunoglobulines contre l'hépatite B
HBsAg	Antigène de surface du virus de l'hépatite B
Hib	Hæmophilus influenzae de type b
HTLV-1	« Human T Lymphocyte virus » de Type 1
IFA	immunofluorescence
IFD	immunofluorescence directe
IG	immunoglobuline
IgG	immunoglobuline de type G
IgM	immunoglobuline de type M
IM	intramusculaire
INH	isoniazide
IRM	imagerie par résonance magnétique
IV	intraveineux
IVRI	infection des voies respiratoires inférieures
IVRS	infection des voies respiratoires supérieures
LCR	liquide céphalorachidien

LSPQ	laboratoire de santé publique du Québec
MADO	maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MD	marque déposée
MFA	ministère de la Famille et des Aînés
MSSS	ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
p.o.	par la bouche (per os)
PPD	tuberculine dérivée de protéines purifiées (Épreuve de Mantoux)
RAA	rhumatisme articulaire aigu
RRO	vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons
SHU	syndrome hémolytique-urémique
sida	syndrome d'immunodéficience acquise
spp	espèces
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SGA	Streptocoque β -hémolytique du groupe A
TAAN	test d'amplification des acides nucléiques
TCT	test cutané à la tuberculine
TMP-SMX	triméthoprim-sulfaméthoxazole
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VHA	virus de l'hépatite A
VHB	virus de l'hépatite B
VHC	virus de l'hépatite C
VHD	virus de l'hépatite D
VHE	virus de l'hépatite E
VNO	virus du Nil occidental
VPH	virus du papillome humain
VRS	virus respiratoire syncytial
VZIG	immunoglobulines contre le virus Varicella-Zoster

PICTOGRAMMES DES MODES DE TRANSMISSION :

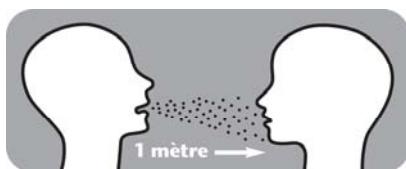
CONTACT DIRECT



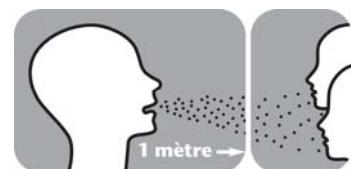
CONTACT INDIRECT



GOUTTELETTES



AÉRIENNE



EXPOSITION DES MUQUEUSES



PERCUTANÉE



INTRODUCTION

Le guide d'intervention ***Prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance***, édition 2008, est un ouvrage destiné aux professionnels de la santé, qu'ils soient médecins, infirmières, pharmaciens ou autres, des réseaux public et privé. Il vise à les soutenir dans leurs recommandations aux parents et aux services de garde, au regard de la prévention et du contrôle des infections.

Ce guide contient des informations de nature scientifique sur 70 maladies infectieuses regroupées au chapitre V. Chaque maladie infectieuse constitue une section du chapitre V. Pour chacune d'elles, l'information est présentée en plusieurs rubriques qui sont elles-mêmes regroupées en deux grandes parties. « **Informations générales** » précise entre autres le tableau clinique, la période d'incubation, les modes d'acquisition et de transmission, les méthodes diagnostiques, les traitements. « **Mesures à prendre** » se rapporte à l'enquête à faire, aux mesures relatives au sujet ou aux personnes identifiées comme contacts ainsi qu'aux mesures recommandées pour contrôler la transmission de l'agent infectieux dans l'environnement (hygiène et nettoyage). Des lettres aux parents, des renseignements pratiques à l'intention des parents et des arbres décisionnels complètent les sections.

À moins d'indication contraire, les informations du chapitre V concernent à la fois les centres de la petite enfance, les garderies et les services de garde en milieu familial. Ces derniers feront parfois l'objet, en raison de leur organisation et du nombre généralement moindre de personnes (adultes et enfants) visées, de recommandations particulières sous « Mesures à prendre ».

Le chapitre I du guide contient de l'information générale et historique sur le réseau des services de garde à l'enfance, sur le développement des services de santé auprès des services de garde ainsi que sur la collaboration entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Famille et des Aînés. Le chapitre II présente les notions de base au regard de la transmission des infections dans les services de garde à l'enfance et décrit comment les infections sont acquises et transmises. Le chapitre III porte plus précisément sur les mesures de prévention et de contrôle des infections dans les services de garde et aborde la protection de l'hôte, le contrôle de la transmission des infections par l'application des pratiques de base, des mesures d'hygiène et des mesures pour l'environnement en lien avec les différents modes de transmission. Au chapitre IV sont expliquées en détail les méthodes de nettoyage et de désinfection, entre autres pour les changements de couches, les cuisines, les humidificateurs et plusieurs autres. Enfin, le chapitre VI traite de thèmes associés aux services de garde à l'enfance, dont le lait maternel en service de garde, les enfants nés prématurément et la baignade.

Les informations des chapitres III et IV visent plus particulièrement les services de garde en installation (CPE et garderies). Pour les services de garde en milieu familial, ces informations leur seront utiles et leur permettront de viser les plus hautes normes de qualité en matière d'hygiène et de prévention et contrôle des infections. Un ajustement raisonnable en fonction de la situation de chaque service de garde en milieu familial pourra être acceptable.

Cette édition 2008 comporte **plusieurs nouveautés**. Ce sont :

- une identification des maladies à déclaration obligatoire (MADO), par la mise en évidence du sigle « MADO » au début de la section;
- au chapitre II, une section sur les modes d'acquisition et de transmission des maladies infectieuses plus détaillée, avec l'ajout de pictogrammes;
- au chapitre III, une section « Mesures de contrôle pour l'environnement » en rapport avec les modes de transmission ainsi qu'un tableau des maladies fréquentes avec leurs mesures d'exclusion;
- au chapitre IV, un choix de dilution pour l'eau de Javel et l'ajout de trois sections : sur la désinfection des humidificateurs portatifs et des refroidisseurs d'eau, sur la manipulation et la conservation de la gouache et de la pâte à modeler ainsi que sur le maquillage des enfants;
- au chapitre V, l'ajout de trois sections : sur la maladie de Lyme et les morsures de tiques, sur le staphylocoque résistant à la méthicilline (SARM) et sur le virus du Nil occidental (VNO);

- au chapitre V, une rubrique « Mode d'acquisition et de transmission » pour chacune des maladies infectieuses, avec les pictogrammes;
- au chapitre VI, l'ajout de trois sections : sur la baignade, sur le lait maternel dans les services de garde et sur les piqûres d'aiguille dans la communauté.

De plus, pour la première fois, le guide « Prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance » est disponible sur internet au site du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'adresse :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/preventioncontrole/enfance>

Note : Le personnel des services de garde étant majoritairement féminin, les termes éducatrice et travailleuse utilisés dans le document renvoient autant aux hommes qu'aux femmes. Lorsque le genre masculin est utilisé, il désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Diane Lambert, M.D.

Direction de santé publique de Laval

CPISGEQ

Chapitre I

**LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET
LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE**

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE

Le Québec possède un vaste réseau de services de garde éducatifs à l'enfance comprenant les centres de la petite enfance (CPE)¹ et les garderies, qui offrent des services de garde en installation et des services de garde en milieu familial.

Les services de garde à l'enfance sont de véritables piliers sur lesquels repose la structure familiale de notre société. Ils ont connu au cours des vingt-cinq dernières années un développement important. Au 31 mars 1981, le Québec disposait d'environ 20 000 places en garderie et 800 places en milieu familial. Au 31 décembre 2007, il en comptait dix fois plus, soit 205 147, dont 116 419 places en CPE ou en garderie et 88 728 en service de garde en milieu familial.

Des études ont démontré le risque réel de transmission de micro-organismes dans le milieu de garde et, conséquemment, de propagation à l'intérieur du foyer des enfants et au sein de la communauté. Les caractéristiques des jeunes enfants, leur regroupement ainsi que les ressources et l'aménagement des milieux jouent un rôle important dans cette transmission. Le réseau de la santé publique et des centres de santé et services sociaux (CSSS) – mission CLSC représente certainement l'organisation la mieux qualifiée pour intervenir, en collaboration avec les services de garde, au besoin.

En effet, en 2006, des échanges entre le Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec (CPISGEQ) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), qui regroupe les CSSS, ont permis de confirmer que le soutien de première ligne aux milieux de garde à l'enfance en matière de maladies infectieuses relevait des CSSS. L'AQESSS a demandé par lettre aux directions générales des CSSS de s'assurer de la disponibilité de ce soutien. Par ailleurs, les directions de santé publique offrent un soutien aux professionnels des CLSC dans leur intervention auprès des services de garde à l'enfance. Ainsi, un réseau s'organise pour la prévention et le contrôle des infections, les milieux de garde étant soutenus par les CSSS – mission CLSC, qui sont soutenus à leur tour, au besoin, par les directions régionales de santé publique. Par ailleurs, les orientations du MSSS et du ministère de la Famille et des Aînés (MFA) sont soutenues par les travaux du CPISGEQ.

L'évolution des services de garde a attiré l'attention des professionnels de la santé (pédiatres, médecins de famille, infirmières et intervenants en santé publique et en CSSS) qui, au fil des ans, ont développé une expertise reconnue relativement au problème de la transmission des infections en service de garde.

Nous pouvons délimiter trois grandes étapes dans le développement de cette expertise.

SENSIBILISATION AU PROBLÈME DES INFECTIONS : AVANT 1984

Avant 1984, en raison des épidémies observées en service de garde, ce milieu était souvent perçu comme problématique et plusieurs professionnels de la santé, lorsqu'ils étaient appelés à traiter des maladies infectieuses chez des enfants fréquentant un service de garde, recommandaient aux parents de retirer les enfants de ce milieu. Une telle approche culpabilisait les parents, surtout les mères, sans nécessairement apporter de solution. Elle faisait également fi de l'importance du rôle social joué par les milieux de garde.

Par ailleurs, durant cette période, des études ont permis de mieux comprendre le phénomène de la transmission des infections en service de garde et de mettre au point des moyens de contrôle pour l'enrayer.

¹ L'implantation des CPE a commencé en 1997.

ORGANISATION DES MOYENS DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE : 1984-1988

Après 1984, on est devenu plus conscient de la nécessité d'une réglementation et d'une politique de santé publique en matière d'infections en milieu de garde. Ainsi, plusieurs démarches ont permis des expériences de collaboration et de partage des responsabilités entre le réseau des services de garde et celui de la santé. La publication, en 1985, d'un guide destiné au personnel des services de garde, *Des enfants gardés... en santé*; la création, en 1986, du Comité provincial des maladies infectieuses en services de garde (CPMISG), comité-conseil au MSSS et à l'Office des services de garde à l'enfance; la publication, en 1988, du guide d'intervention *Les infections en garderie*, à l'intention des professionnels de la santé; la tenue à Montréal, en 1988, du colloque « La santé ...ça se garde » sur la prévention des infections en milieu de garde : voilà autant de bons exemples de cet effort de concertation entre les deux réseaux.

RÉALISATIONS EN MATIÈRE DE CONTRÔLE DES INFECTIONS : DE 1989 À AUJOURD'HUI

Aujourd'hui on reconnaît que la responsabilité de promouvoir la santé doit être partagée entre tous les acteurs : familles, services de garde et gouvernements. On souligne l'importance de la formation et de l'éducation continue du personnel des services de garde. Grâce à des programmes de subventions, tels que la Caisse d'aide aux projets en matière de garde des enfants (Santé et Bien-être social Canada), plusieurs études et projets intéressants ont été réalisés et ont contribué à l'amélioration de la qualité de vie en service de garde. Citons, par exemple, le projet de prévention des infections en garderie (de 1989 à 1992), basé sur un système de surveillance épidémiologique et sur l'enseignement d'une technique de lavage des mains, projet qui a permis de diminuer la diarrhée et les infections des voies respiratoires supérieures (rhume) en service de garde de 72 % et de 54 %, respectivement.

L'étude « Enviro-net », réalisée au Québec entre 1996 et 1997, a corroboré l'effet positif des mesures d'hygiène sur l'incidence des maladies infectieuses en milieu de garde. En particulier, les chercheurs ont démontré que lorsque les éducatrices notaient la présence des épisodes de diarrhée sur un calendrier, cela permettait de diminuer ceux-ci de plus d'un tiers. À la suite des résultats obtenus, plusieurs établissements d'enseignement ont intégré un volet sur la prévention des infections dans leurs programmes de formation du personnel de garde.

Aux échelles locale et régionale, des équipes de recherche et des professionnels du réseau de la santé publique ont mis au point divers outils éducatifs s'adressant soit aux enfants, soit au personnel des services de garde ou aux professionnels de la santé : les vidéos *Bye-bye les microbes* et *Les microbes à la garderie*, ainsi que les planches et les cassettes audio et vidéo *Ça va mal à Épidémicity*. Plusieurs livres et guides sur la santé ont également été publiés, tels que *Le milieu de garde*, *Les microbes et mon enfant*, *Prévenir les infections en garderie*, *La santé des enfants en garderie : Guide de l'intervenant*, *Le bien-être des enfants et Vivre avec les microbes*.

En 1998, grâce au soutien du ministère de la Famille et de l'Enfance, le Comité de prévention des infections dans les centres de la petite enfance du Québec (CPICPEQ, ex-CPMISG) a mis à la disposition du personnel éducateur et des intervenants de la santé le bulletin *Bye-bye les microbes*, qui existe toujours et qui est maintenant distribué en 26 000 exemplaires.

Dans le but de soutenir les interventions en matière d'éducation sanitaire dans le milieu de garde, on a mis à jour certains outils, tel le guide *La santé des enfants... en services de garde éducatifs* (révision du guide *Des enfants gardés... en santé*), et on en a conçu de nouveaux, tel le site Web du CPICPEQ.

En 2005, afin d'être plus conforme à la réalité des services de garde à l'enfance, le CPICPEQ a modernisé son nom et est devenu le Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec (CPISGEQ), comité sous la responsabilité de la Direction de la protection de la santé publique du MSSS et consultatif au MFA.

De 2002 à 2007, plusieurs publications et outils ont été produits ou mis à jour par le CPISGEQ, dont les affiches sur le lavage des mains, l'hygiène respiratoire et le changement de couches, le document *La prévention des infections chez les personnes travaillant en service de garde à l'enfance, y compris les stagiaires*, la brochure *La femme enceinte et les infections en service de garde*, l'avis sur les animaux *Pas*

de poils, pas de plumes, pas de nageoires et l'aide-mémoire « Nettoyage et désinfection dans un service de garde ».

Le personnel des services de garde, les parents et les enfants détiennent par ailleurs une partie de la solution consistant à assurer un contrôle efficace des infections dans les services de garde à l'enfance. Ce sont eux qui mettent en application les recommandations des diverses publications. Le réseau de la santé doit toutefois demeurer présent pour soutenir le milieu de garde dans ses efforts de prévention et de promotion. Il est également essentiel que les trois ordres de gouvernement donnent leur appui au développement de services de garde capables d'offrir un environnement sain et sécuritaire à notre ressource la plus précieuse : nos enfants.

Chapitre II

**LA TRANSMISSION DES INFECTIONS
DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE**

LA TRANSMISSION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE

Le service de garde constitue un milieu où la transmission des micro-organismes est particulièrement facile. Il est donc indispensable de comprendre le mode de transmission d'une infection, afin d'adopter des mesures de contrôle et de prévention appropriées. La majorité des agents infectieux sont transférés à un hôte réceptif (enfant ou adulte) à partir d'une source présente dans le milieu de garde. L'infection se transmet ainsi par des personnes déjà infectées ou par des objets contaminés (hochet, pâte à modeler, sable, etc.). Les objets que les enfants portent à leur bouche sont des véhicules de transmission des infections, surtout si on considère qu'un trottineur porte un objet à sa bouche toutes les trois minutes! L'infection peut également se propager d'un individu infecté à une personne saine (d'enfant à enfant, d'enfant à adulte ou d'adulte à enfant).

La figure 1 illustre le processus de la transmission des infections dans les services de garde. Un hôte porteur (sujet) peut être à l'origine de la transmission d'un agent infectieux. Les véhicules de transmission des agents microbiens sont les mains, les objets, les surfaces, les excréptions (sécrétions nasales, oculaires...) et les liquides biologiques (selles, urine, salive, sang). D'autres agents sont véhiculés par des particules aériennes (gouttelettes) venant du tractus respiratoire.

Figure 1. Transmission des infections dans les services de garde



Dans une perspective de santé publique, les maladies susceptibles de se manifester en service de garde peuvent être regroupées en quatre catégories (tableau 1).

Tableau 1. Maladies susceptibles de se manifester en service de garde

MALADIES OU TYPES DE MALADIES			
Respiratoires	Entériques	Évitables par vaccination	D'intérêt épidémiologique
Rhume	Diarrhée épidémique	Coqueluche	Conjonctivite
Otite moyenne	Giardiase	Rougeole	Érythème infectieux
Laryngite	Salmonellose	Rubéole	Impétigo
Pharyngite	Shigellose	Infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> de type b	Pédiculose
Influenza	Yersiniose	Oreillons	Syndrome pieds-mains-bouche
Pneumonie	Cryptosporidiose	Hépatites A et B	
		Varicelle	
		Infections invasives à méningocoque	
		Gastroentérite à rotavirus	
		Infections à pneumocoque	
		Influenza	

L'épidémiologie des infections dans les services de garde est déterminée par divers facteurs qui influencent le mode de transmission des agents infectieux (tableau 2).

Tableau 2. Épidémiologie des infections dans les services de garde

FACTEURS DÉTERMINANTS		
Hôte	Agent infectieux	Environnement
État immunitaire et état de santé	Inoculum	Taille du service de garde et rapport enfants/éducateurs
Comportement	Fréquence de l'excrétion	Critères d'admission et d'exclusion
Développement psychomoteur	Durée de survie	Formation du personnel
Être aux couches	Mode de transmission	Ressources et installations
État de porteur	Réservoir	Aménagement, hygiène, air intérieur
Particularités anatomiques	Virulence, pathogénicité	Saison, conditions climatiques

FACTEURS ASSOCIÉS À L'HÔTE

La plupart des facteurs associés à l'hôte sont liés à l'âge des enfants : immaturité immunologique, habitude de porter des objets à la bouche, port de couches, non-acquisition de certaines habitudes d'hygiène, dépendance à l'adulte, besoin de contacts physiques fréquents, présence d'infections asymptomatiques, contagiosité avant le début des symptômes et pendant la convalescence, anatomie de la trompe d'Eustache. La présence d'enfants et d'adultes non immunisés ou réceptifs constitue aussi un facteur important qui facilite la transmission des maladies infectieuses.

Il a été établi que les enfants fréquentant un service de garde à plein temps courrent un risque jusqu'à trois fois plus élevé de contracter des infections que des enfants du même âge demeurant à la maison. Or, cette différence semble s'inverser à l'école. En effet, selon certaines études, la fréquentation d'un service de garde aurait un effet « protecteur » en permettant aux enfants d'acquérir une immunité contre certaines infections.

FACTEURS ASSOCIÉS À L'AGENT INFECTIEUX

Lorsque les caractéristiques microbiologiques des agents (inoculum, pathogénicité, virulence, etc.) entrent en interaction avec l'hôte, elles constituent des facteurs déterminants dans le développement d'une infection. La viabilité et la survie des micro-organismes dépendent de leur environnement.

Ainsi, les micro-organismes peuvent survivre et demeurer infectieux pour une durée variable, selon leur propre viabilité, mais aussi selon les conditions du milieu et la surface sur laquelle ils se trouvent. Par exemple, les kystes de certains parasites peuvent survivre plusieurs mois dans certaines conditions de température et d'humidité. Quant au rotavirus, un des agents responsables de la diarrhée, il peut survivre plusieurs semaines sur un comptoir non poreux (tableau 3).

Tableau 3. Durée de survie d'agents infectieux sur différentes surfaces

AGENT SURFACE	Peau (mains)	Comptoirs	Papier	Vêtements, literie	Gants de caoutchouc
Cytomégalovirus	30 min	8 h	2 h		< 5 min
Virus gastro-intestinaux (rotavirus, poliovirus, virus de Coxsackie, échovirus)	4 h	30 min à > 2 sem.		2 à 12 jours	
Giardia lamblia	2 à 6 mois				
Haemophilus influenzae de type b			48 h		
Hépatite A		2 sem.			
Hépatite B		1 sem.			
Influenza A et B	5 min	24 à 48 h	8 à 12 h	8 à 12 h	
Staphylococcus aureus	3 h				
Virus herpès	2 h	4 h		3 h	
Virus respiratoire syncytial	30 min	8 h	30 à 45 min	1 à 2 h	90 min

FACTEURS ASSOCIÉS À L'ENVIRONNEMENT

Les sources d'infections peuvent provenir de l'environnement autant à l'intérieur qu'à l'extérieur du service de garde. Le transport quotidien des enfants de la maison au service de garde et la présence de réservoirs infectieux dans la famille et la communauté contribuent à l'introduction des micro-organismes dans le service de garde.

À l'intérieur, l'humidité relative et la température des pièces peuvent influencer le potentiel infectieux de la plupart des virus et des bactéries. À l'extérieur, la survie des micro-organismes dépend des conditions climatiques. Par exemple, le climat estival et les animaux peuvent favoriser la présence de *Toxocara* dans les carrés de sable. Les enfants qui participent à des activités extérieures risquent d'être contaminés. En revanche, sortir prendre l'air diminue le risque de contracter une infection des voies respiratoires supérieures. Comme quoi les facteurs en jeu sont interreliés.

L'incidence et la prévalence des infections sont aussi influencées par les caractéristiques physiques et le mode d'organisation des services de garde : superficie des locaux, rapport enfants/éducateurs, nombre de toilettes, de lavabos, de portes et de fenêtres, entretien des locaux, ventilation et qualité de l'air intérieur. Ainsi, la fréquence des maladies respiratoires peut diminuer lorsque la dimension des locaux convient au nombre de personnes qui les fréquentent. L'application d'une politique d'hygiène et de nettoyage des locaux et de l'équipement de même qu'une ventilation adéquate diminuent également la transmission des micro-organismes.

MODES D'ACQUISITION ET DE TRANSMISSION

Pour chacune des maladies infectieuses décrites dans le guide, un mode d'acquisition et de transmission est identifié.

Le mode d'acquisition décrit la façon dont une personne contracte un micro-organisme : soit par un vecteur, un véhicule commun, soit par voie transplacentaire, soit par une autre personne selon un mode de transmission reconnu.

L'acquisition par un vecteur implique une piqûre d'insecte ou arthropode, comme le virus du Nil occidental, la malaria ou la maladie de Lyme.

L'acquisition par un véhicule commun suppose une source unique de contamination, comme l'eau, un aliment, un médicament, du matériel, etc. Ce mode d'acquisition peut conduire à une éclosion.

L'acquisition par voie transplacentaire se produit lorsqu'un agent infectieux est acquis par le fœtus par l'entremise du placenta lorsque la mère contracte l'infection (ex. : rubéole, listériose) au cours de la grossesse.

L'acquisition par une autre personne implique que la transmission est le fait d'une personne infectée.

Le mode de transmission décrit donc la façon dont le micro-organisme se transmet d'une personne à une autre. Il est présenté de façon synthétisée et schématique, et renvoie aussi à des mesures de contrôle particulières à l'environnement.

Les modes de transmission les plus communs en service de garde sont : transmission par contact, par gouttelettes et par voie aérienne; ils sont représentés sous forme de pictogrammes à la fin du chapitre. Certaines infections peuvent avoir plus d'un mode de transmission. Ainsi, la majorité des virus respiratoires se transmettent à la fois par contact et par gouttelettes.

Chacune des sections consacrées aux maladies infectieuses comprend une rubrique « Mesures de contrôle » où sont pris en compte le mode de transmission de la maladie et les mesures particulières nécessaires pour en limiter la transmission.

Transmission par contact

Les agents infectieux peuvent être transmis soit :

- par contact **direct**  (d'une personne à une autre personne sans intermédiaire),

- par contact **indirect**  (par l'entremise d'une surface contaminée ou d'une tierce personne).

Bien que les infections le plus fréquemment transmises par contact soient les infections entériques (ex. : rotavirus) et les infections respiratoires (ex. : virus respiratoire syncytial), les infections ou infestations parasitaires (ex. : pédiculose, gale) et les infections fongiques (ex. : *Tinea corporis*) en font également partie.

Les maladies entériques sont transmises par voie fécale-orale. La contamination fécale de personne à personne se produit lorsque les mains contaminées sont portées à la bouche. De plus, les mains contaminées touchent des objets qui seront ensuite manipulés par d'autres enfants ou par le personnel du service de garde.

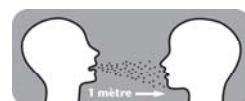
Les virus respiratoires sont transmis par contact et par gouttelettes (voir plus bas). Lorsque les sécrétions respiratoires se déposent sur les mains ou les objets, les micro-organismes contenus dans ces sécrétions peuvent y survivre pendant un certain temps. Si ces mains ou ces objets sont ensuite mis en contact avec les muqueuses (nez, pharynx, conjonctives) d'une personne vulnérable, l'agent pathogène peut être transmis.

Transmission par gouttelettes

La transmission par gouttelettes se fait lorsqu'une personne infectée projette dans l'air des gouttelettes respiratoires en toussant ou en éternuant. Ces gouttelettes contiennent le micro-organisme.

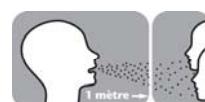
À proximité (< 1 mètre) de la personne infectée, elles peuvent être inspirées;

elles se déposent alors sur les muqueuses du nez ou du pharynx, ce qui permet à l'infection de se transmettre. Elles peuvent également transmettre l'infection en se déposant sur les conjonctives. Les gouttelettes ne restent pas en suspension dans l'air. Le *Neisseria meningitidis*, le *Bordetella pertussis* et les oreillons sont des exemples d'agents qui se transmettent par gouttelettes. Les virus respiratoires, quant à eux, se transmettent par gouttelettes et par contact.



Transmission aérienne

La transmission aérienne résulte de la dissémination de microgouttelettes respiratoires (< 5 µm) qui demeurent en suspension dans l'air et qui se laissent porter par les courants d'air. Le micro-organisme qui survit dans ces microgouttelettes peut infecter l'hôte vulnérable à une certaine distance (plus d'un mètre).



Une personne non immune qui inhale ces microgouttelettes peut s'infecter. Les infections transmises par voie aérienne sont peu nombreuses. Il s'agit notamment de la varicelle, de la rougeole et de la tuberculose.

Il est à noter que la varicelle avec lésions cutanées se transmet par voie aérienne et par contact. Cependant, 48 heures avant l'apparition des lésions, la transmission se fait par voie aérienne.

Transmission par exposition des muqueuses ou percutanée à des liquides biologiques infectieux

Ce type de transmission se produit lorsque les muqueuses d'une personne réceptive sont mises en contact avec des liquides biologiques infectieux (dont le sang)

ou encore, à la suite d'un contact percutané (ex. : morsure, piqûre ou blessure avec objet piquant ou tranchant).



PICTOGRAMMES DES MODES DE TRANSMISSION

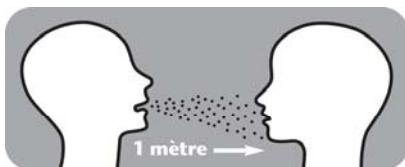
Contact direct



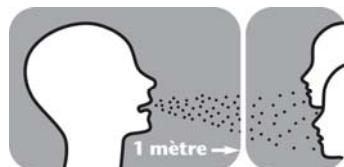
Contact indirect



Gouttelettes



Aérienne



Muqueuses



Percutanée



Chapitre III

**LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS DANS
LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE**

LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE

On ne peut pas toujours éradiquer les maladies infectieuses, mais on peut les contrôler en éliminant ou en réduisant la source d'infection, en interrompant leur transmission ou en protégeant les personnes vulnérables. Pour ce faire, on doit disposer de renseignements sur les modes d'acquisition et de transmission des agents infectieux en cause, les conditions de l'environnement, les moyens de protection existants et la réalité socioéconomique du service de garde. La prévention et le contrôle des infections concernent à la fois le personnel des services de garde, les professionnels de la santé et les familles.

La prévention, ça fonctionne! Au Québec, un programme d'hygiène adéquat en service de garde a réduit des deux tiers la fréquence des infections diarrhéiques et la moitié des infections respiratoires.

Le tableau 4 présente des mesures importantes à adopter pour réduire le risque d'infection dans les services de garde à l'enfance (ces mesures sont décrites à la suite du tableau). Le défi est d'intégrer toutes ces mesures dans un programme permanent et dans une politique homogène de prévention et de contrôle des infections dans le milieu.

Tableau 4. Mesures de prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance

Protection de l'hôte	Contrôle de la transmission des infections	Protection du milieu
Formation et éducation	Pratiques de base	Adoption de normes de qualité
Mesures d'hygiène	Mesures de contrôle pour l'environnement	Adoption d'une politique d'exclusion
Immunisation	Traitements et prophylaxie	Surveillance épidémiologique
	Maintien de la qualité de l'air intérieur	

PROTECTION DE L'HÔTE

FORMATION ET ÉDUCATION

La plupart des experts reconnaissent que la formation et le soutien du personnel constituent des outils très efficaces dans la prévention et le contrôle des infections en service de garde. Le gestionnaire du service de garde devrait s'assurer que les pratiques de base sont enseignées au moment de l'embauche, indépendamment de la formation antérieure des nouveaux employés. Des séances de rappel devraient être données périodiquement (une ou deux fois par année).

Des études démontrent que dans les services de garde à l'enfance qui se sont dotés d'un programme de formation pour le contrôle des infections, le taux d'incidence de la diarrhée est beaucoup plus faible que dans des services de garde ne bénéficiant pas d'un tel programme. La formation du personnel devrait comprendre les sujets suivants : mesures d'hygiène, préparation et conservation des aliments, symptômes des maladies, méthodes de contrôle des infections (y compris la participation à la surveillance épidémiologique) et qualité de l'environnement (intérieur et extérieur).

MESURES D'HYGIÈNE

Les mesures d'hygiène consistent en un ensemble de principes et de pratiques visant à préserver et à améliorer la santé. Le renforcement des mesures élémentaires d'hygiène s'est révélé très efficace pour contrer les infections dans les services de garde. À cet égard, le lavage des mains constitue la mesure d'hygiène la plus importante, puisque ce sont les mains qui se trouvent le plus souvent en contact avec l'environnement et qui, de ce fait, sont le plus exposées à la contamination.

Toute blessure, plaie, coupure ou éraflure, particulièrement au niveau des mains, doit être soignée rapidement et recouverte d'un pansement adéquat. D'autres mesures d'hygiène s'appliquent et seront détaillées plus loin dans ce chapitre.

L'apprentissage et la mise en pratique de bonnes techniques pour des tâches routinières, comme le changement des couches et la désinfection des surfaces, peuvent avoir une incidence sur les infections. Ces mesures préventives sont précisées au chapitre IV.

IMMUNISATION

L'immunisation est le moyen le plus efficace pour prévenir des infections potentiellement graves. Au Québec, malgré des programmes de vaccination accessibles et gratuits, il arrive que des cas de maladies évitables par la vaccination soient signalés en service de garde. Advenant l'apparition d'une maladie évitable par la vaccination, les personnes non vaccinées qui refusent de l'être pourraient être exclues temporairement du service de garde (les périodes d'exclusion varient selon la maladie). Cette mesure d'exclusion exceptionnelle peut être appliquée par le directeur de santé publique lorsque la situation le justifie. Tous les enfants, les membres du personnel et les stagiaires devraient donc être immunisés contre les maladies visées par le programme régulier d'immunisation du MSSS.

Les services de garde sont encouragés à tenir à jour un dossier d'immunisation pour tous les enfants et les membres du personnel. Ce dossier devrait contenir l'information que l'on trouve sur le carnet d'immunisation et être vérifié tous les six mois, afin d'être mis à jour s'il y a lieu. L'évaluation du statut vaccinal des enfants et du personnel doit être faite par une infirmière ou un médecin. Pour plus d'information sur la vaccination du personnel, voir le document *La prévention des infections chez les personnes travaillant en service de garde à l'enfance, y compris les stagiaires (2007)*.

CONTRÔLE DE LA TRANSMISSION DES INFECTIONS

PRATIQUES DE BASE

En règle générale, les **pratiques de base** sont suffisantes pour contrôler la transmission des infections en milieu de garde. Ces pratiques doivent être appliquées pour tous les enfants, peu importe leur état de santé.

Les pratiques de base comprennent le lavage des mains, l'hygiène respiratoire, la technique de changement de couches, le nettoyage et la désinfection des objets et des surfaces et la manipulation des objets piquants ou tranchants.

Au service de garde, il est important d'éviter la présence d'objets piquants ou tranchants pouvant occasionner des blessures et des saignements (jouets brisés, couteaux, ciseaux à bouts pointus). On doit surveiller systématiquement la manipulation des objets tranchants et piquants. Les éducateurs devraient bien expliquer aux enfants l'importance de ne pas toucher ni ramasser un objet piquant ou tranchant, et d'aviser immédiatement un éducateur de sa présence. Lorsque, par inadvertance, on trouve un de ces objets, on devrait le déposer dans un contenant rigide résistant aux perforations placé hors de la portée des enfants.

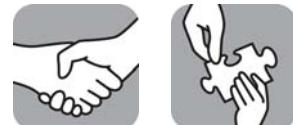
Les pratiques de base comprennent aussi l'usage occasionnel d'équipement de protection personnelle, en prévision des expositions au sang ou à d'autres liquides biologiques. Les gants à usage unique sont utilisés à cette fin (par exemple, lorsqu'une plaie saigne). Les gants doivent être jetés après chaque utilisation et les mains doivent être lavées après le retrait des gants. Il convient de souligner que le niveau de risque lié au contact avec du sang ne justifie nullement de tarder à donner des soins urgents à un enfant, même sans gants. Les gants ne sont habituellement pas requis pour le changement de couches ni pour aider un enfant à se moucher. L'usage de masques ou de blouses n'est pas requis en service de garde à l'enfance.

Pour plus d'information sur les composantes des pratiques de base, voir le chapitre IV, « Mesures d'hygiène », et le document *La prévention des infections chez les personnes travaillant en service de garde à l'enfance, y compris les stagiaires* (2007).

MESURES DE CONTRÔLE POUR L'ENVIRONNEMENT

– Transmission par contact

De façon générale, toute infection transmise par contact exige de porter une attention particulière au lavage des mains, chaque fois que celles-ci sont possiblement contaminées, ainsi qu'au nettoyage et à la désinfection des objets et surfaces, ceux-ci comprenant les jouets, les aires de jeux, la table à langer et la salle de bain.



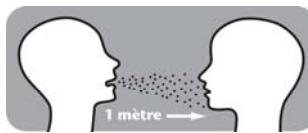
Dans le cas d'une maladie entérique, l'infection est transmise lorsque les mains contaminées sont portées à la bouche. Il faut donc renforcer le lavage des mains et maintenir une bonne technique de changement de couches (voir le chapitre IV). L'utilisation de lingettes nettoyantes à usage unique est alors préconisée pour nettoyer la peau des fesses de l'enfant. Si les selles débordent de la couche, l'usage de gants jetables peut s'avérer nécessaire.

Dans le cas d'une infection respiratoire, l'infection est transmise lorsque les mains contaminées sont en contact avec les muqueuses des yeux, du nez ou de l'oropharynx.

Une attention particulière sera donc accordée au renforcement de l'hygiène respiratoire. C'est-à-dire qu'il faut contenir les sécrétions, suivre la technique de mouchage et se laver les mains après contact avec les sécrétions respiratoires.

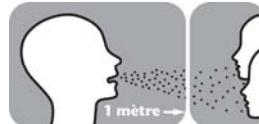
– Transmission par gouttelettes

Lorsqu'une infection est transmise par gouttelettes, il faut renforcer les mesures d'hygiène respiratoire.



– Transmission par voie aérienne

Puisque les microgouttelettes demeurent en suspension dans l'air, il est très difficile pour un service de garde d'en limiter la dispersion, mais une bonne aération des pièces pourrait être conseillée.



TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE

L'une des mesures d'élimination d'un agent pathogène consiste à traiter la personne malade (sujet) et, selon le cas, à appliquer la prophylaxie pour les contacts. Dans certaines circonstances, on devra traiter les porteurs de l'agent pathogène détectés par des analyses de laboratoire, qu'ils présentent des symptômes ou non.

MAINTIEN DE LA QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR

La qualité de l'air influence la santé et le bien-être des enfants. Certaines particularités rendent les enfants plus vulnérables aux contaminants de l'air. Les enfants ont un métabolisme basal nettement plus élevé que celui des adultes et, de ce fait, absorbent les polluants de l'air plus rapidement et plus souvent que les adultes. Le volume des poumons des enfants est approximativement deux fois plus grand que celui des adultes, par rapport à leur poids et leur taille. Les enfants ont en outre un rapport surface/volume plus grand; ils ont donc une capacité thermique faible ainsi qu'une capacité de sudation réduite, ce qui leur rend plus difficile l'adaptation aux variations de température. Par ailleurs, les activités physiques des enfants, plus intenses que celles des adultes, demandent un échange de volume respiratoire plus important. Enfin, les enfants sont en contact plus direct avec les particules en suspension qui sont, en raison de la gravité, plus abondantes au niveau du sol.

Afin d'améliorer la qualité de vie des personnes présentes au service de garde, il faut s'assurer que le volume d'air est suffisant pour le nombre d'enfants, que la température est constante et la ventilation, régulière. Il importe également d'éliminer et de contrôler toute source intérieure de moisissures (matériaux mouillés, fruits périmés, déchets). L'humidité relative intérieure influe sur le taux de sédimentation des aérosols contaminés et la survie des agents pathogènes. Aussi doit-elle être maintenue à un taux variant entre 30 et 50 %. Un taux d'humidité trop bas peut provoquer l'irritation des muqueuses et favoriser la survie de certains virus (rhinovirus, virus de l'influenza, rotavirus). Un taux d'humidité élevé peut entraîner la formation de moisissures et favoriser la survie d'autres agents microbiens.

Les particules de poussière, les bactéries et les moisissures peuvent demeurer en suspension dans l'air de quelques minutes à quelques heures. Ouvrir ou entrouvrir les fenêtres au moins 30 minutes par jour, lorsque les enfants ne sont pas dans les locaux, peut aider à assurer une bonne qualité de l'air intérieur.

PROTECTION EN MILIEU DE GARDE

ADOPTION DE NORMES DE QUALITÉ

Des normes québécoises ont été établies et des outils ont été conçus afin d'assurer et d'évaluer la qualité des services de garde offerts aux enfants, et d'améliorer les conditions de vie et de travail dans ce milieu. Ces normes s'appliquent autant aux centres de la petite enfance qu'aux garderies et aux services de garde en milieu familial. Celles-ci ont été intégrées à la réglementation existante (Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance, L.R.Q., chapitre S-4.1.1). Le contrôle de l'environnement comprend l'aménagement et la propreté des locaux, le respect du rapport enfants/éducateur recommandé et d'autres caractéristiques organisationnelles. La participation active et soutenue des établissements du réseau de la santé publique est indispensable à l'élaboration des politiques de santé des services de garde à l'enfance.

ADOPTION D'UNE POLITIQUE D'EXCLUSION

La direction de chaque service de garde devrait, avec l'appui des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, mettre en place une politique d'exclusion, en tenant compte des informations du guide ainsi que des besoins et de la réalité des parents. Les parents devraient connaître cette politique dès l'inscription de leur enfant au service de garde, afin de la comprendre et de mieux l'accepter. La mesure d'exclusion doit être justifiée et fondée sur des données scientifiques, entre autres en ce qui concerne les modes de transmission, les périodes d'incubation et les périodes de contagiosité. Grossièrement, trois raisons peuvent justifier l'exclusion temporaire d'un enfant du service de garde :

- 1) l'incapacité de l'enfant à participer aux activités du groupe sans effort inhabituel, telle qu'observée par l'éducatrice;
- 2) l'incapacité de l'éducatrice à s'occuper de l'enfant malade sans compromettre le bien-être des autres enfants;
- 3) le diagnostic présomptif ou confirmé d'une maladie infectieuse relativement grave, et dont la transmission pourrait être prévenue ou réduite par l'exclusion.

Le tableau 5 présente quelques maladies fréquentes où l'exclusion est recommandée; toutefois, lorsqu'un pathogène précis a été identifié (ex. : virus de l'hépatite A), il faut se référer à la section correspondant à ce pathogène. Un professionnel de la santé doit toujours être consulté avant de mettre en place une mesure d'exclusion en rapport avec un diagnostic étiologique.

De plus, un enfant qui fait 39°C (rectal) ou plus de fièvre devrait être exclu du service de garde. L'enfant dont la fièvre s'accompagne d'une éruption cutanée ou d'un changement de comportement significatif et tout enfant fiévreux de moins de 6 mois devraient être évalués par un médecin.

Tableau 5. Maladies fréquentes et mesures d'exclusion

Type d'infection et diagnostic	Principaux signes et symptômes	Exclusion
Infections des voies respiratoires	Pharyngite à streptocoque du groupe A	Fièvre ² , mal de gorge, gorge rouge, ganglions augmentés de volume et douloureux.
	Coqueluche	Toux persistante (plus de 2 semaines), souvent en quintes, avec sifflement inspiratoire (chant du coq) ou vomissements.
Infections oculaires	Conjonctivite	Œil rouge, écoulement clair, paupières qui peuvent être collées.
Infections de la peau	Scarlatine (manifestation cutanée d'une infection à streptocoque du groupe A)	Rougeurs d'aspect <i>papier sablé</i> , surtout au cou, au thorax, à l'abdomen et aux cuisses, blanchissant à la pression.
Infections de la peau (suite)	Impétigo	Lésions croûtées, parfois suintantes ou purulentes, surtout au visage, en particulier au menton et au pourtour de la bouche. Peuvent se trouver ailleurs sur le corps.
	Varicelle	Multiples vésicules distribuées sur tout le corps, démangeaison, fièvre légère.
	Rubéole	Rougeurs qui débutent au visage puis qui s'étendent à tout le corps, fièvre, ganglions augmentés de volume.

1. L'enfant est considéré comme fiévreux si sa température rectale est de 38,1 °C ou plus.

Type d'infection et diagnostic	Principaux signes et symptômes	Exclusion
Gale	Sillons entre les doigts, les orteils, ou aux poignets, aux coudes, à l'abdomen, aux parties génitales, aux cuisses, aux fesses. Démangeaisons surtout la nuit ou durant la sieste.	Exclure jusqu'au lendemain de l'application du traitement.
Poux	Présence de poux sur le cuir chevelu, démangeaisons, lésions causées par le grattage.	Exclure à la fin de la journée, jusqu'à la première application du traitement. Après la seconde application, exclure s'il existe encore des signes d'infestation active (poux et lentes vivants). Dans ce cas, un professionnel de la santé devra déterminer la date du retour au service de garde.
Infections gastro-intestinales	Gastroentérite	Exclure si l'enfant est aux couches, s'il est incapable d'utiliser les toilettes pour chacune de ses selles (incontinent), si l'enfant a vomi 2 fois ou plus au cours des dernières 24 heures, s'il est fébrile ou si présence de mucus ou de sang dans ses selles. Lorsqu'un pathogène précis est identifié, voir la section correspondante.

Notes : En toute circonstance, les éléments principaux qui peuvent justifier une exclusion sont l'état général de l'enfant et son incapacité à participer aux activités du groupe.

Pour la majorité des infections mentionnées, une consultation médicale est nécessaire afin d'obtenir un diagnostic précis qui pourra justifier ou non l'exclusion de l'enfant du service de garde.

SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Parmi les activités susceptibles de favoriser une base solide de concertation entre tous les secteurs en cause (familles, services de garde, réseau de la santé), mentionnons la surveillance épidémiologique, laquelle peut être définie comme un processus continu et systématique qui comprend essentiellement cinq éléments : la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, la diffusion de l'information aux professionnels de la santé et l'application de mesures visant le contrôle des maladies infectieuses.

Le but ultime de la surveillance consiste à déterminer l'étendue et le risque de transmission des infections, afin de faciliter la prise de décision relative au contrôle des éclosions. Le succès du système dépend de son adaptation aux besoins du milieu de garde et d'une communication constante entre le personnel, les parents et les professionnels de la santé.

Chapitre IV

MESURES D'HYGIÈNE

MESURES D'HYGIÈNE

LE BROSSAGE DES DENTS

LES BÉNÉFICES DU BROSSAGE DE DENTS EN SERVICES DE GARDE

Le brossage quotidien des dents est une habitude qui se prend en bas âge. Associée à une saine alimentation, à l'usage de fluorures et à des visites régulières chez le dentiste, cette habitude permet à l'enfant de garder ses dents en santé.

Si les parents jouent un rôle essentiel dans l'acquisition de cette routine, les services de garde peuvent aider à la renforcer. Il est certain qu'un brossage supervisé en service de garde permet d'améliorer significativement l'hygiène buccale. Des mesures d'hygiène doivent néanmoins être respectées afin d'obtenir le maximum de gains de santé.

LES MESURES D'HYGIÈNE PENDANT LE BROSSAGE DES DENTS

Des microbes présents dans les sécrétions du nez et de la bouche peuvent être la source d'infections respiratoires, gastro-intestinales et même systémiques. La survie des microbes dans l'environnement varie (de quelques secondes à quelques semaines) selon les caractéristiques du milieu (température, humidité) et le type de microbes.

Des mesures d'hygiène doivent être respectées au moment du brossage des dents afin de réduire le risque de contracter une infection. Voici les mesures recommandées.

- Empêcher le partage des brosses à dents entre enfants.
- Assurer l'entreposage adéquat des brosses à dents entre les utilisations, c'est-à-dire faire en sorte qu'elles ne se touchent pas ni ne dégoulinent les unes sur les autres (voir plus bas).
- Assurer la supervision des enfants pendant cette activité, par une personne adéquatement formée.
- Se laver les mains avant et après le brossage des dents des enfants.
- Laver les mains des enfants après le brossage des dents.
- Ne jamais désinfecter les brosses à dents. Certains désinfectants peuvent être toxiques pour les enfants.
- Jeter les brosses à dents qui ont été partagées ou si deux brosses à dents sont entrées en contact, et en donner de nouvelles aux enfants.
- Si un enfant utilise la brosse à dents d'un autre enfant, informer les parents, et diriger rapidement l'enfant vers un médecin ou le CLSC pour l'évaluation des risques de maladies transmissibles par le sang et la salive (principalement, hépatite B).
- Sensibiliser et former le personnel du milieu de garde aux mesures d'hygiène à appliquer pendant l'activité brossage des dents.

LE MATÉRIEL

La brosse à dents

On recommande d'utiliser une petite brosse à dents avec deux ou trois rangées de soies souples et un manche droit en plastique lisse (car plus facile à nettoyer). Les brosses à dents doivent être rincées sous l'eau après chaque usage en évitant de toucher les soies avec les doigts. Elles doivent être renouvelées dès que les soies sont abîmées ou recourbées, ou tous les deux mois.

Les brosses à dents doivent être clairement identifiées au moyen d'un crayon à l'encre permanente ou de toute autre méthode qui résiste à l'eau.

Le porte-brosse à dents

On recommande un système de rangement qui permette aux soies des brosses à dents de sécher à l'air libre et qui empêche le contact entre les soies et le porte-brosse à dents ou les doigts.

Afin que le rangement des brosses réponde aux normes, le porte-brosse à dents doit permettre de ranger les brosses à une distance d'au moins 5 à 7 cm l'une de l'autre, et d'une façon qui facilite l'égouttement et diminue le risque de prolifération des microbes (tête en haut ou en bas, selon le modèle). On utilisera de préférence un porte-brosse à dents amovible et fabriqué en un matériau non poreux, ce qui en facilitera l'entretien.

Le porte-brosse à dents doit être propre en tout temps. Il devrait être désinfecté au moins une fois par semaine avec une solution d'eau de Javel ou mis au lave-vaisselle. À cet effet, l'utilisation de deux porte-brosse à dents facilite l'entretien.

Il n'est pas recommandé de ranger les brosses à dents avec leur capuchon, car celui-ci favorise la prolifération bactérienne.

Le dentifrice

La quantité de dentifrice à utiliser ne doit pas dépasser la quantité recommandée pour l'âge de l'enfant, soit un grain de riz pour les moins de 2 ans et de la grosseur d'un petit pois pour les 2 ans et plus. On recommande d'utiliser des dentifrices avec fluorure, car ils préviennent efficacement la carie dentaire. Lorsqu'un seul tube de dentifrice est utilisé, il faut éviter de toucher l'orifice du tube avec les brosses à dents.



Pour éviter la contamination lorsqu'on utilise un seul tube : découper des languettes de papier ciré et y placer la quantité de dentifrice recommandée, déposer ensuite le dentifrice sur la brosse à dents de l'enfant à l'aide du papier ciré, sans toucher au dentifrice.

LE BROSSAGE

Les règles à suivre :

- vers l'âge de 3 ans, quand les enfants acquièrent la dextérité nécessaire pour se brosser eux-mêmes les dents, cette activité pourrait se faire en groupe, les enfants placés en rang. Le brossage prend donc la forme d'un jeu éducatif effectué sous la supervision de l'éducatrice.
- encourager l'enfant à brosser chaque dent.
- il n'est pas nécessaire de rincer la bouche ni de cracher après le brossage, en fait cela risque de réduire l'efficacité de l'action topique des fluorures.

La fréquence et la durée du brossage

Dès la poussée des premières dents, le brossage des dents deux fois par jour est recommandé. Le brossage en milieu de garde contribue à l'acquisition de comportements favorables à la santé buccodentaire, mais il peut être difficile de l'intégrer pour les enfants de moins de 3 ans car avant cet âge, l'enfant a rarement la dextérité nécessaire.

Les parents portent la responsabilité ultime de l'acquisition de cette habitude d'hygiène par l'enfant. Ils doivent être informés des avantages et des risques potentiels du brossage des dents en service de garde et décider du meilleur moment et du meilleur endroit pour le brossage, c'est-à-dire à la maison le matin et le soir, ou autoriser que l'enfant le fasse en milieu de garde.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Activité « Brossage de dents »

Chers parents,

Notre service de garde compte offrir une activité de brossage des dents aux enfants de 3 ans ou plus parce qu'ils ont acquis la dextérité nécessaire pour le faire. Les parents jouent un rôle essentiel dans l'acquisition de cette habitude. Toutefois, les services de garde peuvent renforcer l'acquisition de cette bonne habitude en apprenant aux enfants à se brosser régulièrement les dents.

Cette activité sera supervisée et des mesures d'hygiène particulières seront respectées d'éviter la transmission des microbes présents dans le nez et la bouche.

Si vous désirez que votre enfant participe à cette activité, nous vous demandons de fournir une petite brosse à dents munie de deux ou trois rangées de soies souples et d'un manche droit en plastique lisse (car plus facile à nettoyer). La brosse à dents devra être renouvelée tous les deux mois ou dès que les soies sont abîmées ou recourbées.

Si un enfant utilise accidentellement la brosse à dents d'un autre enfant, les parents des enfants concernés seront avisés.

Le brossage des dents au moins deux fois par jour est une saine habitude de vie. Si vous désirez que votre enfant participe à l'activité « Brossage de dents » au service de garde, veuillez signer cette lettre et nous la retourner.

Merci de votre collaboration.

J'autorise la participation de mon enfant _____ à l'activité « Brossage de dents » au service de garde.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

LE CHANGEMENT DE COUCHES

L'ESPACE RÉSERVÉ AU CHANGEMENT DE COUCHES

Cet espace comprend :

- une table à langer lavable et non absorbante dédiée au changement de couches (éviter les surfaces qui servent à d'autres usages, comme les divans ou autres);
- un lavabo situé près de la table à langer. S'il sert à d'autres usages, il doit être désinfecté après chaque changement de couches;
- une poubelle avec couvercle que l'on peut ouvrir sans les mains et munie d'un sac en plastique. Elle doit être hors de la portée des enfants;
- un contenant fermé pour mettre les débarbouillettes souillées.

LES ÉTAPES DU CHANGEMENT DE COUCHES

1. Rassembler le matériel nécessaire

- Une couche :

Déplier la couche à l'avance. Les **couches en papier** superabsorbantes sont préférables. En raison de leur pouvoir absorbant, elles contiennent mieux l'urine et les selles, et réduisent les manipulations de couches souillées et de revêtements imperméables. Elles pourraient prévenir la dermite de couches. Des **couches en tissu** peuvent être recommandées pour certains enfants allergiques aux produits contenus dans les couches superabsorbantes. En ce cas, seules des couches avec le revêtement imperméable intégré devraient être utilisées.

- Des serviettes humides ou lingettes nettoyantes à usage unique facilement accessibles sans avoir à toucher au contenant, ou une ou deux débarbouillettes mouillées pour nettoyer les fesses. Si des débarbouillettes sont utilisées, elles ne doivent servir qu'à cet usage. Pour éviter la confusion, on peut par exemple décider qu'elles auront leur couleur qui les différencie. Les débarbouillettes doivent être utilisées une seule fois, puis placées dans un contenant fermé jusqu'au lavage.

- Des gants :

Le port de gants est recommandé seulement si la personne qui change la couche a un bris cutané (dermite, blessure, infection) aux mains ou si l'enfant a une diarrhée ou du sang dans les selles. Enlever les gants dès que le changement de couche est terminé. Attention de ne pas contaminer l'environnement avec les gants souillés. Il faut toujours se laver les mains après avoir enlevé les gants.

- De la crème pour les fesses (s'il y a lieu) et des papiers mouchoirs pour l'appliquer. Mettre la crème sur le papier mouchoir à l'avance. Ne pas prendre de crème directement du pot avec ses doigts.

- Une solution désinfectante pour la table à langer (eau de Javel 1:10; voir la section « La désinfection des objets, des surfaces et des locaux »). La garder hors de la portée des enfants.

- Des vêtements propres et des sacs de plastique pour mettre les vêtements souillés, s'il y a lieu.

2. Placer l'enfant sur la table à langer. Défaire ses vêtements et bien les repousser.

3. Défaire la couche. Si elle contient des selles, essuyer le siège avec la partie avant de la couche d'un mouvement de l'avant vers l'arrière. Poursuivre le mouvement et replier la couche, le côté souillé vers l'intérieur. La couche se retrouve ainsi pliée en deux, côté propre sous les fesses de l'enfant. La laisser en place.

4. Laver la région des fesses de l'avant vers l'arrière.

5. Soulever le siège de l'enfant, retirer la couche souillée et la jeter. Les couches réutilisables ne doivent pas être vidées de leur contenu. Elles doivent être déposées dans un sac de plastique et remises aux parents pour le nettoyage.
6. Glisser la couche propre déjà dépliée sous le siège de l'enfant.
7. Procéder à un second nettoyage de la région des fesses si nécessaire.
8. S'il y a lieu, appliquer de la crème en utilisant le mouchoir de papier déjà préparé.
9. Fermer la couche et habiller l'enfant. L'enfant doit toujours porter des vêtements par-dessus sa couche.
10. Après chaque changement de couche, se laver les mains et laver celles de l'enfant.
11. Nettoyer les souillures et désinfecter la table à langer et le matériel touché par l'adulte ou l'enfant après chaque utilisation.

EN RÉSUMÉ, LES CINQ RÈGLES À OBSERVER :

1. Utiliser de préférence une couche en papier superabsorbante.
2. Avoir une bonne technique de changement de couches et d'entreposage des couches souillées.
3. Mettre à l'enfant un vêtement par-dessus sa couche.
4. Avoir une bonne technique de lavage des mains.
5. Utiliser des techniques adéquates de lavage et de désinfection du matériel.

LA DÉSINFECTION DES OBJETS, DES SURFACES ET DES LOCAUX¹

Le nettoyage et la désinfection des objets, des surfaces, des planchers et du matériel contribuent à réduire la transmission de l'infection. Ces pratiques ne sont efficaces que si les produits utilisés sont adéquats et les techniques rigoureusement appliquées.

D'abord, il est important de laver les objets et surfaces avant de les désinfecter. Puisque certaines solutions désinfectantes, telles que l'eau de Javel, sont moins efficaces en présence de souillures, de saletés et de matières organiques (sang, matières fécales, vomissures), le lavage à l'eau savonneuse doit précéder la désinfection.

La solution désinfectante recommandée en service de garde est l'eau de **Javel diluée** en raison de son efficacité, de son accessibilité, de son coût modique et de sa facilité d'utilisation. Son efficacité à détruire la plupart des micro-organismes pathogènes présents dans un service de garde a été démontrée. La solution doit être conservée dans un contenant de plastique à l'abri de la lumière, bien identifié avec la date de préparation, et hors de la portée des enfants.

Différentes dilutions peuvent être utilisées pour autant que les directives soient respectées.

Si le service de garde utilise une dilution de **1 : 100** (10 ml d'eau de Javel pour 990 ml d'eau), le temps de contact avec la surface devra être d'au moins deux minutes. La solution devra être préparée et changée tous les jours.

Dans le cas d'une dilution de **1 : 10** (10 ml d'eau de Javel pour 90 ml d'eau, soit une partie d'eau de Javel pour neuf parties d'eau), le temps de contact avec l'objet sera de 30 secondes. La solution devra être préparée et changée toutes les deux semaines.

Peu importe la dilution utilisée, le séchage à l'air libre est possible. Le cas échéant, assécher la surface après avoir respecté le temps de contact.

Nous recommandons l'utilisation d'eau de Javel comme produit désinfectant. Toutefois, si un service de garde décide d'en prendre un autre, celui-ci doit être identifié comme désinfectant, avoir un DIN (identification numérique de médicament attribuée par Santé Canada²) et être virucide. Cette dernière information n'est pas toujours facilement disponible, mais devrait au moins l'être auprès du fabricant.

Le produit désinfectant doit être utilisé selon le mode d'emploi prescrit (concentration, température de l'eau et temps de contact) et entreposé, comme tout autre produit d'entretien ménager, dans un contenant bien identifié, à l'écart des aliments et hors de la portée des enfants. Il faut se souvenir de ne jamais mélanger un produit désinfectant avec l'eau de Javel. Cela pourrait causer des vapeurs toxiques, irritantes pour les voies respiratoires.

Dans le cas des surfaces susceptibles d'être en contact avec les aliments et des objets que l'enfant porte à sa bouche, il est conseillé de rincer à fond après avoir désinfecté

¹ Voir aussi l'aide-mémoire « Nettoyage et désinfection dans un service de garde », en annexe I.

² Santé Canada, [http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/databasdon/index_f.html].

Aller plus bas sur la page et cliquer sur **recherche sur la BDP**.

OBJETS SOUILLÉS DE SANG

Le nettoyage et la désinfection des surfaces, des jouets et des objets souillés de sang doivent être faits de la manière suivante : il faut manipuler les objets souillés à l'aide de gants, éponger le sang avec un tissu absorbant (papier essuie-tout), laver les objets et les surfaces avec de l'eau savonneuse, les désinfecter avec une solution d'eau javellisée à une concentration de 1 : 10, laisser la solution agir pendant deux à trois minutes, puis rincer à fond. Pour les vêtements tachés de sang, un trempage à l'eau froide suivi d'un lavage normal à l'eau chaude savonneuse suffit. Les gants en caoutchouc devront être lavés et désinfectés avant d'être réutilisés; les gants à usage unique (latex, nitryle) devront être jetés dans une poubelle fermée.

LES JOUETS

Les jouets utilisés dans les services de garde doivent être lavables. Tous les jouets, y compris ceux utilisés à l'extérieur, doivent être lavés et désinfectés chaque semaine. Les jouets portés à la bouche doivent être lavés quotidiennement et désinfectés avec une solution d'eau javellisée, puis rincés. Laisser sécher à l'air libre. Les petits jouets à surface rigide peuvent être lavés au lave-vaisselle. La désinfection n'est alors pas requise.

Il faut éviter le partage des jouets portés à la bouche tant que ces derniers n'ont pas été lavés ni désinfectés. Les jouets en peluche peuvent néanmoins être acceptés au moment de la sieste, mais ils doivent être bien identifiés, et rangés dans un casier individuel après la sieste. Ces jouets en peluche ne devraient pas être partagés. De plus, ils devraient être retournés chaque semaine à la maison pour y être lavés.

Les vêtements de déguisement doivent être lavés à la machine chaque semaine et dès que souillés.

LA TABLE À LANGER

La surface de la table à langer doit être lisse, hydrofuge, non poreuse et facile à nettoyer. Cette table doit être placée près d'un lavabo afin de faciliter le lavage des mains, et loin de la cuisine, car le changement de couches est l'activité la plus susceptible de contaminer l'environnement. Il ne faut pas changer la couche des enfants ailleurs que sur une table à langer. En outre, on ne doit jamais déposer d'aliments, d'ustensiles ou de vaisselle sur la table à langer. En service de garde, les enfants doivent porter en tout temps un vêtement qui recouvre la couche.

La table à langer, tout comme le matériel touché par les mains, doit être désinfectée après chaque changement de couche. Si la surface à langer est souillée, il faut procéder au nettoyage avant la désinfection. Si un piqué ou du papier sont utilisés, ceux-ci doivent être changés entre chaque changement de couche. En ce cas si une souillure se produit, la surface doit être nettoyée et désinfectée.

Il faut éviter de rincer tout objet souillé de matières fécales dans le lavabo utilisé pour le lavage des mains. Si c'est impossible, laver et désinfecter le lavabo avant de l'utiliser pour le lavage des mains. Les vêtements souillés doivent être placés dans un sac hermétiquement fermé et remis aux parents à la fin de la journée.

Étant donné le risque de transmission des infections relié au changement de couches, il est important que les dilutions et temps de contact soient rigoureusement respectés. À cet égard, il peut être pertinent de privilégier l'utilisation d'une solution d'eau de Javel diluée 1 : 10 (temps de contact moins long).

LES DÉBARBOUILLETTES

Les débarbouillettes utilisées pour le visage et les mains doivent être réservées à l'usage exclusif d'un enfant et lavées quotidiennement. Pour le changement de couches, il est préférable d'utiliser des lingettes nettoyantes à usage unique, surtout au cours d'une éclosion d'infection entérique. Si des débarbouillettes en tissu sont utilisées, celles-ci doivent être changées après chaque utilisation.

LES MATELAS, LA HOUSSE, LA COUVERTURE ET LE DRAP

La literie de chaque enfant doit être réservée à l'usage exclusif de cet enfant et rangée de façon à ce qu'elle n'entre pas en contact avec celle des autres enfants. Toute literie doit être lavée avant d'être utilisée par un autre enfant. Les draps devraient être lavés hebdomadairement et lorsque souillés.

Les matelas doivent être en bon état, de surface lisse et non poreuse. Ceux-ci doivent être lavés et désinfectés entre chaque enfant et dès que souillés.

LES MURS ET LES PLANCHERS

Les murs et les planchers doivent être revêtus de matériaux facilement lavables. Il faut s'assurer que les planchers et le bas des murs dans les toilettes sont lavés et désinfectés chaque jour.

LES TOILETTES

Le nombre de toilettes par groupe de 15 enfants doit être conforme à la réglementation. Il est préférable d'avoir des toilettes conçues spécialement pour les enfants et utilisées exclusivement par le service de garde. Les toilettes et la salle de bain doivent être lavées et désinfectées chaque jour et lorsque souillées. Les chaises-pots sont pour leur part vidées dans les toilettes, et doivent être lavées et désinfectées après chaque usage. Il n'est pas recommandé d'utiliser le lavabo destiné au lavage de mains pour laver et rincer les pots. Privilégier l'usage d'un lavabo utilitaire ou des lingettes désinfectantes (voir glossaire) à usage unique pour les pots.

LE CARRÉ DE SABLE À L'EXTÉRIEUR

On recommande fortement de recouvrir le carré de sable d'une enveloppe (filet de nylon), afin de permettre à l'air de circuler et aux rayons solaires de détruire une partie des micro-organismes qui y sont présents et d'empêcher la contamination par les selles d'animaux. On devrait d'ailleurs inspecter quotidiennement la cour extérieure pour enlever les matières fécales et autres objets indésirables. Il faut également aérer le sable chaque jour avec un râteau.

Pour désinfecter les carrés de sable, il faut traiter le sable toutes les deux semaines avec une solution d'eau de Javel diluée. Il suffit de verser le produit sur le sable à l'aide d'un arrosoir, ensuite d'arroser le sable avec de l'eau pour bien l'imbiber, de le retourner et d'attendre 24 heures avant de permettre aux enfants de jouer dans cet espace. Les jouets utilisés dans le carré de sable doivent être lavés et désinfectés de façon hebdomadaire.

Si le carré de sable a été contaminé par de l'urine, des selles, des vomissements ou des excréments d'animaux, on doit enlever le sable contaminé et procéder à sa désinfection. Le remplacement du sable est une option à considérer.

LA DÉSINFECTION D'UN HUMIDIFICATEUR PORTATIF ET D'UN REFROIDISSEUR D'EAU

LES HUMIDIFICATEURS PORTATIFS

L'article 30 du Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance stipule que le pourcentage d'humidité relative dans un sous-sol ne doit jamais dépasser 50 %.

Il est aussi recommandé que le taux d'humidité en hiver ne soit pas inférieur à 30 %.

Les humidificateurs portatifs sont des appareils utilisés pour obtenir un taux d'humidité adéquat. Un taux d'humidité particulièrement élevé peut favoriser la croissance de bactéries, de champignons dont les moisissures, et provoquer des problèmes de santé comme la rhinite et l'asthme allergique.

L'eau stagnante d'un humidificateur portatif, c'est-à-dire l'eau contenue dans le réservoir inutilisé, est un excellent milieu de croissance pour certains micro-organismes tels les *Pseudomonas* et les champignons. Ces microbes circuleront dans l'environnement lorsque l'appareil sera mis en marche.

Voici les recommandations d'usage pour diminuer les risques à la santé associés à leur utilisation :

- remplir le réservoir seulement lorsque l'appareil sera mis en marche;
- laver le réservoir à l'eau chaude et au savon et rincer à l'eau claire;
- désinfecter les différentes sections de l'humidificateur tous les trois jours avec une solution d'eau de Javel diluée afin d'éliminer les dépôts visqueux sur les parois et prévenir le développement de micro-organismes;
- vider l'eau résiduelle du réservoir après chaque utilisation;
- nettoyer ou remplacer les filtres, s'il y a lieu, selon les recommandations du fabricant;
- respecter les instructions du fabricant en tout temps.

Avant de ranger l'appareil pour une longue période :

- laver le réservoir à l'eau chaude et au savon et rincer à l'eau claire;
- désinfecter les différentes sections de l'humidificateur avec une solution d'eau de Javel diluée;
- bien assécher.

LES REFROIDISSEURS D'EAU

Les refroidisseurs d'eau, ou fontaines réfrigérantes, doivent faire l'objet d'un entretien périodique et minutieux tous les deux mois (à faire en l'absence des enfants), de façon à maintenir un niveau raisonnable de propreté et de salubrité en permettant l'élimination des dépôts, des poussières et des micro-organismes inévitables au cours de l'utilisation.

Entretien bimestriel :

1. débrancher l'appareil;
2. enlever la bouteille et vidanger l'eau contenue dans le réservoir;
3. remplir le réservoir d'une solution d'eau de Javel diluée et laisser reposer pendant 30 minutes. Par mesure de sécurité, indiquer sur le réservoir que cette eau n'est pas bonne à boire;
4. vidanger cette solution par le robinet d'eau froide seulement;
5. rincer le réservoir à l'eau claire à plusieurs reprises (au moins trois fois) en le remplissant d'eau;
6. dévisser le robinet (ou bouton du distributeur d'eau) une fois que le réservoir a été nettoyé, désinfecté et vidé de son eau. Nettoyer l'intérieur à l'eau savonneuse à l'aide d'une petite brosse et le rincer à l'eau courante;

7. faire tremper le bouton du distributeur d'eau dans une solution d'eau de Javel diluée pendant 30 minutes;
8. bien rincer à l'eau claire avant de le replacer;
9. rebrancher l'appareil;
10. inscrire sur l'appareil la date du prochain entretien à l'aide d'un autocollant.

Chaque fois qu'il y a remplacement d'une bouteille d'eau :

1. laver le goulot de la bouteille avec une solution savonneuse et rincer à l'eau avant de retirer le sceau et de l'installer dans le réservoir;
2. manipuler la bouteille avec précaution pour éviter de propager des microbes dans l'eau du refroidisseur.

L'extérieur du robinet du refroidisseur devrait faire l'objet d'un nettoyage quotidien, tout comme les robinets du lavabo.

L'HYGIÈNE À LA CUISINE

En service de garde éducatif, l'accès des enfants à la cuisine ne doit être permis que sous surveillance. Qu'elle soit de type ouvert ou fermé, la cuisine ne doit pas servir d'aire de jeu.

Les surfaces de travail doivent être en bonne condition, sans dommages ou égratignures, afin de permettre un nettoyage et une désinfection efficaces. Si le plan de préparation est en acier inoxydable, une solution d'eau javellisée 1 : 200 (5 ml dans 1 litre d'eau) est adéquate et est recommandée pour éviter la corrosion.

Les linges servant à laver et à essuyer la vaisselle doivent être bien identifiés, être réservés à cet usage et être lavés tous les jours. Les éponges sont facilement contaminées et difficiles à nettoyer, et leur usage en service de garde n'est pas recommandé.

Les tables sur lesquelles les enfants mangent sont nettoyées et désinfectées après chaque usage.

Les ordures doivent être déposées dans une poubelle munie d'un sac de plastique et recouverte d'un couvercle étanche qui s'ouvre sans contact avec les mains. Les poubelles doivent être vidées quotidiennement dans des contenants à l'extérieur.

Enfin, les fenêtres de la cuisine doivent être munies de moustiquaires pour empêcher l'entrée des insectes. Avenant la découverte de traces d'insectes ou de rongeurs dans la cuisine ou dans toute autre pièce du service de garde, des mesures rigoureuses et adéquates doivent immédiatement être prises pour enrayer la situation.

MESURES D'HYGIÈNE DANS LA CUISINE

1. Les lavabos qui servent à la préparation des aliments ne doivent pas servir pour le changement de couches ni pour laver les mains des enfants.
2. La vaisselle utilisée et les ustensiles doivent être lavés et désinfectés :
 - o au lave-vaisselle : c'est un moyen efficace de laver et désinfecter à la fois. En effet, dans la plupart des appareils, le temps de rinçage et la température de l'eau (au moins 77 °C, ou 170 °F) sont suffisants pour assurer la désinfection;
 - o manuellement, en respectant les étapes suivantes :
 - rincer pour enlever les plus grosses particules de la surface,
 - laver dans l'eau chaude (au moins 43 °C) et savonneuse,
 - rincer,
 - désinfecter dans l'eau très chaude pendant au moins 30 secondes ou dans une solution contenant un assainisseur chimique, telle une solution d'eau javellisée diluée 1 : 500 (2 ml dans 1 litre d'eau) pendant un minimum de deux minutes,
 - laisser sécher à l'air libre car l'utilisation de linge à vaisselle peut favoriser la contamination.
3. Les comptoirs de cuisine doivent être lavés et désinfectés après chaque usage, en particulier :
 - o dès qu'un aliment cru d'origine animale a été manipulé sur une surface de travail;
 - o entre chaque viande lorsque différentes sortes de viande sont manipulées successivement;
 - o lorsque la manipulation d'un aliment cru précède la manipulation d'un aliment prêt à manger;
 - o chaque fois qu'une contamination a pu se produire.

Pour la façon d'assurer la salubrité des lieux, voir aussi l'aide-mémoire « Nettoyage et désinfection dans un service de garde », en annexe 1.

L'HYGIÈNE DES ALIMENTS

La prévention de la transmission d'infection par les aliments est la responsabilité de tous. Il importe que tous connaissent et appliquent les mesures d'hygiène relatives à la manipulation des aliments.

En vertu de la Loi sur les produits alimentaires (L.R.Q., c. P-29), les services de garde en installation ne sont pas tenus d'avoir un permis alimentaire. Néanmoins, ils sont tenus de se soumettre aux inspections régulières du Centre québécois d'inspection des aliments et de santé animale du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ).

Selon l'article 113 du Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance :

« Le prestataire de services de garde doit conserver et servir, dans des conditions sanitaires et à la température appropriée, les aliments préparés ou apportés. »

Cette section décrit les mesures de prévention des infections qui se rapportent à la manipulation des aliments et que devraient respecter les services de garde.

MANIPULATION DES ALIMENTS

- Une personne qui a une maladie contagieuse comme une gastroentérite ou des infections cutanées au niveau des mains, des avant-bras ou du visage ne doit pas préparer ni servir les aliments.
- Une personne qui a une coupure non infectée sur les mains doit couvrir la lésion d'un pansement imperméable et propre. Elle doit aussi porter des gants à usage unique, en prenant soin de se laver les mains avant et après avoir utilisé les gants.
- Les cuisinières ne devraient pas changer les couches des enfants ni les aider à aller aux toilettes. Si elles ont à le faire, elles doivent ensuite se laver les mains très soigneusement.
- Une personne qui prépare les aliments doit veiller à son hygiène personnelle. Elle doit :
 - o se laver les mains et les ongles avant et après avoir touché les aliments et entre chaque catégorie d'aliments, comme les aliments crus et cuits;
 - o se laver les mains après être allée aux toilettes et après avoir toussé, éternué ou touché une surface sale;
 - o porter un tablier propre;
 - o couvrir ses cheveux avec un filet ou un couvre-chef. Cette mesure n'est pas obligatoire dans le cas d'un service de garde en milieu familial, mais les cheveux devraient être retenus ou attachés;
 - o éviter de porter des bagues, bijoux, faux ongles et vernis à ongles. Ceux-ci peuvent cacher des germes et favoriser la contamination.

L'ACHAT DES ALIMENTS

- Choisir des aliments frais et de bonne qualité. Toujours vérifier la date de péremption, et ne pas utiliser ni servir les aliments dont la date limite de consommation est dépassée.
- S'assurer que les températures de conservation des aliments sont adéquates. Après l'épicerie, il est préférable de revenir au service de garde sans tarder; sinon, prévoir une glacière pour les aliments périssables.

L'ENTREPOSAGE ET LA CONSERVATION DES ALIMENTS

- Garder la température du réfrigérateur entre 0 °C et 4 °C, et la température du congélateur à un minimum de -18 °C. Un thermomètre doit être placé dans l'appareil et la température devrait être vérifiée régulièrement et consignée dans un registre.
- Entreposer, transporter et servir les aliments dans des contenants étanches.
- Réfrigérer ou congeler sans délai les aliments qui doivent l'être.

- Emballer les denrées dès leur réception et apposer une étiquette indiquant la date, puis surveiller leur durée de conservation pour bien faire la rotation. Pour la durée de conservation des aliments, voir le document du MAPAQ *Thermoguide : Frais... c'est meilleur*, à l'adresse : [\[www.mapaq.gouv.qc.ca/NR/rdonlyres/F4F3E56B-4688-4E5F-A01D-0FBD2C67A079/0/thermoguide.pdf\]](http://www.mapaq.gouv.qc.ca/NR/rdonlyres/F4F3E56B-4688-4E5F-A01D-0FBD2C67A079/0/thermoguide.pdf).
- Ne pas laisser d'aliments périssables séjournés entre 0 °C et 60 °C. À cette température, les bactéries se développent rapidement.
- Ne pas recongeler les aliments après qu'ils ont été décongelés.
- Réfrigérer les fruits et légumes frais coupés près à servir entre 0 °C et 4 °C.
- Toujours tenir compte de la mention « Garder réfrigérer après l'ouverture » que comporte certains aliments.

LA PRÉPARATION DES ALIMENTS

- Décongeler les aliments au réfrigérateur ou au micro-ondes, ou au four en même temps que la cuisson. Ne pas décongeler les aliments sur le comptoir. La température à la surface de l'aliment atteint rapidement 4 °C à 60 °C et favorise ainsi la prolifération des bactéries.
- Faire mariner les aliments au réfrigérateur.
- Veiller à ne pas contaminer les aliments cuits ou prêts à servir par un aliment cru ou par des mains, ustensiles ou surfaces de travail ayant été en contact avec un aliment cru.
- Pour le nettoyage et la préparation des fruits et légumes frais, il est recommandé :
 - de jeter ceux qui sont pourris;
 - de se laver les mains avant et après leur manipulation;
 - de les laver à l'eau potable avant de les manger, les préparer ou les couper. Les fruits et légumes à surface rugueuse comme le cantaloup doivent être lavés et brossés avant d'être coupés;
 - de retirer les parties meurtries ou endommagées et de nettoyer ensuite le couteau pour éviter de contaminer le reste du fruit ou du légume.
- Vérifier avec un thermomètre la température interne des viandes. Leur cuisson sert entre autres à détruire les bactéries. Pour connaître les températures internes recommandées, voir la brochure du MAPAQ Guide du consommateur à l'adresse : [\[www.mapaq.gouv.qc.ca/NR/rdonlyres/98DE0914-B865-4BFB-8670-BA97F98BB253/0/MAPAQ_guide_consommateur.pdf\]](http://www.mapaq.gouv.qc.ca/NR/rdonlyres/98DE0914-B865-4BFB-8670-BA97F98BB253/0/MAPAQ_guide_consommateur.pdf).
- Après leur cuisson, transférer les aliments dans des contenants peu profonds pour en hâter le tiédissement, puis les placer à demi couverts au réfrigérateur. Fermer les contenants lorsque les aliments sont froids.
- Ne pas refroidir les aliments cuits à la température de la pièce trop longtemps afin d'éviter les températures critiques (de 4 °C à 60 °C).
- S'il y a retard dans le service des aliments, les garder au four afin qu'ils conservent une température de plus de 60 °C.

ALIMENTS À ÉVITER POUR LES ENFANTS

Les enfants doivent éviter des aliments en raison du risque d'infection à certains microbes que ceux-ci représentent (ex. : *E. coli*, *Salmonella*), soit :

- jus non pasteurisés;
- lait et autres produits laitiers (beurre, fromage) non pasteurisés;
- œufs crus ou mal cuits;
- viandes et volailles crues ou mal cuites;
- germes de haricot (« chop suey »), luzerne et autres germinations crues;
- poissons et mollusques crus, telles huîtres et moules;
- miel (dans le cas des enfants de 12 mois ou moins).

Pour plus d'information et pour consulter les documents cités, communiquer avec le Centre québécois d'inspection des aliments et de santé animale du MAPAQ :

Téléphone : 1 800 463-5023

Courrier électronique : DGA@mapaq.qc.ca

Site Internet : [www.mapaq.gouv.qc.ca]

On peut aussi consulter le site Internet de l'Agence canadienne d'inspection des aliments à l'adresse [www.inspection.gc.ca].

L'HYGIÈNE RESPIRATOIRE

L'hygiène respiratoire est un ensemble de gestes à faire par tous afin de limiter la dispersion des micro-organismes à l'occasion d'éternuement, de toux ou de mouchage. Elle consiste à contenir les sécrétions, à utiliser la bonne technique de mouchage et à se laver les mains.

CONTENIR LES SÉCRÉTIONS

- Avoir des mouchoirs à portée de main.
- Se couvrir le nez et la bouche d'un mouchoir à l'occasion de toux ou d'éternuement.
- En l'absence d'un mouchoir, tousser ou éternuer dans le pli du coude.
- Éviter de se couvrir le nez et la bouche avec les mains afin d'éviter la contamination de ces dernières.

TECHNIQUE DE MOUCHAGE

- Utiliser suffisamment de mouchoirs de papier pour éviter que les doigts ne touchent aux sécrétions.
- Souffler doucement, une narine à la fois en obstruant l'autre, afin d'empêcher les sécrétions nasales de pénétrer dans les trompes d'Eustache et de provoquer des otites moyennes.
- Jeter immédiatement les mouchoirs à la poubelle. Celle-ci devrait être munie d'un sac de plastique et d'un couvercle qui s'ouvre sans contact avec les mains (actionné par une pédale).

SE LAVER LES MAINS

Se laver les mains avec de l'eau et du savon ou un rince-mains alcoolisé après avoir manipulé des sécrétions respiratoires (voir la section suivante, « Le lavage des mains »).

Il existe des outils pour rappeler à tous l'hygiène respiratoire, telle l'affiche « Atchoum! Microbes rebelles aux poubelles! », annexe 2.

LE LAVAGE DES MAINS

Le lavage des mains est le moyen le plus efficace de prévenir la transmission des infections. C'est particulièrement vrai dans un service de garde, où les enfants sont en contact étroit les uns avec les autres et où les objets comme les jouets sont partagés. Le lavage des mains effectué de la bonne façon au bon moment contribue à une diminution de la transmission des infections.

Les ongles doivent être courts et propres.

Il n'est pas recommandé de porter des bagues ou des faux ongles lorsqu'on travaille en service de garde. Ceux-ci interfèrent avec un bon lavage de mains. Seul un jonc sans incrustation peut être toléré.

QUAND DOIT-ON SE LAVER LES MAINS?

1. En arrivant à la garderie et en la quittant.
2. Avant de manger ou d'aider un enfant à manger.
3. Avant et après la manipulation des aliments.
4. Après chaque changement de couche et après être allé aux toilettes ou avoir aidé un enfant à y aller.
5. Après avoir touché un objet ou une surface sale.
6. Après avoir joué à l'extérieur.
7. Après avoir manipulé des sécrétions respiratoires.
8. Avant et après un changement de pansement.
9. Avant la préparation et l'administration d'un médicament (crème, gouttes, etc.).
10. Après avoir été en contact avec un liquide biologique (sang, sécrétions), même si on a porté des gants.
11. Lorsque les mains sont visiblement souillées.
12. Chaque fois qu'on le juge nécessaire.

AVEC QUOI SE LAVE-T-ON LES MAINS?

Pour se laver les mains, on utilise de l'eau tiède et du savon liquide placé dans un distributeur. Lorsque le distributeur à savon est vide, il faut le remplacer ou le laver avant de le remplir afin d'éviter toute contamination du savon.

Éviter le pain de savon puisque celui-ci se contamine rapidement. Il n'est pas nécessaire d'utiliser un savon germicide en service de garde.

En l'absence d'eau et de savon, un rince-mains alcoolisé peut être utilisé. Il s'agit de solutions qui contiennent de 60 % à 95 % d'alcool combiné avec des agents émollients pour éviter l'assèchement de la peau. Ils se présentent sous forme de gel, de rince ou de mousse. Ils sont très efficaces contre la majorité des microbes. De plus, ils agissent rapidement : dès que les mains sont sèches, elles sont propres. Ils sont donc une excellente solution de remplacement au lavage à l'eau et au savon, lorsque les lavabos ne sont pas disponibles.

LAVAGE DES MAINS À L'EAU ET AU SAVON

COMMENT SE LAVER LES MAINS AU LAVABO?

La technique de lavage des mains comporte les étapes suivantes :

1. Ouvrir le robinet;
2. Se mouiller les mains et les poignets;



3. S'enduire les mains de savon;



4. Frotter vigoureusement toutes les surfaces des mains et des poignets (ne pas oublier les espaces interdigitaux, le bout des doigts, les ongles et les pouces);



5. Rincer abondamment à l'eau courante;



6. Sécher avec des serviettes de papier ou une serviette personnalisée;



7. Fermer le robinet avec une serviette de papier ou un linge prévu à cette fin.



Illustrations tirées de l'affiche : « Ouste les microbes! La mousse à la rescousse », ministère de la Famille et des Aînés, 2007

COMBIEN DE TEMPS DURE LE LAVAGE DES MAINS?

Si on suit la technique décrite ci-dessus, le lavage des mains devrait durer au moins 15 secondes. Si la peau et les ongles sont visiblement souillés, on doit prolonger la durée du frottement, et ce, jusqu'à ce que les mains soient propres.

On peut guider les enfants sur la durée habituelle du lavage de mains en leur faisant chanter une courte chanson (ex. : comptine *Bye-bye les microbes*).

AVEC QUOI S'ESSUIE-T-ON LES MAINS?

On suggère une serviette en papier pour s'essuyer les mains. Celle-ci a une double fonction car elle est aussi utilisée pour fermer le robinet afin d'éviter que les mains propres ne soient contaminées.

La serviette commune en tissu n'est pas recommandée car elle peut devenir une source de contamination. Si la serviette en tissu est utilisée, elle doit être personnalisée à l'usage de chaque enfant. De plus, il faut prévoir un linge distinct pour fermer le robinet.

COMMENT LAVER LES MAINS D'UN BÉBÉ?

1. Laver les mains avec une débarbouillette imbibée d'eau tiède et de savon.
2. Rincer avec une autre débarbouillette imbibée d'eau tiède.
3. Sécher avec des serviettes de papier ou une serviette personnalisée.

DOIT-ON UTILISER DES LOTIONS À MAINS?

La lotion procure l'hydratation de la peau des mains et favorise une bonne protection contre la sécheresse, les gerçures et les dermatites chez le personnel. Il est préférable d'appliquer de la lotion au moment de la sieste des enfants, avant une activité à l'extérieur et avant de quitter le service de garde car durant ces périodes, on ne se lave pas les mains aussi souvent. Lorsque le contenant de lotion ou de crème à mains est vide, il ne doit pas être rempli mais jeté, afin d'éviter la contamination de la lotion ou de la crème.

LAVAGE DES MAINS SANS EAU

COMMENT SE LAVER LES MAINS SANS EAU?

1. Appliquer la quantité de produit recommandée par le fabricant.
2. Frotter les mains ensemble pour étendre la solution partout sur les mains jusqu'à ce que celles-ci soient sèches.

Les rince-mains alcoolisés ne doivent pas être utilisées si les mains sont visiblement souillées ou mouillées parce qu'ils sont alors moins efficaces.

Les serviettes humides jetables ne nettoient pas les mains de façon efficace. Elles pourraient servir à un premier nettoyage lorsque les mains sont très souillées et qu'il n'y a pas d'eau disponible.

QUELLES PRÉCAUTIONS PRENDRE?

En services de garde, l'utilisation de rince-mains à base d'alcool peut représenter des risques de blessures associés à l'ingestion ou aux éclaboussures du produit. Les règles d'utilisation suivantes sont recommandées.

- Les rince-mains doivent être hors de la portée des enfants sans pour autant être gardés sous clé. Toutefois, les réserves de produits doivent être entreposées dans un espace de rangement verrouillé.
- Si des distributeurs muraux sont utilisés, ils doivent être munis de plateau anti-gouttes.
- Seuls les rince-mains à base d'alcool éthylique sont recommandés.
- L'utilisation des rince-mains à base d'alcool ne devrait pas remplacer le lavage des mains à l'eau et au savon, qui demeure la principale méthode d'hygiène des mains.
- L'utilisation des rince-mains à base d'alcool par le jeune enfant doit toujours être faite sous supervision.

Il existe des outils pour rappeler à tous le lavage des mains, entre autres l'affiche « Ouste, les microbes! La mousse à la rescouisse! », en annexe 3.

MANIPULATION ET CONSERVATION DE LA GOUACHE ET DE LA PÂTE À MODELER

LA GOUACHE

La gouache est une peinture à l'eau mêlée de liants et d'ingrédients qui la rendent pâteuse. Sur le marché, on la trouve sous forme liquide (dans des pots ou en tube) et solide (en pastilles). Elle présente plusieurs avantages : elle est facilement lavable à l'eau, sans odeur, bon marché et surtout, non toxique.

À la lumière des informations disponibles, l'odeur (moisi, terre humide ou alcool) parfois dégagée par la gouache pourrait être due à la présence de moisissures.

Les moisissures sont des champignons microscopiques dont l'apparition est favorisée, au cours de l'entreposage, par les températures douces, le faible éclairage, la ventilation et l'humidité.

Le contenu en eau de la gouache joue un rôle important dans le développement des moisissures. Plus la quantité d'eau est élevée, comme dans le cas de la gouache sous forme liquide, plus grand est le risque de formation de moisissures.

Les moisissures ne sont pas toujours faciles à reconnaître. Elles peuvent ressembler à une simple tache, à un jaunissement ou à une ternissure. Pour savoir s'il s'agit de moisissures, tapoter les marques suspectes avec un linge humecté d'eau de Javel non diluée. Si la tache change de couleur ou disparaît, il s'agit fort probablement de moisissures. Les agents de blanchiment au chlorure sont les seuls produits qui éliminent les moisissures par contact.

RECOMMANDATIONS

- Acheter une gouache de qualité, en petites quantités, de préférence en pastilles. Une gouache de mauvaise qualité peut être source de problèmes.
- Ranger la gouache dans un endroit sec et éclairé.
- Bien ventiler les locaux et maintenir le taux d'humidité entre 30 et 50 %.
- Jeter la gouache et son contenant si moisissures ou odeur.
- Laver les contenants de gouache liquide avec une solution de bicarbonate de sodium (soda) un jour, en alternance avec du vinaigre le jour d'après. Le bicarbonate et le vinaigre attaquent des espèces différentes de moisissures.

LA PÂTE À MODELER

Une étude démontre que les micro-organismes peuvent survivre sur les pâtes pendant au moins 60 minutes, mais pas plus de 24 heures. Cela ne signifie pas pour autant que l'on doive jeter la pâte à modeler après chaque utilisation car selon cette étude, la pâte fortement inoculée par un micro-organisme et conservée à la température de la pièce semble incapable de soutenir une croissance bactérienne.

On recommande toutefois de ne pas se servir constamment de la même pâte au cours de la journée. Il est préférable d'attendre 24 heures avant de la réutiliser. Si cette activité revient à deux reprises au cours de la journée, il faut donc prévoir une pâte pour le matin et une autre pour l'après-midi.

En outre, il faut faire laver les mains des enfants avant et après l'activité et tenter d'empêcher ceux-ci de porter la pâte à leur bouche.

LE MAQUILLAGE DES ENFANTS

Des infections peuvent être transmises durant les séances de maquillage. Les principaux vecteurs de cette transmission sont les mains ainsi que les produits et le matériel utilisés.

MESURES DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DURANT LES SÉANCES DE MAQUILLAGE

- Éviter de maquiller un enfant dont les yeux coulent, qui a une lésion au visage ou qui présente des symptômes reliés à une infection respiratoire. Éviter de maquiller une zone de peau présentant des lésions.
- Appliquer le produit sur une petite surface de la peau, avant de faire un maquillage complet, pour s'assurer qu'il est bien toléré. Certains produits de maquillage peuvent causer des irritations ou des allergies.
- Privilégier les produits non toxiques et hypo-allergènes.
- Avant une séance de maquillage, laver les pinceaux à l'eau et au savon. Bien les rincer à l'eau, les secouer pour les égoutter et les laisser sécher avant d'appliquer de l'alcool à 70 % sur les poils.
- Entre le maquillage de chaque enfant, désinfecter les poils des pinceaux avec de l'alcool à 70 %.
- Se laver les mains avant de maquiller chaque enfant.
- Les applicateurs dont l'extrémité est garnie de mousse ou de feutrine et les éponges à maquillage sont à usage unique. Ils ne doivent donc pas être réutilisés.
- Toujours prendre le produit de maquillage à même le contenant, au moyen d'une spatule désinfectée avec de l'alcool à 70 %, et non avec les doigts. Ne prendre que la quantité de produit nécessaire.
- Tailler les crayons avant chaque utilisation et appliquer un peu d'alcool à 70 % sur la mine à la fin de la séance de maquillage de chaque enfant.
- Ranger le nécessaire à maquillage à l'abri de la poussière dans un contenant fermé.

La date de péremption des cosmétiques n'est pas toujours indiquée. Les bactéries, moisissures, fermentations et champignons pourraient causer des réactions cutanées. Il est recommandé :

- de ne pas conserver un produit de maquillage plus d'un an;
 - d'acheter de préférence de petits contenants;
 - de jeter le produit si une odeur s'en dégage ou en présence de moisissures.
- .

Chapitre V

MALADIES INFECTIEUSES

AMIBIASE

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'amibiase est une infection parasitaire intestinale causée par *Entamoeba histolytica*. Très rarement acquise au Canada, cette infection est plus commune dans les pays où les conditions d'hygiène sont inadéquates.

Il existe une forme non pathogène d'*Entamoeba*, l'*Entamoeba dispar*, qui est morphologiquement identique à *E. histolytica* et beaucoup plus fréquente.

Cycle de vie

Le parasite existe sous deux formes : le kyste et le trophozoïte. L'humain acquiert l'infection par voie orale en ingérant les kystes. Dans l'intestin grêle, les kystes se transforment en trophozoïtes, lesquels se multiplient et sont responsables de l'affection colique. Au niveau du côlon, les trophozoïtes retrouvent le stade kystique, et les kystes sont plus tard évacués dans les selles.

Tableau clinique

Dans la plupart des cas, l'infection est asymptomatique. Les symptômes les plus fréquents sont les diarrhées et les crampes abdominales. Certains individus peuvent présenter une diarrhée plus grave accompagnée de sang dans les selles et de douleurs abdominales basses (dysenterie).

Complications

Les complications les plus fréquentes liées à l'amibiase sont :

- hémorragie intestinale;
- perforation intestinale;
- amébome (lésion pseudotumorale, intestinale ou extra-intestinale);
- abcès hépatique amibien.

Durée de la maladie

L'amibiase peut durer des semaines, voire des années.

Modes d'acquisition et de transmission

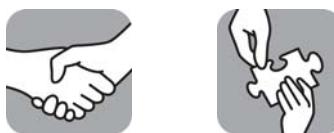
Acquisition

L'amibiase s'acquiert à la suite de l'ingestion d'aliments et d'eau contaminés, ou par ingestion de kystes se trouvant sur des mains contaminées par les selles d'une personne infectée ou porteuse.

La maladie se transmet plus facilement lorsque les selles de la personne atteinte sont diarrhéiques, peu importe la cause.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure habituellement de deux à quatre semaines; plus rarement, elle peut être de quelques mois, voire quelques années.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que la personne contaminée excrète le parasite.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'amibiase.

Immunité

L'amibiase ne confère aucune immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

Amibiase intestinale

Recherche de parasites dans les selles.

Note : La demande doit indiquer « *Entamoeba histolytica* » afin que le laboratoire utilise les techniques appropriées. La différenciation des souches (*histolytica* et *dispar*) sera faite par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) au laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ).

Amibiase hépatique

- Imagerie médicale.
- Sérologie.

♦ Exceptionnelles

Amibiase intestinale

- Si diarrhée grave, recherche d'amibes sur selles fraîches.
- Sigmoïdoscopie.
- Sérologie pour les infections invasives.

Amibiase hépatique

Aucune.

Traitement

♦ Spécifique

- Cas sans symptôme : iodoquinol ou paromomycine.
- Cas avec symptômes : métronidazole suivi d'iodoquinol ou de paromomycine.

♦ De soutien

Hydratation.

Particularités associées au service de garde

Bien que leurs comportements rendent les jeunes enfants plus vulnérables aux infections transmises par voie fécale-orale, l'amibiase est rarement observée en service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Le traitement de la femme enceinte dépendra du stade de la grossesse et de la symptomatologie.

MESURES À PRENDRE

Enquête

- Confirmer qu'il s'agit bien d'un *E. histolytica*; s'il s'agit d'un *E. dispar*, aucune intervention n'est nécessaire.
- Prendre contact avec le service de garde dès la confirmation d'un premier cas d'*E. histolytica*.
- Il n'est pas pertinent d'enquêter sur l'approvisionnement en eau.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- Exclure le sujet s'il présente des symptômes.
- Réadmettre lorsqu'un traitement approprié est amorcé et avec l'accord du médecin de santé publique.
- Si asymptomatique, exclure jusqu'à ce qu'un traitement approprié soit amorcé et réadmettre avec l'accord du médecin de santé publique.
- Si le sujet prépare ou manipule des aliments, il peut réintégrer le service de garde 48 heures après disparition des symptômes si les mesures d'hygiène recommandées sont bien suivies, qu'un traitement approprié a été amorcé et avec l'accord du médecin de santé publique.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts les membres du personnel et les enfants du même groupe que le sujet.
- Remettre une lettre à tous les contacts.
- Procéder à une recherche d'*Entamoeba histolytica* dans les selles de tous les contacts, qu'ils présentent des symptômes ou non (idéalement, deux ou trois échantillons à 48 heures d'intervalle).
- Communiquer avec le LSPQ afin de prendre les dispositions pour les analyses de laboratoire à faire chez les contacts.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Réviser la technique de changement de couches, prioriser l'utilisation de couches jetables, lingettes à usage unique et de gants au besoin (voir chapitre IV, section « Le changement de couches »).

Suivi

Si un nouveau cas d'amibiase (*E. histolytica*) apparaît dans un autre groupe, envisager d'élargir l'intervention à tout le service de garde.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Amibiase

Chers parents,

Présentement, dans le groupe de votre enfant, une personne est atteinte d'amibiase. Cette maladie est causée par un parasite. Elle peut se présenter sous forme aiguë ou chronique. La manifestation principale est la diarrhée. Cependant, certaines personnes peuvent être porteuses du parasite et ne présenter aucun symptôme. Un traitement antiparasitaire est nécessaire.

La maladie peut se transmettre d'une personne à une autre, particulièrement lorsqu'il y a des cas de diarrhée. La présence d'enfants aux couches favorise la transmission.

Nous vous demandons de nous fournir des prélèvements de ses selles pour analyse. Veuillez remettre le prélèvement à : _____.

Si votre enfant présente des symptômes, nous vous demandons de le garder à la maison et de consulter votre médecin ou votre CLSC, et d'apporter cette lettre avec vous.

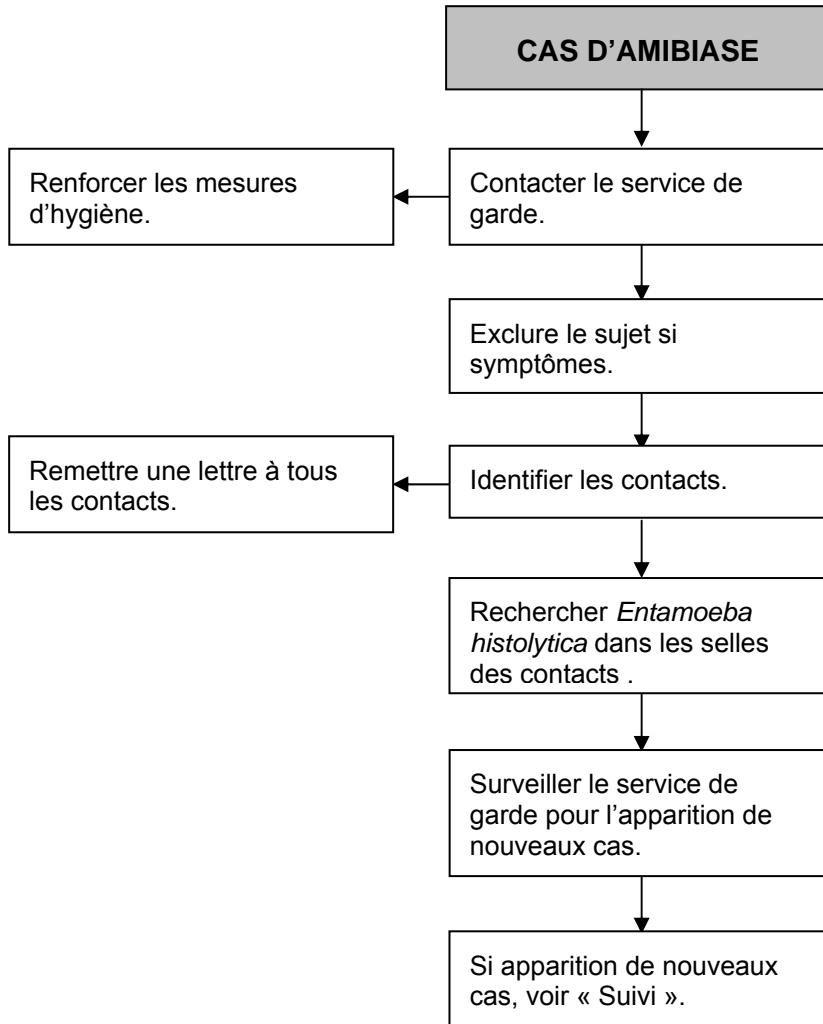
Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

AMIBIASE
ARBRE DÉCISIONNEL

ANKYLOSTOMIASE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'ankylostomiasis est une infection intestinale causée par *Necator americanus* ou *Ancylostoma duodenale*, des vers de la famille des nématodes présents dans les régions tropicales ou sub-tropicales. Cette infection ne peut pas être acquise au Canada.

Cycle de vie

L'humain est le seul réservoir. Les vers adultes résident au niveau de l'intestin grêle, d'où ils libèrent des œufs qui sont éliminés dans les selles et contaminent l'environnement. Ces œufs libèrent des larves, lesquelles deviennent infectantes après une dizaine de jours. L'homme s'infecte généralement par voie transcutanée, le plus souvent en marchant pieds nus sur le sol contaminé. Les larves atteignent le système sanguin et sont transportées jusqu'aux poumons, où elles pénètrent les parois des alvéoles; elles remontent la trachée, puis sont avalées pour rejoindre le tractus digestif, où elles deviennent des vers adultes.

Tableau clinique

Une éruption prurigineuse peut survenir au moment de la pénétration transcutanée des larves. Par la suite, l'ankylostomiasis peut être asymptomatique, ou causer une anémie ferriprive. Parfois, une diarrhée avec présence de sang est observée.

Complications

Les complications liées à l'ankylostomiasis sont attribuables à l'anémie et à l'hypoprotéinémie, qui se manifestent chez des individus chroniquement et fortement parasités. Des retards staturaux pondéraux peuvent être observés chez les jeunes enfants.

Durée de la maladie

Les vers peuvent survivre jusqu'à cinq ans, mais leur quantité diminue significativement après un à deux ans.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'ankylostomiasis s'acquiert par voie transcutanée par les larves infectantes contaminant le sol.

Transmission

Aucune transmission de personne à personne.

Période d'incubation

La période d'incubation dure de quelques semaines à quelques mois.

Période de contagiosité

Il n'y a pas de période de contagiosité.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'ankylostomiasis.

Immunité

L'ankylostomiasis ne confère pas d'immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

Examen des selles pour la recherche de parasites (œufs).

♦ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement

♦ Spécifique

Mébendazole ou paomate de pyrantel. D'autres médicaments, comme l'albendazole, sont aussi efficaces, mais leur disponibilité varie selon le pays.

Une recherche de parasites dans les selles est recommandée après le traitement.

Particularités associées au service de garde

Dans les régions endémiques, l'environnement extérieur des services de garde peut représenter un risque de transmission, puisque l'infection peut s'attraper à partir du sol contaminé par les selles humaines.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

- Assurer un traitement efficace.
- Ne pas exclure le sujet.

♦ Contacts

Aucune intervention.

Environnement

Porter des souliers en tout temps dans les régions endémiques.

Suivi

Aucun.

ASCARIDIASE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'ascaridiase est une infection intestinale causée par *Ascaris lumbricoïdes*, un ver de la famille des nématodes. Cette infection ne se transmet pas au Québec, en raison des conditions climatiques et sociosanitaires.

Cycle de vie

L'humain est le réservoir de l'infection. Il excrète les œufs du parasite adulte dans ses selles et contamine l'environnement. Les œufs deviennent infectants dans le sol après une période d'incubation de quelques semaines. L'humain contracte l'infection en ingérant de l'eau ou des aliments contaminés par les œufs du parasite. Au niveau de l'intestin grêle, ces œufs se transforment en larves, traversent la paroi intestinale et rejoignent la circulation sanguine; elles migrent vers les poumons où elles traversent les alvéoles et remontent la trachée pour être ensuite avalées. En progressant dans l'intestin, les larves deviennent adultes. Les adultes femelles pondent des milliers d'œufs par jour et perpétuent ainsi le cycle.

Tableau clinique

Les symptômes de l'ascaridiase varient selon l'intensité de l'infection. Dans la plupart des cas, l'infection est asymptomatique.

Complications

Une infection plus intense peut entraîner des manifestations pulmonaires (pneumonie avec éosinophilie, ou syndrome de Löffler), biliaires (péritonite biliaire ou ictère obstructif par occlusion des voies biliaires) et intestinales (diarrhée, douleurs abdominales et vomissements ou encore, plus rarement, obstruction intestinale au niveau de l'iléon terminal et appendicite).

Durée de la maladie

Le ver adulte survit un à deux ans.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'ascaridiase s'acquiert à la suite de l'ingestion d'aliments et d'eau contaminés ou par ingestion de parasites qui contaminent les objets ou les mains ayant été en contact avec un sol contaminé par des selles humaines.

Transmission

Aucune transmission de personne à personne.

Période d'incubation

La période d'incubation est d'environ deux mois.

Période de contagiosité

Il n'y a pas de période de contagiosité.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'ascaridiase.

Immunité

L'ascaridiase ne confère pas d'immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

- Recherche de parasites dans les selles.
- Observation directe du ver excrété par vomissement ou dans les selles.

♦ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement

♦ Spécifique

Mébendazole, albendazole ou ivermectin, selon la disponibilité et l'âge de l'enfant. En présence de complications, le traitement est plus complexe et devrait être évalué individuellement.

Une recherche de parasites dans les selles est recommandée après le traitement.

Particularités associées au service de garde

Au Québec, l'environnement extérieur des services de garde ne comporte pas de risque de transmission, à moins de circonstances tout à fait exceptionnelles où des enfants auraient accès à un sol contaminé par des selles d'individus porteurs d'Ascaris lumbricoïdes. Dans les régions endémiques, ce risque existe parce que le nombre d'individus parasités est très élevé et que les conditions sociosanitaires sont plus propices à la contamination du sol.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

- Ne pas exclure le sujet.
- Assurer un traitement efficace.

♦ Contacts

Aucune intervention.

Environnement

Éviter la contamination du sol par des selles humaines.

Éviter la géophagie (manger de la terre ou du sable) chez les enfants.

Suivi

Aucun.

BRONCHIOLITE À VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La bronchiolite est une infection virale aiguë des voies respiratoires inférieures.

Environ 75 % des cas de bronchiolite sont causés par le virus respiratoire syncytial (VRS). D'autres virus peuvent aussi causer des bronchiolites : le virus para-influenza, le métapneumovirus, l'adénovirus, le virus influenza et le rhinovirus.

Au Québec, la saison du VRS débute habituellement en novembre et s'étend jusqu'au mois de mai, avec un pic d'activité en janvier et février. Deux sous-types de VRS, soit le A et le B peuvent circuler au cours de la même saison.

À l'âge de 2 ans, presque tous les enfants auront été infectés au moins une fois par le VRS.

Tableau clinique

Le VRS est un virus qui atteint toutes les voies respiratoires, mais les conséquences de l'infection se manifestent surtout au niveau des voies respiratoires inférieures. Les symptômes débutent comme une infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) (toux, rhinorrhée, fièvre légère), suivie d'une atteinte des voies respiratoires inférieures avec toux creuse, respiration sifflante (« wheezing »), augmentation de la fréquence respiratoire, agitation, tachypnée, sibilances, tachycardie, tirage et battement des ailes du nez. Une otite peut accompagner l'infection. Les adolescents et adultes infectés par le VRS présenteront le plus souvent des symptômes d'infection respiratoire supérieure, mais peuvent également se présenter avec un syndrome d'allure grippale. L'infection peut être grave chez les personnes âgées ou les personnes atteintes de maladies chroniques.

Complications

L'insuffisance respiratoire se manifeste surtout chez les nourrissons et les enfants nés prématurément qui présentent une condition de santé particulière, telle qu'une maladie cardiaque ou pulmonaire ou un déficit du système immunitaire. La surinfection bactérienne se produit rarement.

L'association possible entre l'asthme et le VRS est encore mal comprise. Certains enfants présenteront, à la suite de l'infection, des épisodes récurrents de symptômes d'asthme qui diminueront graduellement au fil des mois ou des années. D'autres études sont nécessaires pour préciser si cette association est secondaire à l'infection à VRS ou si elle est due à une prédisposition génétique de la personne infectée.

Durée de la maladie

La période aiguë de la bronchiolite à virus respiratoire syncytial dure de trois à sept jours; la guérison prend une ou deux semaines.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

La bronchiolite à VRS peut s'acquérir de deux façons différentes, soit :

- par l'inhaltation de gouttelettes projetées dans l'air par une personne infectée qui tousse ou qui éternue;
- par l'inoculation des muqueuses due à un contact avec des objets ou des mains contaminés par les sécrétions des voies respiratoires d'une personne infectée.

Transmission

- Gouttelettes
- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure de deux à huit jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité commence un peu avant les manifestations de la maladie et se poursuit pendant toute sa durée, et même pendant la convalescence. Elle peut durer jusqu'à trois ou quatre semaines, en particulier chez les jeunes enfants et les personnes immunosupprimées.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter le VRS.

Immunité

L'infection à VRS ne confère pas d'immunité permanente. Les réinfections sont fréquentes, mais elles sont moins graves que la primo-infection.

Il n'existe aucun vaccin.

Les enfants avec certaines conditions médicales particulières devraient recevoir des anticorps monoclonaux anti-VRS mensuellement pendant toute la durée de la saison du VRS afin de prévenir les infections graves. Consulter le médecin traitant de l'enfant avant le début de la saison des infections à VRS au cas où la prophylaxie doive être prescrite.

Méthodes diagnostiques

- ◆ **Habituelles**
 - Tableau clinique.
 - Détection d'antigènes dans les sécrétions nasopharyngées (immunofluorescence (IFA) et EIA).
- ◆ **Exceptionnelles**
 - Culture virale des sécrétions nasopharyngées.

Traitement

- ◆ **Spécifique**

Administration de ribavirine (Virazole^{MD}) à certains patients hospitalisés qui sont très vulnérables. L'utilisation demeure cependant exceptionnelle.
- ◆ **De soutien**
 - Bronchiolite légère : observation à la maison, hydratation.
 - Bronchiolites modérée et grave : hospitalisation, position semi-assise, oxygène, aspiration fréquente des sécrétions, hydratation, bronchodilatateurs (controversé), physiothérapie, intubation (rare).

Particularités associées au service de garde

Le VRS s'y propage facilement chez les enfants et les adultes.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

On doit identifier tous les contacts à risque (voir « Contacts »).

Mesures de contrôle

♦ Sujet

Ne pas exclure le sujet, sauf s'il ne peut faire les activités habituelles.

Note : Lorsque le VRS est dans la communauté, un taux élevé d'enfants de moins de 2 ans excrète le virus même s'ils présentent peu de symptômes respiratoires.

♦ Contacts

- Considérer comme contacts à risque les enfants plus vulnérables, c'est-à-dire tous les enfants du service de garde souffrant d'une maladie cardiaque ou pulmonaire grave, atteints d'un déficit immunitaire ou nés prématurément (et, dans ce dernier cas, âgés de 6 mois ou moins).
- Les parents devront s'informer auprès du médecin de leur enfant quant à la pertinence de retirer ce dernier du service de garde pendant le pic saisonnier des infections à VRS et de recevoir des anticorps monoclonaux anti-VRS en prévention (voir « Lettre aux parents »).

Environnement

Renforcer l'hygiène respiratoire (voir le chapitre IV).

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Suivi

Aucun.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet: BRONCHIOLITE À VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL

Chers parents,

Un enfant du service de garde a été diagnostiqué avec une bronchiolite à virus respiratoire syncytial. Actif surtout pendant les mois d'hiver, ce virus est très contagieux; tous les enfants finissent par en être infectés. Ce sont les enfants de moins de 2 ans qui sont les plus atteints. Ils présentent habituellement une infection des voies respiratoires inférieures (bronchiolite). Les enfants plus vieux et les adultes peuvent aussi être porteurs du virus et le transmettre, même s'ils présentent peu ou n'ont pas de signes d'infection.

L'infection pulmonaire peut être grave chez les nouveau-nés (1 mois ou moins) ainsi que chez les anciens prématurés âgés de 6 mois ou moins présentant une maladie respiratoire ou cardiaque chronique (ex. : dysplasie bronchopulmonaire, malformation cardiaque importante, etc.). Il en est de même pour les enfants présentant une immunosuppression (leucémie, SIDA) ou recevant des médicaments qui diminuent leurs défenses contre les infections (traitement contre le cancer).

Si vous pensez que votre enfant se trouve dans l'une des situations décrites ci-dessus, parlez-en à son médecin. Vérifiez s'il est préférable que vous gardiez votre enfant à la maison pendant le pic des infections à virus respiratoire syncytial et si un traitement préventif devrait lui être administré.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

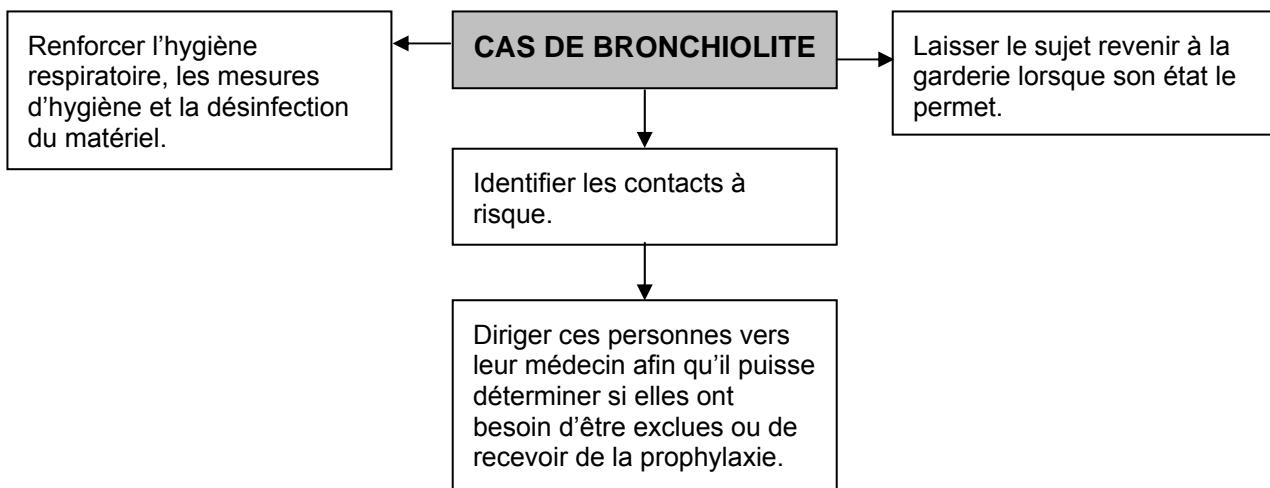
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

BRONCHIOLITE À VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL

ARBRE DÉCISIONNEL



CAMPYLOBACTÉROSE

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le *Campylobacter* est un des agents le plus fréquemment en cause dans les diarrhées bactériennes. Il s'agit le plus souvent du *Campylobacter jejuni* ou du *Campylobacter coli*. Le *Campylobacter fetus* peut quant à lui causer une infection néonatale.

Tableau clinique

La campylobactérose consiste en une maladie aiguë, souvent limitée, caractérisée par de la diarrhée, des douleurs abdominales, un malaise général et de la fièvre. Il y a souvent présence microscopique ou macroscopique de sang dans les selles liquides nauséabondes. Les douleurs abdominales peuvent faire penser à une appendicite.

Complications

Les complications liées à la campylobactérose sont rares. Elles peuvent se manifester ainsi : septicémie (surtout chez les enfants mal nourris), méningite (chez le nouveau-né) et convulsions fébriles. Des complications d'ordre immunologique peuvent se produire durant la convalescence : arthrite réactive, érythème noueux, syndrome de Reiter, syndrome de Guillain-Barré.

Durée de la maladie

La plupart des patients atteints de campylobactérose récupèrent en moins d'une semaine. Cependant, 20 % des personnes les plus malades peuvent rechuter ou souffrir d'une maladie plus longue. Une symptomatologie grave et persistante peut faire penser à une maladie inflammatoire du tube digestif.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Les animaux et les oiseaux sauvages ou domestiques sont les réservoirs de l'infection. La campylobactérose s'acquiert de trois façons différentes :

- le plus souvent, par l'ingestion de micro-organismes présents dans les aliments contaminés, particulièrement la volaille, l'eau ou le lait cru;
- par contact avec les selles des animaux domestiques ou sauvages infectés (oiseaux, poulets, chats, chiens, animaux de la ferme);
- plus rarement, par voie fécale-orale, soit par contact avec des mains, aliments ou objets contaminés.



Transmission

- Contact direct
- Contact indirect

Note : Accorder une attention particulière aux enfants incontinent ou aux couches.

Période d'incubation

La période d'incubation est de deux à cinq jours en moyenne, mais peut aller jusqu'à dix jours.

Période de contagiosité

La contagiosité se prolonge pendant toute la durée de l'infection, mais est surtout présente pendant la phase aiguë de la maladie. Les personnes non traitées excrètent habituellement la bactérie pendant deux à trois semaines, mais parfois jusqu'à sept semaines. L'état de porteur chronique est rare. Le traitement spécifique fait disparaître la bactérie des selles en deux à trois jours.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la campylobactérose.

Immunité

Une infection symptomatique à *Campylobacter* confère habituellement l'immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

Culture de selles.

Note : La recherche de *Campylobacter* n'est pas faite de façon systématique par tous les laboratoires. Il faut donc inscrire sur la requête « Recherche de *Campylobacter* ».

♦ Exceptionnelles

Hémoculture.

Traitement

♦ Spécifique

- Érythromycine pendant cinq à sept jours ou azithromycine pendant trois jours. Ces traitements administrés tôt peuvent diminuer la durée de la maladie et prévenir les rechutes. De plus, l'antibiotique élimine le micro-organisme des selles en deux ou trois jours.
- La ciprofloxacine est aussi efficace, mais son usage n'est pas recommandé pour les personnes âgées de moins de 18 ans.
- Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués.

♦ De soutien

Hydratation et remplacement électrolytique au besoin.

Particularités associées au service de garde

La transmission de la campylobactérose est favorisée par la présence d'enfants aux couches ou atteints de diarrhée. Des épidémies de gastroentérite à *Campylobacter* ont été rapportées en service de garde, mais elles sont rares.

Particularités associées à la femme enceinte

Les infections périnatales sont rares. Les infections à *C. jejuni* sont habituellement la cause de gastroentérites néonatales. Une infection périnatale à *C. fetus* peut causer une septicémie ou une méningite néonatale. Le traitement est recommandé chez la femme enceinte.

MESURES À PRENDRE

Enquête

- Identifier les contacts.
- Procéder à une enquête alimentaire si présence d'un grand nombre de cas simultanément (voir la section « Intoxication alimentaire »).
- Vérifier la possibilité d'une source de contamination animale (ex. : visite à la ferme ou au zoo).

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- Exclure jusqu'à la disparition de la diarrhée.
- Si le sujet prépare ou manipule des aliments, il peut réintégrer le service de garde 48 heures après la disparition des symptômes si les mesures d'hygiène recommandées sont bien suivies.
- Administrer le traitement spécifique au sujet s'il présente encore des symptômes ou s'il est immunosupprimé.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe que le sujet ou de tout autre groupe où l'on a noté un nombre accru de cas de diarrhée.
- Remettre une lettre à tous les contacts.
- Exclure les contacts avec symptômes jusqu'à la disparition de la diarrhée.
- Si évidence d'éclosion, faire des cultures des selles chez quelques cas symptomatiques du même groupe, en particulier ceux dont les symptômes sont les plus sérieux.
- Si la culture est positive, voir la rubrique « Sujet », et considérer le traitement des cas symptomatiques qui n'ont pas eu de cultures de selles.
- Si la culture est négative mais que le contact présente des symptômes, voir les mesures de contrôle à la section « Diarrhée ».
- Si la culture est négative mais que le contact est asymptomatique, surveiller sans autre intervention.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Réviser la technique de changement de couches, prioriser l'utilisation de couches jetables, lingettes à usage unique et de gants au besoin (voir chapitre IV, section « Le changement de couches »).

S'assurer que les personnes qui préparent et servent les repas ne changent pas les couches des nourrissons.

Vérifier les techniques de manipulation, de conservation et de cuisson des aliments (voir le chapitre IV).

Suivi

Surveiller l'apparition de nouveaux cas de diarrhée jusqu'à vingt jours après l'apparition du dernier cas d'infection à *Campylobacter*.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Campylobactérose

Chers parents,

Présentement, au service de garde, un enfant est atteint de gastro-entérite à *Campylobacter*. Cette maladie peut causer une diarrhée importante avec des douleurs abdominales, du sang dans les selles, un malaise général et de la fièvre.

Si votre enfant présente ce type de symptômes, nous vous demandons de le garder à la maison et de consulter votre médecin en apportant cette lettre. Il pourrait prescrire une culture de selles et des antibiotiques au besoin.

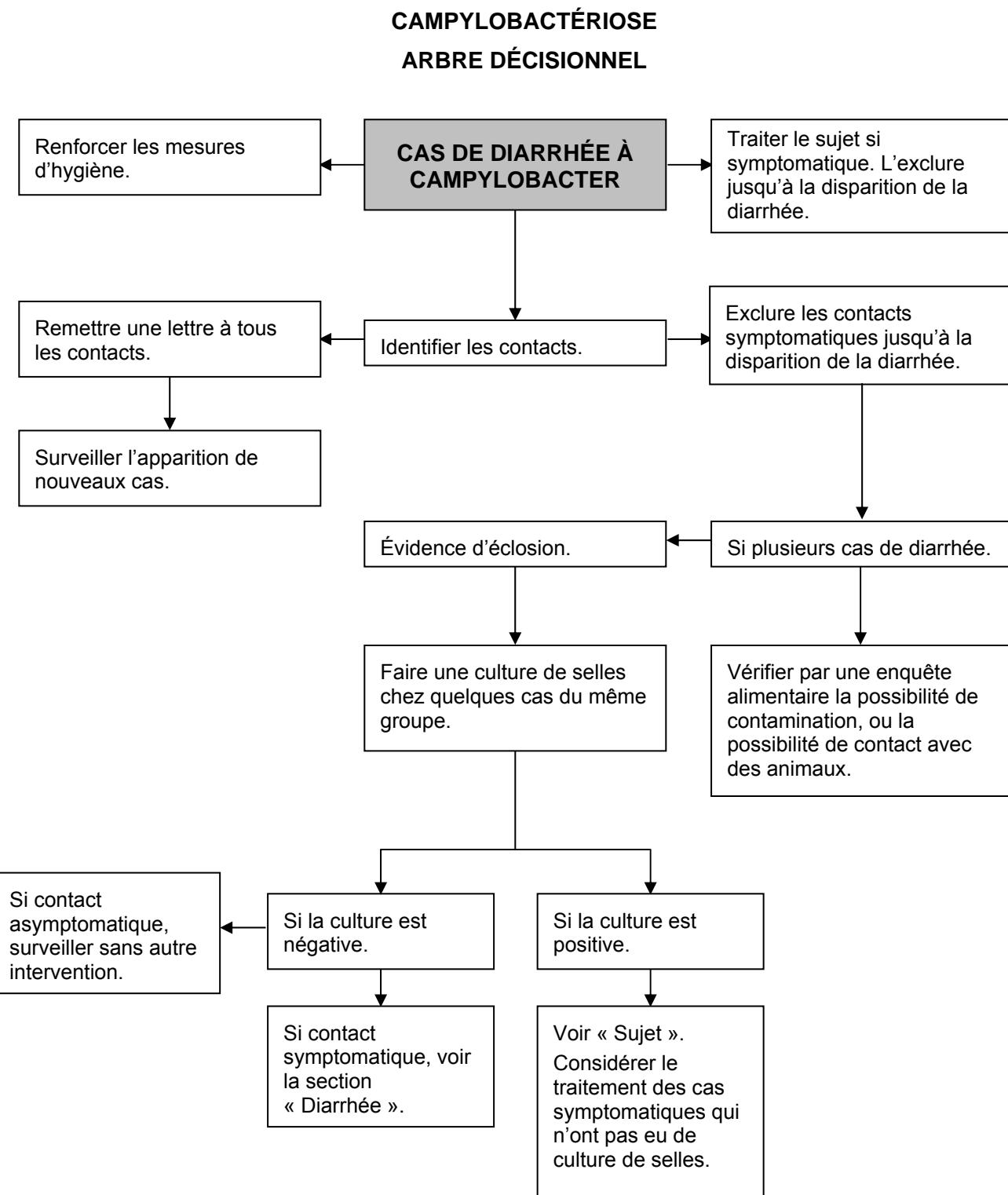
Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____



CANDIDOSE

(MONILIASE BUCCALE OU MUGUET)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La candidose est une infection fongique causée par le *Candida*. Sa présence sur la peau et les muqueuses est normale. Il devient pathogène en présence d'un ou plusieurs facteurs : peau humide ou irritée, grossesse, diabète, traitement antibiotique ou immunosupresseur, déficit immunitaire, etc. Chez les nourrissons, il peut causer une infection même en l'absence de facteurs prédisposants.

La candidose est habituellement localisée. Le *Candida* cause des infections aiguës comme la vulvo-vaginite, l'intertrigo, le muguet et la dermatite fessière.

Ne sera abordée ici que la moniliase buccale, ou muguet, le plus souvent causée par le *Candida albicans*. La dermatite fessière à *Candida* est abordée à la section « Dermatite de couches ».

Tableau clinique

Le muguet se manifeste par la présence de plaques blanchâtres d'aspect crèmeux sur la langue, les gencives et les muqueuses buccales. Il peut causer une sensation de brûlure qui se manifeste chez les nourrissons par une difficulté aux boires.

Complications

Les complications liées à la candidose sont les suivantes :

- candidose systémique chez les sujets immunosupprimés;
- extension et persistance des lésions non traitées, pouvant mener à une malnutrition.

Durée de la maladie

Sans traitement, les lésions peuvent persister et s'étendre ou guérir d'elles-mêmes.

Modes d'acquisition et de transmission

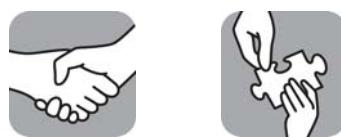
Acquisition

La mère peut transmettre le *Candida* à son enfant pendant l'accouchement.

Le *Candida* peut également s'acquérir à la suite d'un contact avec les sécrétions de la bouche d'une personne infectée ou avec un objet contaminé.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Note : La transmission de personne à personne est rare.

Période d'incubation

La période d'incubation est inconnue.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que les lésions persistent.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la candidose.

Immunité

La candidose ne confère pas d'immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

Tableau clinique.

♦ Exceptionnelles

Culture : inscrire sur la requête : « Recherche de Candida ».

Traitement

♦ Spécifique

- La nystatine en suspension orale (Mycostatin^{MD}) est le médicament préconisé. Badigeonner 1-2 ml ou 100 000 à 200 000 unités quatre fois par jour pendant dix jours. Dans le cas de résultats insatisfaisants, essayer le clotrimazole topique.
- Appliquer le traitement de nystatine ou de clotrimazole sur le mamelon de la mère qui allaite.
- Un antifongique par voie orale peut être utilisé pour les personnes immunosupprimées ou les cas récalcitrants.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

Ne pas exclure.

♦ Contacts

Éviter le partage des tétines et de tout autre objet porté à la bouche.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets. Porter une attention particulière aux objets habituellement portés à la bouche.

Désinfecter les sucettes et les tétines de l'enfant infecté en les faisant bouillir au début du traitement.

Désinfecter de nouveau après quelques jours.

Suivi

Aucun.

CHLAMYDIA ET CHLAMYDOPHILA (INFECTION À)

MADO (si infection à *chlamydia trachomatis*)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'infection à *chlamydia* est causée par la bactérie *Chlamydia trachomatis*, alors que l'infection à *chlamydophila* est causée par la bactérie *chlamydophila* dont il existe deux espèces : le *Chlamydophila pneumoniae* et le *Chlamydophila psittaci*.

Tableau clinique

Chlamydophila pneumoniae

Cette maladie peut se présenter sous différentes formes : infection asymptomatique ou pharyngite sans exsudat, sinusite, otite, bronchite, pneumonie souvent atypique avec toux et fièvre. La toux persiste de deux à six semaines. L'infection se manifeste surtout chez les jeunes âgés entre 5 et 20 ans et chez les personnes âgées.

Chlamydophila psittaci

Il s'agit d'une infection respiratoire aiguë avec fièvre, toux non productive, céphalée et malaise. Elle peut également consister en une pneumonie interstitielle extensive avec une image radiologique plus grave que le tableau clinique.

Chlamydia trachomatis

Cette maladie se manifeste chez le nouveau-né par une conjonctivite. La présentation clinique est très variable, allant d'une conjonctivite avec écoulement mucoïde à une conjonctivite importante avec écoulement purulent. De 25 à 50 % des enfants nés d'une mère infectée développent cette infection entre 1 et 3 semaines ou plus après la naissance.

Pneumonie avec infection nasopharyngée se manifestant par une toux avec congestion, tachypnée, râles à l'auscultation, sans fièvre et sans atteinte de l'état général. De 5 à 20 % des enfants nés d'une mère infectée développent une pneumonie interstitielle afébrile entre 2 et 19 semaines après la naissance.

Infection génitale transmise sexuellement, souvent asymptomatique, causant une urétrite ou une vaginite chez l'enfant prépubère, ou une cervicite, une endométrite, une salpingite ou une épididymite après la puberté.

Infection pharyngée pouvant être acquise par transmission orale-génitale et habituellement asymptomatique.

Trachome se manifestant par une kératoconjonctivite folliculaire chronique, se retrouve dans les pays en voie de développement.

Lymphogranulome vénérien caractérisé par un ulcère génital accompagné d'une lymphadénopathie régionale douloureuse. Ces cas sont rares en Amérique du Nord.

Complications

Chlamydophila pneumoniae

L'infection à *Chlamydophila pneumoniae* est associée à la maladie cardiovasculaire athérosclérotique.

Chlamydophila psittaci

Cette infection présente des complications rares : péricardite, myocardite, endocardite, thrombophlébite, hépatite et encéphalopathie.

Chlamydia trachomatis

- Conjonctivite : aucune.
- Pneumonie : aucune.
- Infection génitale : maladie inflammatoire pelvienne, infertilité chez la fille pubère, grossesse ectopique et autres complications.
- Trachome : cécité.
- Lymphogranulomatome vénérien (LVG) : dommages importants aux organes féminins, tels que cicatrice et fibrose.

Durée de la maladie

Chlamydophila pneumoniae

Les symptômes peuvent se manifester pendant des semaines ou des mois si le sujet n'est pas traité. La toux persiste de deux à six semaines. Chez les personnes plus âgées, la bronchite et la sinusite peuvent devenir chroniques.

Chlamydophila psittaci

Le *C. psittaci* dure entre 5 et 21 jours.

Chlamydia trachomatis

- Conjonctivite : elle dure de une à deux semaines si la maladie n'est pas traitée. La réponse au traitement est rapide.
- Pneumonie : amélioration clinique après plusieurs semaines si la maladie n'est pas traitée. La réponse au traitement se produit en cinq à sept jours.
- Infection génitale : l'infection persiste jusqu'à ce qu'elle soit adéquatement traitée. Sans traitement, elle peut probablement durer des mois ou des années.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Chlamydophila pneumoniae

Cette maladie s'acquiert probablement par l'inhalation de gouttelettes respiratoires venant d'une personne infectée. Aucun réservoir animal n'est connu.

Chlamydophila psittaci

Cette infection s'acquiert par l'inhalation de l'agent infectieux, celui-ci se trouvant dans des sécrétions, des gouttelettes ou de la poussière venant d'un oiseau infecté.

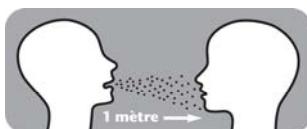
Chlamydia trachomatis

- Conjonctivite et pneumonie : le nouveau-né peut les acquérir à partir d'une infection du tractus génital de la mère.
 - Infection génitale : l'infection s'acquiert par voie sexuelle chez les adolescents et les adultes; chez le nourrisson, l'infection du vagin et de l'anus peut avoir été acquise de la mère, à la naissance.
- Note : Les cultures peuvent demeurer positives pendant deux à trois ans en l'absence de traitement.

Transmission

Chlamydophila pneumoniae

Gouttelettes



Chlamydophila psittaci

Aucune transmission de personne à personne.

Chlamydia trachomatis

Aucune transmission en service de garde.

Période d'incubation

Chlamydophila pneumoniae

La période d'incubation dure en moyenne 21 jours.

Chlamydophila psittaci

La période d'incubation dure en général de 5 à 14 jours mais peut être plus longue.

Chlamydia trachomatis

La période d'incubation est variable; elle dure en général de deux à six semaines, mais peut être plus longue.

Période de contagiosité

Chlamydophila pneumoniae

La période de contagiosité est inconnue; elle est probablement assez longue.

Chlamydophila psittaci

L'infection respiratoire est rarement contagieuse.

Chlamydia trachomatis

- Conjonctivite : la période de contagiosité dure tant que le micro-organisme est présent dans les sécrétions oculaires.
- Pneumonie : pas de période de contagiosité.
- Infection génitale : la période de contagiosité dure tant que le micro-organisme est présent dans les sécrétions génitales.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter ces infections.

Immunité

Chlamydophila pneumoniae

Il semble qu'une certaine immunité soit acquise après l'infection. Cependant, les réinfections et les rechutes sont fréquentes.

Chlamydophila psittaci

L'immunité après l'infection est incomplète et transitoire.

Chlamydia trachomatis

La maladie ne confère pas d'immunité. Les réinfections sont fréquentes dans les cas d'infection génitale.

Il n'existe aucun vaccin pour ces infections.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

Chlamydophila pneumoniae

- Tableau clinique.
- Sérologie pour la recherche des anticorps contre le groupe chlamydophila.

Chlamydophila psittaci

- Tableau clinique.
- Sérologie pour la recherche des anticorps contre le groupe *chlamydophila*.

Chlamydia trachomatis

- Conjonctivite : test de détection des antigènes et test d'amplification des acides nucléiques (TAAN).
- Pneumonie : détection d'antigènes sur les sécrétions nasopharyngées (immunofluorescence).
- Infection génitale : TAAN sur urine ou sécrétions génitales. Technique de détection des antigènes (IFD et EIA) et culture sur des sécrétions génitales.

La culture et le TAAN sont les méthodes préconisées dans le cas d'abus sexuel en raison de leur grande spécificité.

♦ Exceptionnelles

Chlamydia trachomatis

- Culture.
- Sérologie pour recherche d'anticorps IgM (pneumonie chez enfants de 6 mois ou moins).

Traitement

♦ Spécifique

Chlamydophila pneumoniae

Antibiotiques de la famille des macrolides. Des traitements prolongés pour une période de trois semaines sont parfois nécessaires. La tétracycline et la doxycycline peuvent être utilisées chez les personnes de plus de 8 ans.

Chlamydophila psittaci

Antibiotiques de la famille des macrolides. La tétracycline est le traitement préconisé chez les personnes de plus de 8 ans.

Chlamydia trachomatis

Pneumonie et conjonctivite : azithromycine ou érythromycine par voie systémique.

♦ De soutien

L'aide respiratoire est rarement nécessaire pour la pneumonie.

Particularités associées au service de garde

Chlamydophila pneumoniae

Les infections à *C. pneumoniae* sont rares chez les enfants d'âge préscolaire.

Chlamydia trachomatis

En présence d'une infection génitale, rectale ou pharyngée à *Chlamydia trachomatis* chez un enfant impubère, il faut suspecter un abus sexuel.

Particularités associées à la femme enceinte

Chlamydophila psittaci

Des maladies graves et des avortements ont été signalés chez les femmes enceintes souffrant de cette infection.

Chlamydia trachomatis

L'infection chez la femme enceinte entraîne un risque accru d'accouchement prématuré et de mort périnatale.

L'utilisation des tétracyclines est contre-indiquée chez la femme enceinte.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Chlamydophila pneumoniae et Chlamydia trachomatis

Aucune.

Chlamydophila psittaci

On doit rechercher le contact avec un oiseau infecté, puis isoler et traiter les oiseaux infectés.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

Chlamydophila pneumoniae et Chlamydophila psittaci

Le sujet peut réintégrer le service de garde dès que son état général le lui permet.

Chlamydia trachomatis

- Conjonctivite : ne pas exclure le sujet lorsqu'il est traité.
- Pneumonie : le sujet peut réintégrer le service de garde dès que son état général le lui permet.
- Infection génitale : ne pas exclure le sujet; suspecter un abus sexuel et aviser la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

♦ Contacts

Chlamydophila pneumoniae

Surveiller l'apparition de symptômes compatibles avec une pneumonie et diriger vers le médecin, au besoin.

Envoyer une lettre aux parents si nécessaire (voir la section « Pneumonie bactérienne »).

Chlamydophila psittaci

Aucune intervention.

Chlamydia trachomatis

Aucune intervention n'est nécessaire pour les contacts au service de garde. Cependant, lorsqu'un diagnostic d'infection à *C. trachomatis* est posé chez un nourrisson ou un jeune enfant, il est important de traiter la mère et son partenaire sexuel.

Environnement

Pratiques de base (voir le chapitre III, section « Contrôle de la transmission des infections»).

Comme pour les autres animaux, la présence d'oiseaux est à proscrire en service de garde.

Suivi

Aucun.

CLOSTRIDIUM DIFFICILE (INFECTION À)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'infection à *Clostridium difficile* est causée par une bactérie dont les toxines sont responsables de la colite pseudo-membraneuse et d'un fort pourcentage de diarrhées associées aux antibiotiques chez les adultes. Une souche particulièrement virulente, produisant une quantité de toxine 15 à 20 fois plus importante que les autres souches, a fait récemment son apparition en Europe, en Amérique du Nord ainsi qu'au Québec.

Tableau clinique

La colite pseudo-membraneuse est caractérisée par des douleurs abdominales, de la fièvre et des selles diarrhéiques parfois accompagnées de mucus et de pus. L'infection se produit le plus souvent chez une personne prenant, ou ayant récemment pris des antibiotiques.

Le *Clostridium difficile* peut être responsable de diarrhées sans colite pseudo-membraneuse; par ailleurs, un certain nombre de malades peuvent présenter une distension abdominale marquée, avec peu ou pas de diarrhée. Les patients peuvent aussi être porteurs de l'organisme producteur de toxines et l'excréter sans avoir de symptômes. C'est particulièrement vrai pour les enfants.

Complications

Les complications liées à la colite pseudo-membraneuse sont les suivantes : déshydratation, malnutrition, mégacôlon toxique, septicémie, décès.

Les enfants qui courent le plus de risques d'avoir des complications sont les leucémiques gravement neutropéniques, les enfants atteints d'une maladie inflammatoire du tube digestif et ceux atteints de la maladie de Hirschsprung.

Durée de la maladie

La colite pseudo-membraneuse peut durer plusieurs semaines si elle n'est pas traitée.

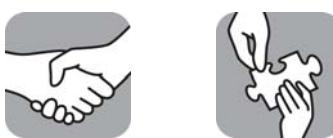
Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Le *Clostridium difficile* s'acquiert à la suite de l'ingestion de bactéries ou spores qui contaminent les mains ou les objets. Les porteurs sains de *Clostridium difficile* peuvent être une source de transmission. Jusqu'à 50 % des nouveau-nés et des nourrissons en bonne santé et près de 5 % des individus de plus de 2 ans peuvent être porteurs. La bactérie peut survivre des semaines, voire des mois sous forme de spores dans l'environnement.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation est inconnue.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que l'organisme est présent dans les selles.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'infection à *Clostridium difficile*, mais certains facteurs peuvent augmenter ce risque : antibiothérapie, hospitalisation, tube nasogastrique, chirurgie gastro-intestinale.

Immunité

L'infection à *Clostridium difficile* ne confère probablement aucune immunité.

Il n'existe aucun vaccin actuellement, mais plusieurs sont à l'étude.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

- Recherche de la toxine dans les selles.
- Comme on retrouve très souvent (jusque dans 50 % des cas) la toxine dans le tube digestif des nouveau-nés et des nourrissons, un résultat positif à cet âge est difficilement interprétable.
- Tableau clinique.

♦ Exceptionnelles

Coloscopie.

Traitement

♦ Spécifique

Si possible, on doit arrêter le traitement antibiotique en cours. Si l'enfant est gravement atteint ou si la diarrhée persiste après cet arrêt, donner du métronidazole pendant 10 à 14 jours, ou de la vancomycine pour ceux qui ne répondent pas au métronidazole. Les médicaments qui diminuent le péristaltisme intestinal, comme les anti-diarrhéiques et les opiacés, sont contre-indiqués.

♦ De soutien

Hydratation.

Particularités associées au service de garde

Les services de garde constituent un milieu de transmission du *Clostridium difficile*. Au cours d'éclosions de diarrhée à *Clostridium difficile* en service de garde, on a constaté une augmentation de la contamination de l'environnement (mains, objets, surfaces, literie).

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

- Communiquer avec le service de garde.
- Vérifier si le nombre de cas de diarrhée a augmenté au service de garde.
- Une enquête est recommandée si deux cas de diarrhée ou plus se déclarent dans le même groupe à l'intérieur d'une période de 48 heures. Une visite du service de garde est alors souhaitable.

Mesures de contrôle

- ◆ **Sujet**
 - Si le sujet présente des symptômes, l'exclure jusqu'à la fin de la diarrhée.
 - Aucun test de contrôle n'est recommandé pour les personnes ayant eu une diarrhée à *Clostridium difficile* lorsqu'elles sont redevenues asymptomatiques.
- ◆ **Contacts**
 - Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe.
 - Remettre une lettre à tous les contacts, si deux cas de diarrhée ou plus se déclarent dans le même groupe à l'intérieur d'une période de 48 heures.
 - Exclure les contacts présentant des symptômes. La recherche de toxine de *Clostridium difficile* chez ces personnes sera décidée après évaluation médicale individuelle.
 - Il n'est pas recommandé de rechercher la toxine de *Clostridium difficile* chez les personnes asymptomatiques.
 - Dans la mesure du possible, limiter l'utilisation des antibiotiques pour tous les contacts.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets. L'eau de Javel diluée serait le désinfectant le plus efficace. En présence d'éclosion, l'utilisation d'une eau de Javel diluée à 1 : 10 est recommandée.

Pour le lavage des mains, les solutions à base d'alcool sont moins efficaces que l'eau et le savon pour se débarrasser des spores de *Clostridium difficile*.

Réviser la technique de changement de couches, prioriser l'utilisation de couches jetables, de lingettes à usage unique et de gants au besoin (voir chapitre IV, section « Le changement de couches »).

Suivi

Aucun.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection à *Clostridium difficile*

Chers parents,

Le service de garde connaît actuellement des cas de diarrhée, dont au moins un cas a été attribué à une bactérie appelée *Clostridium difficile*. Cette infection peut causer des douleurs abdominales et de la diarrhée, mais est habituellement bénigne chez les enfants. La prise d'antibiotiques favorise l'apparition de cette infection.

Si votre enfant présente de la diarrhée au cours des prochains jours, nous vous demandons de le garder à la maison. Si, au cours des prochaines semaines, vous consultez un médecin pour votre enfant, veuillez lui montrer cette lettre. Dans la mesure du possible, le médecin évitera de lui prescrire des antibiotiques, étant donné la présence de cette bactérie dans le milieu de garde fréquenté par votre enfant.

Merci de votre collaboration.

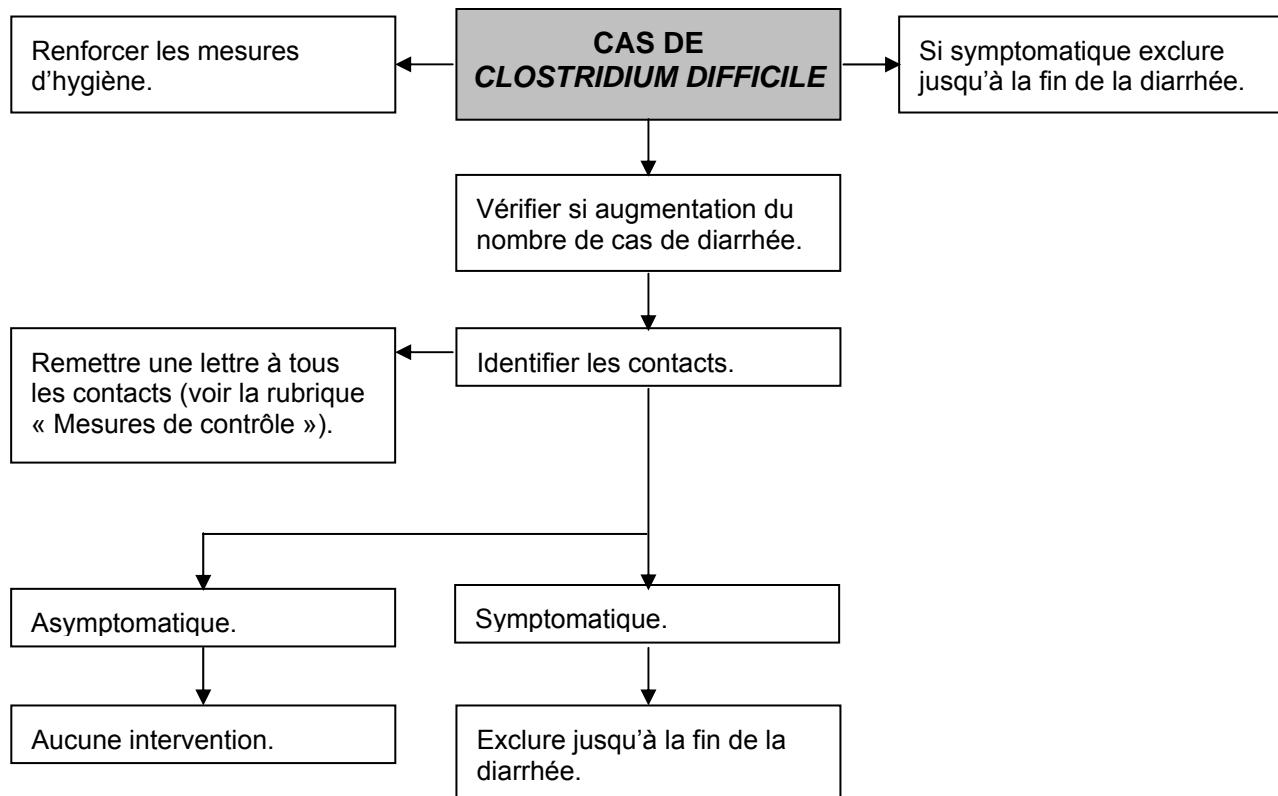
Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

INFECTION À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*
ARBRE DÉCISIONNEL



CONJONCTIVITE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La conjonctivite consiste en une atteinte inflammatoire, d'origine infectieuse (virale, bactérienne, fongique ou parasitaire) ou non (allergique, chimique ou traumatique) de la conjonctive. Ne sera abordée ici que la conjonctivite d'origine infectieuse. La conjonctivite peut être isolée ou encore, associée à une IVRS ou à une maladie exanthémateuse telle la rougeole.

Les organismes bactériens le plus couramment en cause sont l'*Haemophilus influenzae* (non typable) et le *Streptococcus pneumoniae*. Les conjonctivites causées par ces bactéries se produisent plus fréquemment durant les mois d'hiver. Le *Neisseria gonorrhoeae* et le *Chlamydia trachomatis* constituent les agents de l'ophthalmia neonatorum. Pour ces deux agents, voir les chapitres correspondants.

Les virus en cause dans cette infection sont les suivants : adénovirus (le plus fréquent et le plus contagieux), entérovirus et herpès. L'adénovirus et l'entérovirus peuvent causer des conjonctivites hémorragiques.

Tableau clinique

La conjonctivite bactérienne est le plus souvent unilatérale. Elle s'accompagne de pus et d'une rougeur de la conjonctive oculaire et se traduit par des paupières collées le matin et une sensation de corps étranger. La conjonctivite bilatérale est le plus souvent virale.

Jusqu'à 25 % des enfants qui présentent une conjonctivite *bactérienne* développent une otite moyenne dans les jours qui suivent.

Complications

Les complications liées à la conjonctivite varient selon l'étiologie. Les complications cornéennes constituent le principal risque, en particulier lorsque les virus de l'herpès et de l'adénovirus sont en cause.

Durée de la maladie

La durée de la conjonctivite varie selon l'agent causal.

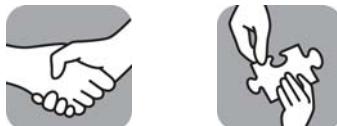
Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

La conjonctivite s'acquiert à la suite de l'inoculation de la conjonctive par des micro-organismes pouvant se retrouver sur les doigts, dans l'eau des piscines, sur le linge de maison (serviettes, débarbouillettes) ou sur les instruments ophthalmologiques contaminés. Dans le cas du nouveau-né, la conjonctivite s'acquiert par contact avec des sécrétions vaginales infectées (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*).

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation varie selon l'agent causal; elle dure généralement quelques jours.

Période de contagiosité

Pour les conjonctivites virales, la période de contagiosité persiste pendant plusieurs jours, et peut aller jusqu'à 14 jours. Pour les conjonctivites bactériennes, la période de contagiosité diminue grandement avec l'application d'un traitement.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une conjonctivite.

Immunité

La conjonctivite ne confère pas d'immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

◆ Habituelles

- Tableau clinique.
- Coloration de Gram et culture bactérienne.

◆ Exceptionnelles

Culture virale.

Traitement

◆ Spécifique

- Pour les conjonctivites bactériennes (autres que chlamydia ou gonorrhée), application d'un onguent ou de gouttes ophtalmiques tels le trimethoprim-polymyxine B ou la polymyxine B-bacitracine quatre fois par jour pendant cinq à sept jours ou, en cas de conjonctivite récalcitrante, de fluoroquinolones topiques (plus dispendieuses). D'autres antibiotiques locaux ont été démontrés efficaces pour le traitement des conjonctivites. L'emploi d'un antibiotique par voie orale est également efficace et prévient les otites.
- L'absence d'amélioration après deux ou trois jours laisse supposer une résistance à l'antibiotique, une origine virale (pas de traitement) ou une origine allergique.

◆ De soutien

On doit nettoyer l'œil régulièrement, ne pas appliquer de pansement et insister sur le lavage des mains.

Particularités associées au service de garde

La conjonctivite est fréquente dans les services de garde. On rapporte souvent des éclosions.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

- Vérifier si le nombre de cas justifie une intervention (trois cas ou plus dans le service de garde ou deux cas dans un même groupe).
- Faire des cultures des sécrétions de l'œil si des cas secondaires se déclarent malgré l'application des mesures de contrôle.
- Vérifier la possibilité d'une contamination liée à l'eau d'une piscine ou d'une pataugeoire.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

- L'exclusion n'est pas nécessaire, mais peut être envisagée si apparition de cas secondaires malgré l'application de mesures de contrôle (à évaluer selon le contexte).
- Si la conjonctivite est accompagnée de fièvre ou d'une atteinte importante de l'œil (enflure ou rougeur importante ou sécrétions exagérées), diriger le sujet vers le médecin pour évaluation et le réadmettre selon la recommandation du médecin. Renforcer les mesures d'hygiène.
- Lorsqu'il y a du pus, nettoyer l'œil avec une compresse ou du coton en partant de l'angle interne de l'œil pour aller vers l'angle externe, afin d'éviter l'infection du point lacrymal. Se débarrasser immédiatement du matériel souillé. Utiliser une compresse ou coton par œil. S'il y a lieu, appliquer de la pommade ou des gouttes ophtalmiques. Se laver les mains avant et après l'application du traitement et laver les mains de l'enfant.
- Pas de baignade si écoulement de l'œil.

♦ Contacts

- Considérer comme contacts les enfants du même groupe. S'ils présentent des symptômes, voir la rubrique « Sujet ».
- Remettre une lettre à tous les contacts.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

S'assurer que les enfants ne partagent pas la même literie, et qu'ils ne partagent ni la même serviette ni la même débarbouillette en se lavant le visage.

Suivi

Surveiller l'apparition de nouveaux cas.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Conjonctivite

Chers parents,

Le service de garde compte actuellement quelques cas de conjonctivite.

La conjonctivite consiste en une infection de l'œil d'origine soit virale, soit bactérienne.

L'enfant atteint de conjonctivite a l'œil rouge et éprouve de la difficulté à l'ouvrir. Il peut avoir les paupières collées et se plaindre de la sensation d'avoir du sable dans l'œil. Un traitement antibiotique administré localement est souvent prescrit lorsqu'une infection d'origine bactérienne est suspectée.

Comme la conjonctivite se transmet facilement en service de garde, nous vous recommandons de consulter votre médecin ou de vous rendre à votre CLSC si votre enfant présente ces symptômes. Apportez cette lettre avec vous.

Merci de votre collaboration.

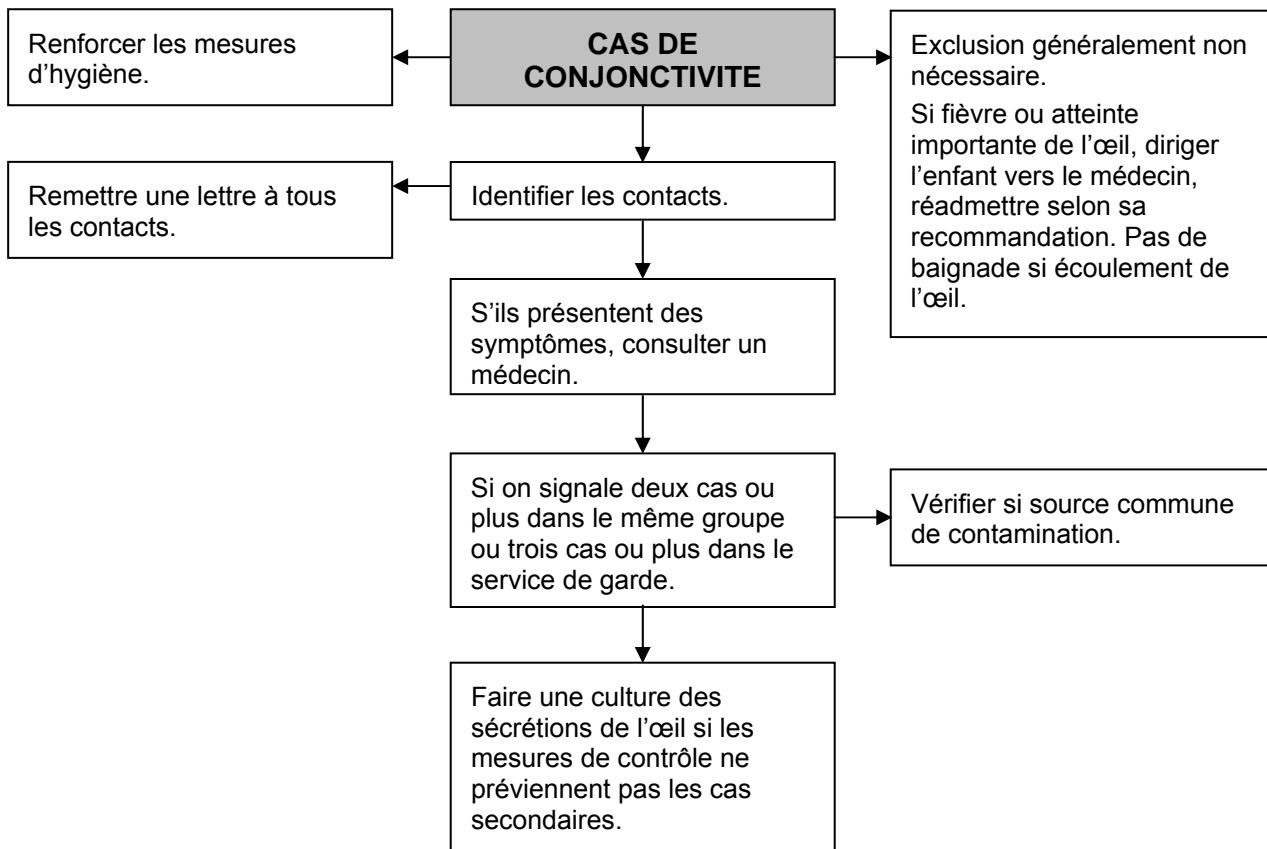
Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

CONJONCTIVITE (OU ŒIL ROUGE)
ARBRE DÉCISIONNEL



COQUELUCHE

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La coqueluche est une maladie hautement contagieuse causée par une bactérie appelée *Bordetella pertussis* et caractérisée par des quintes de toux évoquant le chant du coq.

L'infection par le *Bordetella parapertussis* peut aussi causer une maladie similaire. Voir la note à la fin de cette section.

Cas confirmé

Une personne chez qui on a identifié le *Bordetella pertussis*, ou qui répond à la définition de cas probable et qui présente un lien épidémiologique avec un cas confirmé.

Cas probable

Une personne dont la toux dure depuis au moins deux semaines et qui présente au moins une des manifestations suivantes sans autre cause apparente :

- toux paroxystique (quintes de toux);
- sifflement inspiratoire (chant du coq);
- toux se terminant par des vomissements ou de l'apnée.

Tableau clinique

La coqueluche évolue en trois phases.

- Phase catarrhale (quelques jours) : malaises, anorexie, rhinorrhée, larmoiements, toux.
- Phase paroxystique : quintes de toux :
 - typiquement, il s'agit d'épisodes de toux prolongée et incontrôlable suivis de plusieurs heures sans symptômes;
 - toux souvent suivie de vomissements;
 - toux avec des épisodes d'apnée ou de cyanose (particulièrement chez les nourrissons);
 - toux avec chant du coq (sifflement inspiratoire bruyant à la fin d'une quinte de toux).
- Phase de convalescence : résolution graduelle des symptômes.

Complications

Les complications liées à la coqueluche sont plus graves et plus fréquentes chez les nourrissons. Ces complications consistent en :

- otite;
- pneumonie (22 % des cas);
- hémorragies (pétéchies, épistaxis, hémorragies sous-conjonctivales);
- convulsions (3 % des cas);
- encéphalopathies (0,9 % des cas);
- décès (1,3 % des enfants < 1 mois; 0,3 % des enfants âgés de 2 à 11 mois).

Durée de la maladie

La coqueluche dure de six à dix semaines chez les enfants et plus de dix semaines chez la moitié des adolescents. Cependant, un autre épisode infectieux des voies respiratoires au cours de l'année qui suit peut déclencher de nouveau des symptômes coqueluchoïdes.

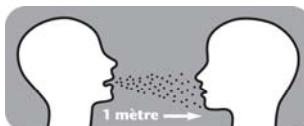
Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

La coqueluche s'acquiert à la suite de l'inspiration de gouttelettes projetées dans l'air à proximité d'une personne infectée qui tousse ou qui éternue.

Transmission

Gouttelettes



Période d'incubation

La période d'incubation dure habituellement de 7 à 10 jours, rarement plus de 14 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité commence au début de la phase catarrhale et s'étend :

- jusqu'à trois semaines après le début des quintes de toux, et parfois jusqu'à six semaines, particulièrement chez les enfants de moins de 12 mois qui n'ont pas reçu trois doses de vaccin acellulaire;
- jusqu'à cinq jours après le début du traitement (le traitement diminue la durée de la contagiosité).

La contagiosité maximale se situe en phase catarrhale, avant le début des quintes de toux. Il est probable que la contagiosité soit minime même avant le 21^e jour chez une personne qui a cessé de tousser.

Réceptivité

Toute personne qui n'a pas fait la coqueluche est susceptible de l'avoir. La vaccination diminue la réceptivité.

Immunité

La durée de l'immunité conférée par la coqueluche est inconnue, mais il est probable qu'elle soit prolongée.

La protection conférée par le vaccin est estimée à 85 % après trois doses du vaccin acellulaire. Lorsque le vaccin n'empêche pas la maladie, il réduit la gravité des symptômes et la fréquence des complications. Il existe un vaccin contre la coqueluche qui s'administre aux enfants de 7 ans ou plus et aux adultes.

Méthodes diagnostiques

♦ **Habituelles**

- Tableau clinique.
- Culture des sécrétions nasopharyngées.
Note : La demande doit préciser « Recherche de *Bordetella pertussis* ».
- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN).

♦ **Exceptionnelles**

Aucune.

Traitement

♦ Spécifique

- Enfants de moins de 1 mois : azithromycine 10 mg/kg/jour po en 1 dose quotidienne pendant 5 jours. C'est le traitement préconisé chez ce groupe d'enfants étant donné le risque de sténose hypertrophique du pylore associé à l'utilisation de l'érythromycine.
- Enfants de 1 à 5 mois : azithromycine 10 mg/kg/jour po en dose quotidienne pendant 5 jours, érythromycine 40-50 mg/kg/jour po divisés en 4 doses quotidiennes pendant 14 jours ou clarithromycine 15 mg/kg/jour po divisés en 2 doses quotidiennes pendant 7 jours.
- Enfants de plus de 6 mois et adultes : azithromycine 10 mg/kg/jour (max. : 500 mg) po en 1 dose quotidienne la première journée, puis 5 mg/kg/jour (max. : 250 mg) po en 1 dose quotidienne pour les jours 2 à 5. Ou : érythromycine 40-50 mg/kg/jour (max. : 2 g par jour) po divisés en 4 doses quotidiennes pendant 14 jours ou clarithromycine 15 mg/kg/jour (max. : 1 g par jour) po divisés en 2 doses quotidiennes pendant 7 jours.

Les doses administrées en prophylaxie sont les mêmes qu'en traitement. Le traitement diminue la durée de la contagiosité mais ne change pas l'évolution de la maladie, sauf s'il est administré pendant la phase catarrhale.

♦ De soutien

- Hydratation.
- Surveillance respiratoire.

Particularités associées au service de garde

Les enfants de 0 à 4 ans représentaient 26 % des cas de coqueluche en 2002. Cette proportion était de 65 % en 1990. La diminution du pourcentage de cas chez les 0 à 4 ans s'explique par la meilleure protection fournie par le vaccin acellulaire.

Particularités associées à la femme enceinte

La coqueluche n'entraîne pas de complications connues, mais on peut penser que les symptômes de la maladie seront particulièrement pénibles à supporter. Il n'y a pas non plus de transmission *in utero* connue. Cependant, une transmission au nouveau-né serait très dommageable.

La chimioprophylaxie avec de l'azithromycine est recommandée chez la femme enceinte en fin de grossesse (dans les trois semaines précédant l'accouchement), car elle permet d'éliminer la bactérie et d'éviter la transmission au nouveau-né.

L'enfant né d'une mère atteinte de coqueluche avant qu'elle n'ait terminé cinq jours de traitement devrait recevoir une chimioprophylaxie.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Dans le but d'accélérer l'intervention, on doit commencer à enquêter lorsqu'une personne présente les symptômes suivants :

- toux avec chant du coq à l'inspiration;
- en contexte d'éclosion, toux paroxystique (en quintes) pendant au moins sept jours, accompagnée de vomissements ou d'apnée;
- après un contact avec un cas confirmé de coqueluche ou dans un milieu où des cas ont été signalés, tout symptôme évocateur de la coqueluche (toux paroxystique, toux avec vomissements, toux avec apnée).

On doit ensuite :

- vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant;
- identifier les contacts;
- vérifier le nombre de doses du vaccin anticoquelucheux reçues par les enfants du service de garde et faire les mises à jour selon les intervalles précisés dans le *Protocole d'immunisation du Québec*.

Note : Même en l'absence de cas au service de garde, il peut être pertinent de remettre une lettre d'information aux parents lorsque se produit une éclosion dans la communauté.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- Si le sujet est traité, l'exclure jusqu'à cinq jours après le début du traitement.
- S'il n'est pas traité, l'exclure jusqu'à trois semaines après le début des quintes de toux ou tant que la toux n'a pas disparu, selon ce qui survient en premier. La contagiosité peut parfois se prolonger pendant six semaines, particulièrement chez les enfants de moins de 12 mois, non traités, et qui n'ont pas reçu trois doses de vaccin acellulaire. Pour cette raison, il est recommandé d'exclure ces enfants jusqu'à six semaines après le début de la toux.
- Si le sujet est l'enfant de la responsable d'un service de garde en milieu familial, les mêmes recommandations s'appliquent quant à l'exclusion, à la chimioprophylaxie et à l'information à donner.

◆ Contacts

- Considérer comme « contacts » les personnes ayant partagé la même pièce que le cas pendant plus d'une heure durant la période de contagiosité, soit du début de la phase catarrhale jusqu'à trois semaines après le début des quintes de toux, ou jusqu'à cinq jours après le début du traitement.
- Service de garde en milieu familial : personnel et enfants du milieu de garde.
- Service de garde en installation : personnel et enfants du même groupe.
- Remettre une lettre à tous les contacts.
- On fait également une distinction entre le contact sans toux (asymptomatique) et le contact avec toux (qui est potentiellement infecté et qui pourrait transmettre la bactérie à cause de sa toux). On doit diriger les contacts qui toussent vers leur médecin traitant pour évaluation médicale.
- On procédera à une chimioprophylaxie si les conditions suivantes sont réunies :
 - o présence d'enfants de moins de 12 mois dans le milieu familial ou dans le groupe du sujet au service de garde en installation et
 - o le sujet est le premier cas et
 - o le début du contact a eu lieu il y a moins de 21 jours et
 - o en installation, le groupe des enfants de 12 mois ou moins est isolé des autres groupes (contact de moins d'une heure par jour entre les groupes).

Se référer au guide d'intervention en vigueur pour connaître les détails et les justifications.

Environnement

Renforcer l'hygiène respiratoire (voir le chapitre IV).

Suivi

S'assurer de la mise à jour de la vaccination des contacts.

Note sur le *Bordetella parapertussis*

Le *Bordetella parapertussis* est connu comme pouvant donner un tableau similaire à la coqueluche, mais moins grave. La vaccination contre la coqueluche ne protège pas contre le *B. parapertussis*. Par ailleurs, aucune étude ne démontre l'efficacité de la prophylaxie ou du traitement des infections à *B. parapertussis*. Des études *in vitro* démontrent cependant que cette bactérie est plus résistante aux antimicrobiens que le *B. pertussis*. En conséquence, aucune recommandation ne peut être faite relativement aux cas d'infections à *B. parapertussis* en service de garde.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Coqueluche

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, un enfant est atteint de coqueluche. Cette maladie est sérieuse et se manifeste par une toux forte, en quintes. L'enfant peut avoir de la difficulté à reprendre son souffle et produire un bruit aigu (chant du coq). La toux peut également provoquer des vomissements. Cette maladie peut causer des complications graves (neurologiques et pulmonaires), surtout chez l'enfant de moins de 1 an.

La vaccination prévient la coqueluche ou sinon, en diminue les complications. Le ministère de la Santé et des Services sociaux recommande que tous les enfants soient vaccinés contre la coqueluche, et ce, dès l'âge de 2 mois. Les enfants doivent recevoir cinq doses de vaccin contre la coqueluche aux âges suivants : 2 mois, 4 mois, 6 mois, 18 mois et entre 4 et 6 ans. Les enfants qui n'ont pas suivi ce calendrier de vaccination devraient être vaccinés selon un calendrier adapté.

Nos dossiers indiquent que :

- Votre enfant est adéquatement vacciné et n'a pas besoin de dose supplémentaire.
- Votre enfant n'a pas reçu tous les vaccins nécessaires. Aussi nous vous demandons de communiquer avec nous dans les plus brefs délais pour mettre à jour son dossier vaccinal et lui administrer les vaccins dont il pourrait avoir besoin.
- Nous n'avons pas de données sur la situation vaccinale de votre enfant. Veuillez communiquer avec nous dans les plus brefs délais.
- Votre enfant a été en contact avec un cas de coqueluche et étant donné son jeune âge, il devrait recevoir un antibiotique.

Si votre enfant présente un des symptômes de la coqueluche (toux forte qui survient brusquement, difficulté à reprendre son souffle, chant du coq, vomissements en fin de toux), gardez-le à la maison et consultez votre médecin ou votre CLSC pour obtenir un diagnostic et, s'il y a lieu, un traitement. Apportez cette lettre avec vous.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

COQUELUCHE

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS PRATIQUES

Définition

La coqueluche est une infection bactérienne qu'on peut prévenir par la vaccination.

Manifestations

En général, l'infection se manifeste d'abord par un écoulement nasal et de la toux, laquelle devient rapidement fréquente et plus importante. Après une quinte de toux, l'enfant peut, en inspirant, émettre un bruit rappelant le chant du coq (d'où le nom de « coqueluche »). Pendant la quinte de toux, son visage peut prendre une couleur bleue. Il est fréquent que l'enfant vomisse par la suite.

Les enfants prennent du temps à se remettre de la coqueluche. Les symptômes persistent généralement pendant six à dix semaines. La maladie se révèle plus grave chez les enfants de moins de 1 an; dans de nombreux cas, elle nécessite une hospitalisation.

La coqueluche se transmet facilement entre les membres d'une même famille ou entre les enfants d'un même service de garde. La bactérie se propage par des gouttelettes venant du nez et de la gorge des personnes infectées.

Prévention

On peut prévenir la coqueluche ou sinon, en diminuer les complications en administrant un vaccin dès l'âge de 2 mois. Le vaccin cause peu d'effets secondaires.

Traitemen

Un enfant qui contracte l'infection peut être traité à l'aide d'un antibiotique. Administré tôt, le médicament contribuera à diminuer le risque de transmission et procurera un soulagement.

CE QUE LES PARENTS PEUVENT FAIRE

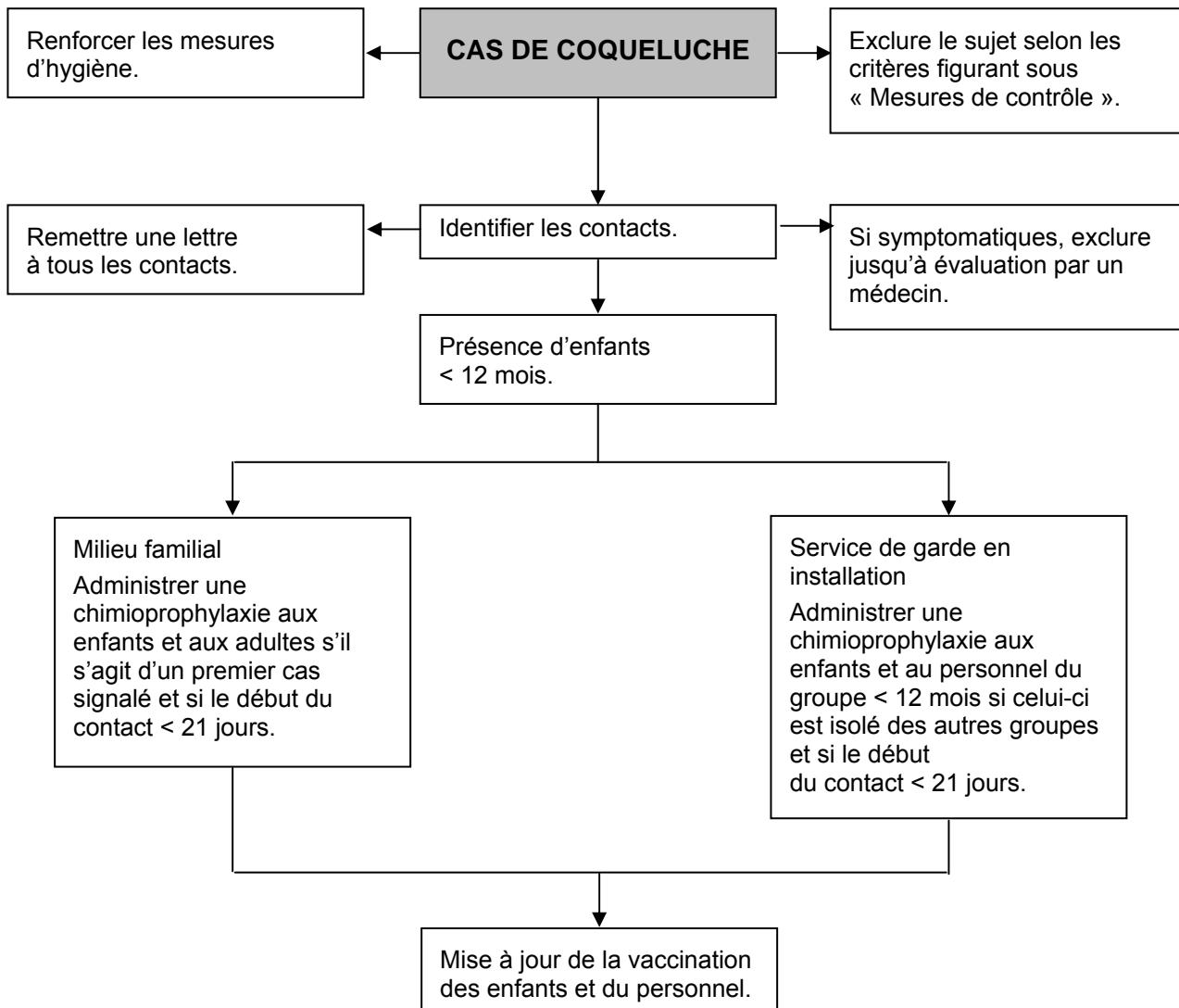
Si des cas de coqueluche se déclarent au service de garde, vérifiez le carnet de santé de votre enfant pour savoir s'il a reçu les doses de vaccin contre la coqueluche nécessaires à son âge.

Surveillez les signes et les symptômes de coqueluche chez votre enfant et consultez votre médecin ou votre CLSC au besoin.

Si votre enfant est atteint de coqueluche :

- il ne peut retourner au service de garde avant d'avoir terminé au moins cinq jours de traitement antibiotique;
- vous devez attendre au moins trois semaines avant qu'il ne retourne au service de garde si aucun traitement n'est administré.

COQUELUCHE ARBRE DÉCISIONNEL



COXSACKIE (INFECTION À)

(INCLUANT PIEDS-MAINS-BOUCHE)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le virus Coxsackie, dont il existe plusieurs sérotypes, fait partie de la famille des entérovirus et cause souvent des infections chez l'humain. Les infections sont plus fréquentes l'été et l'automne.

Tableau clinique

L'infection est le plus souvent asymptomatique. La manifestation la plus fréquente est la fièvre. Les autres manifestations sont : pharyngite vésiculeuse entérovirale (herpangine), stomatite vésiculeuse avec exanthème (syndrome pieds-mains-bouche), pharyngite lymphonodulaire entérovirale, pleurodynie, myalgie, conjonctivite, myocardite et méningite.

Complications

Insuffisance cardiaque et encéphalite.

Durée de la maladie

L'infection à Coxsackie dure en général moins de dix jours.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'infection à Coxsackie s'acquiert à la suite de l'ingestion du virus présent dans les selles ou les sécrétions respiratoires d'une personne infectée (avec ou sans symptômes) et contaminant les mains, objets et surfaces.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure de trois à six jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité est maximale pendant la phase aiguë de la maladie. Le virus peut persister huit à douze semaines dans les selles.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'infection à Coxsackie. Elle est plus fréquente chez les enfants âgés de moins de 10 ans.

Immunité

L'infection à Coxsackie confère une immunité pour le type de virus en cause.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

- ◆ **Habituelles**

- Tableau clinique.
- Culture virale de la gorge, des sécrétions nasopharyngées ou des selles.
Note : La demande doit indiquer « Recherche de virus Coxsackie ».

- ◆ **Exceptionnelles**

- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN).

Traitement

- ◆ **Spécifique**

- Aucun.

- ◆ **De soutien**

- Selon le tableau clinique.

Particularités associées au service de garde

Des épidémies d'infection à Coxsackie sont possibles.

Particularités associées à la femme enceinte

Une infection chez la mère en fin de grossesse peut parfois causer une myocardite ou une encéphalite chez le nouveau-né.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- ◆ **Sujet**

- Ne pas exclure l'enfant si son état de santé lui permet de participer aux activités du service de garde.

- ◆ **Contacts**

- Aucune intervention.
- Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe.
- Au besoin, remettre une lettre à tous les contacts.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Réviser la technique de changement de couches, prioriser l'utilisation de couches jetables, lingettes à usage unique et gants au besoin (voir chapitre IV, section « Le changement de couches »).

Suivi

Aucun.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Syndrome pieds-mains-bouche (Coxsackie)

Actuellement, au service de garde, un enfant est atteint du syndrome pieds-mains-bouche. Cette maladie bénigne se manifeste par de la fièvre et l'apparition de rougeurs sous forme de vésicules (petites bulles) à la bouche, puis aux mains, aux pieds et parfois, aux fesses.

La maladie peut se transmettre par contact avec les selles ou les sécrétions de la bouche venant d'une personne infectée, que celle-ci présente ou non des symptômes.

Si votre enfant manifeste les symptômes mentionnés ci-dessus :

- a) avisez le service de garde;
- b) consultez un médecin ou votre CLSC en cas d'incertitude ou si l'état de votre enfant vous inquiète, en apportant cette lettre avec vous.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

CRYPTOSPORIDIOSE

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La cryptosporidiose est une infection intestinale causée le plus fréquemment par l'un des deux protozoaires coccidiens suivant : *Cryptosporidium hominis* (qui infecte seulement les humains) et *Cryptosporidium parvum* (qui infecte les humains et d'autres mammifères, comme les bovins).

Tableau clinique

La cryptosporidiose se manifeste par une diarrhée non sanguinolente, liquide ou mucoïde parfois accompagnée de vomissements, d'anorexie, de douleurs abdominales et de fièvre. Elle peut être asymptomatique.

Complications

La cryptosporidiose peut provoquer une diarrhée persistante et une perte de poids, surtout chez les immunosupprimés.

Durée de la maladie

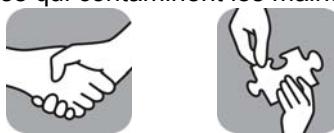
La cryptosporidiose dure habituellement de 10 à 14 jours.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

La cryptosporidiose peut s'acquérir :

- par ingestion d'eau ou d'aliments contaminée par des selles d'origine humaine ou animale (ex. : eau de baignade, jus de pomme et produits laitiers non pasteurisés);
- par ingestion des protozoaires qui contaminent les mains, les objets ou les surfaces.



Note : Porter une attention particulière aux enfants incontinents ou aux couches.

Période d'incubation

La période d'incubation dure environ de 2 à 14 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que la personne infectée excrète des oocytes de *Cryptosporidium* (quelques jours à quelques semaines après avoir contracté l'infection) et, généralement, moins de deux semaines après la fin des symptômes.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la cryptosporidiose, mais le risque est plus élevé chez les personnes immunosupprimées.

Immunité

On ne sait pas si la cryptosporidiose confère une immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

Identification des oocytes dans les échantillons de selles.

La recherche de *Cryptosporidium* demande une technique particulière. Il faut donc inscrire sur la requête « Recherche de *Cryptosporidium* ».

♦ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement

♦ Spécifique

Il n'y a pas de traitement prouvé efficace. En général, l'infection se guérit d'elle-même chez les patients immunocompétents. Pour les cas présentant des symptômes graves et réfractaires, et qui ont plus d'un an, on peut administrer Nitazoxanide (sa disponibilité varie). Pour les patients immunosupprimés, le traitement pourrait être différent et ils devraient être évalués en milieu spécialisé.

♦ De soutien

Remplacement liquidien et électrolytique.

Particularités associées au service de garde

On signale dans les services de garde de plus en plus d'éclosions de diarrhée attribuables au *Cryptosporidium*. La transmission est favorisée par la présence d'enfants aux couches ou atteints de diarrhée. L'infection s'observe plus fréquemment pendant l'été et au début de l'automne. Lors d'éclosions, le taux d'attaque peut atteindre 60 % .

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

- En présence d'un cas de cryptosporidiose, vérifier si le nombre de cas de diarrhée est inhabituel; si oui, visiter le service de garde;
- Identifier les contacts;
- Vérifier la possibilité d'une source de contamination animale ou par l'eau de baignade.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

- Traiter s'il présente des symptômes.
- Exclure du service de garde selon les critères du chapitre « Diarrhée ».
- Pas de piscine ou de baignade jusqu'à deux semaines après la disparition des symptômes.

◆ Contacts :

- Considérer comme contacts tous les enfants et le personnel du même groupe ou de tout autre groupe où l'on a noté un nombre accru de cas de diarrhée.
- Si le contact présente des symptômes, rechercher le *Cryptosporidium* dans un prélèvement de ses selles. Remettre une lettre aux parents de ces enfants.
- Si la recherche est positive, voir « Sujet », ci-dessus.
- Si la recherche est négative, voir les mesures de contrôle sous « Diarrhée ».
- Si le contact est asymptomatique, aucune intervention n'est requise.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Les oocystes de *Cryptosporidium* sont très résistants. Pendant les éclosions en service de garde, il est recommandé de désinfecter à l'aide d'une solution de peroxyde d'hydrogène d'au moins 6 %, durant 20 minutes. L'eau de Javel est inefficace.

Réviser la technique de changement de couches, prioriser l'utilisation de couches jetables, de lingettes à usage unique et de gants au besoin (voir chapitre IV, section « Le changement de couches »).

Suivi

Surveiller l'apparition de cas secondaires.

Reprendre le processus d'enquête et de contrôle décrit plus haut, si cela s'avère nécessaire.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Cryptosporidiose

Chers parents,

Il y a présentement des cas de cryptosporidiose au service de garde. Causée par un parasite intestinal, cette maladie se manifeste par de la diarrhée et des maux de ventre.

Votre enfant présente des symptômes compatibles avec cette maladie. Nous vous demandons donc de nous fournir un échantillon de ses selles aux fins d'analyse. Le matériel nécessaire vous est fourni. Veuillez retourner les prélèvements de selles à :

Nous vous aviserons des résultats et, le cas échéant, des mesures à prendre.

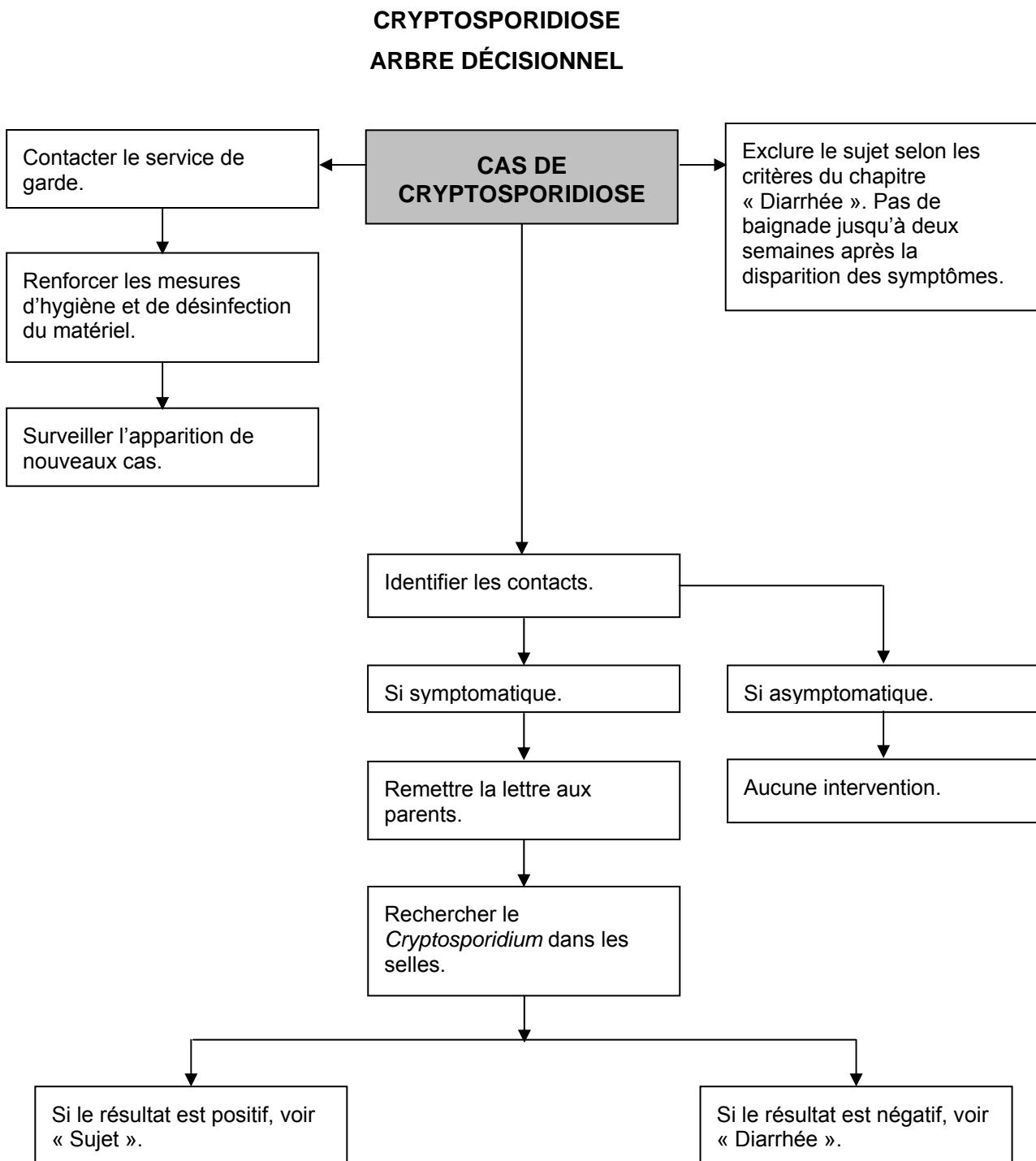
Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____



CYTOMÉGALOVIRUS (INFECTION À)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le cytomégalovirus (CMV) est un virus du groupe des herpesviridés, considéré comme l'un des principaux responsables des infections virales congénitales en Amérique du Nord (il touche entre 0,2 et 2 % des nouveau-nés). Les infections acquises après la naissance sont plus fréquentes mais leur gravité est moindre que celle des infections congénitales, soit celles acquises *in utero*.

Tableau clinique

Infection congénitale

L'infection congénitale à cytomégalovirus est le plus souvent asymptomatique. Les manifestations cliniques comprennent la microcéphalie, l'ictère, les pétéchies et la rétinite. Cette infection peut également entraîner des séquelles à long terme (surdité, déficit mental, troubles visuels) et la mort.

Une infection intra-utérine attribuable à une primo-infection chez la mère entraîne chez l'enfant des séquelles importantes dans 10 à 20 % des cas. S'il s'agit d'une réactivation ou d'une réinfection (mère séropositive avant la grossesse), les séquelles sont moins fréquentes (5 %) et moins importantes.

Infection acquise

L'infection à cytomégalovirus acquise au moment de l'accouchement, pendant l'allaitement ou plus tard dans la vie est le plus souvent asymptomatique. Parfois, elle provoque des symptômes qui ressemblent à ceux d'une mononucléose infectieuse ou d'une hépatite virale. Chez les immunosupprimés, on observe des atteintes pulmonaires, digestives, neurologiques ou rénales.

Complications

Les complications liées à l'infection à cytomégalovirus varient selon le type d'infection ou l'individu en cause (voir le tableau clinique).

Durée de la maladie

La durée de l'infection à cytomégalovirus est variable.

Modes d'acquisition et de transmission

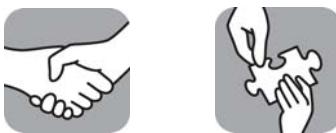
Acquisition

L'infection à cytomégalovirus s'acquiert de cinq façons différentes :

- par voie transplacentaire (*in utero*);
- par le passage à travers le tractus vaginal infecté (pendant l'accouchement);
- par l'ingestion de lait maternel contaminé;
- de personne à personne, par contact avec des liquides biologiques contaminés (urine, salive);
- par transfusion sanguine ou par la greffe d'organes (rein, cœur, foie, moelle) de personnes infectées.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Note : Le CMV peut survivre et rester viable jusqu'à huit heures sur les objets inanimés.

Période d'incubation

La période d'incubation est inconnue lorsque l'infection est transmise de personne à personne.

Lorsque l'infection est acquise à la suite d'une transfusion ou d'une greffe ou pendant l'accouchement, elle est de 2 à 12 semaines.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure de plusieurs mois à plusieurs années (dans le cas d'infections congénitales).

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter le CMV. Celui-ci reste latent après une primo-infection; une réactivation peut se produire plusieurs années plus tard, particulièrement chez les personnes immunosupprimées.

Immunité

La présence d'anticorps indique une infection antérieure. Cependant, le CMV ne semble pas conférer une immunité à 100 % car des réactivations et, plus rarement, des réinfections, sont toujours possibles.

La mise au point d'un vaccin est présentement à l'étude.

Méthodes diagnostiques

♦ **Habituelles**

- Sérologie pour la recherche d'anticorps IgG et IgM anti-CMV.
- Culture virale de l'urine.

♦ **Exceptionnelles**

Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur le sang ou les tissus.

Traitement

♦ **Spécifique**

Certains agents antiviraux, dont le ganciclovir, sont utilisés dans le cas d'infections graves chez les personnes immunosupprimées. L'utilisation de ganciclovir pour le traitement des infections congénitales demeure controversée.

♦ **De soutien**

Selon les manifestations cliniques.

Particularités associées au service de garde

La recherche quant à la prévalence du CMV est plus documentée pour les centres de la petite enfance que pour les services de garde en milieu familial. Des études américaines démontrent que jusqu'à 70 % des enfants en service de garde âgés de 1 à 3 ans excrètent le virus dans leurs urines. Une étude canadienne rapporte un taux de 17 %. L'enfant porteur de l'infection peut transmettre le CMV à d'autres enfants, au personnel et à ses parents.

Des études canadiennes rapportent entre 12 et 24 % d'incidence annuelle de l'infection à CMV chez le personnel des services de garde. Ce risque de contracter l'infection est plus élevé pour le personnel en charge de plus de six enfants âgés de moins de 3 ans (30 à 50 % du personnel par année). Même si le nombre d'enfants excrétant le CMV est moindre dans les services de garde en milieu familial, le risque, pour le personnel, de contracter l'infection semble cependant le même que dans les centres de la petite enfance.

Une étude suédoise porte à croire que les éducatrices travaillant avec des enfants plus âgés courrent peu de risques d'accoucher d'un enfant atteint d'une infection congénitale.

Particularités associées à la femme enceinte

Une femme enceinte porteuse d'anticorps anti-CMV peut faire soit une réinfection, soit une réactivation. Cependant, les conséquences pour le fœtus ou le nouveau-né sont moins importantes que dans le cas d'une personne non immune (séronégative au CMV).

Au Québec, on recommande le retrait préventif des éducatrices enceintes (indépendamment de leur état sérologique pour le CMV) lorsqu'elles ne peuvent être affectées à d'autres tâches moins à risque.

Les éducatrices en service de garde en milieu familial ou les femmes qui planifient une grossesse et qui sont en contact avec de jeunes enfants fréquentant un service de garde doivent appliquer rigoureusement les mesures d'hygiène, notamment se laver les mains après avoir été en contact avec l'urine ou la salive des enfants. On a démontré que les femmes enceintes bien informées de l'épidémiologie du CMV sont suffisamment motivées pour bien suivre les recommandations qui leur sont faites et, ce faisant, elles diminuent fortement leur risque d'acquérir l'infection.

Il peut être suggéré aux éducatrices en service de garde en milieu familial non admissibles au retrait préventif d'éviter de s'occuper d'enfants âgés de moins de 3 ans.

Pour informations complémentaires, voir le chapitre VI, section « La femme enceinte ».

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- ◆ **Sujet**
Aucune, sauf maintenir l'hygiène à la maison et dans le service de garde.
- ◆ **Contacts**
En général, aucune.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Informier les femmes en âge de procréer du risque que représentent l'urine et la salive des enfants pour les femmes enceintes.

Suivi

Au besoin, organiser une rencontre pour fournir des renseignements sur les particularités du CMV chez les femmes enceintes et les personnes immunosupprimées.

DERMATITE DE COUCHES

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La dermatite de couches consiste en une irritation superficielle du siège, d'intensité légère à élevée, causée par plusieurs facteurs : humidité locale, frictions, urine, selles, irritants chimiques (détecteurs, assouplisseurs) ou allergènes (colorants, substances absorbantes ou parfums contenus dans les couches). Elle peut se surinfecter par le *Candida albicans* ou par des bactéries.

Tableau clinique

Dermatite irritative ou allergique : érythème atteignant le siège mais épargnant les plis inguinaux. Dans les cas de réaction allergique aux colorants contenus dans la couche, l'érythème se situe à l'emplacement des zones colorées de la couche.

Complications

La dermatite de couches peut entraîner les complications suivantes :

- surinfection à *Candida albicans* : cette surinfection se manifeste par un érythème s'étendant jusqu'au fond des plis inguinaux, au pli interfessier, et par la présence de lésions arrondies en périphérie avec macération plus ou moins importante de la peau;
- surinfection bactérienne : habituellement par le *Staphylococcus aureus*, sous forme de folliculite.

Durée de la maladie

La durée de la dermatite de couches est variable.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

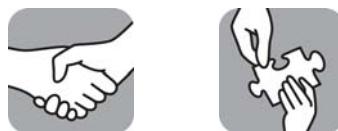
Les dermatites de couches peuvent être irritatives ou allergiques. Les surinfections bactériennes ou fongiques peuvent s'acquérir à la suite d'un contact avec des lésions, des mains ou des objets contaminés.

Transmission

Aucune transmission de personne à personne.

Pour les agents causant les surinfections :

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

Il n'y a pas de période d'incubation.

Pour les surinfections par des agents infectieux, la période d'incubation est inconnue.

Période de contagiosité

Il n'y a pas de période de contagiosité pour la dermatite de couches. En cas de surinfection, la période de contagiosité dure tant que les lésions sont présentes.

Réceptivité

Tous les enfants aux couches sont susceptibles de contracter la dermatite de couches. Cette infection est plus répandue chez les enfants de moins de 1 an et, plus particulièrement, s'ils ont des selles fréquentes.

La prise d'antibiotiques prédispose à la dermatite de couches. Les immunosupprimés et les diabétiques ont des prédispositions à l'infection à *Candida albicans*.

Immunité

La dermatite de couches ne confère aucune immunité.

Méthodes diagnostiques

- ◆ **Habituelles**

Tableau clinique.

- ◆ **Exceptionnelles**

Culture pour recherche de *Candida albicans*.

Traitement

- ◆ **Spécifique**

- S'il s'agit d'une dermatite irritative récalcitrante : application locale de corticostéroïdes deux à trois fois par jour pendant trois jours.

Note : Si l'application de corticostéroïdes se prolonge au-delà de 72 heures, une crème antifongique devrait être associée. Les corticostéroïdes fluorés sont contre-indiqués parce qu'ils peuvent provoquer une atrophie cutanée ou des granulomes.

- S'il s'agit d'une dermatite à *Candida albicans* : application locale d'un antifongique (nystatine).
 - S'il s'agit d'une dermatite bactérienne : antibiothérapie par voie topique ou orale, selon la gravité.

- ◆ **De soutien**

- Garder la région périnéale sèche et propre.
 - Laver la peau à l'eau tiède et au savon doux à chaque changement de couche, rincer à l'eau claire et sécher en épongeant. Éviter l'utilisation de serviettes humides commerciales car elles contiennent des substances qui peuvent provoquer une dermatite de contact ou irritative. Garder les fesses à l'air peut aider dans les cas récalcitrants.
 - Appliquer à chaque changement de couche de la vaseline ou une crème à base d'oxyde de zinc non parfumée.
 - Éviter les culottes en plastique qui gardent l'humidité et empêchent l'air de circuler.

Particularités associées au service de garde

L'utilisation de couches en papier pourrait diminuer la fréquence de ces dermatites.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- ◆ **Sujet**
Ne pas exclure.
- ◆ **Contacts**
Aucune mesure.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Suivi

Porter une attention particulière à la fréquence du changement de couches si des nourrissons sont atteints.

DIARRHÉE (D'ORIGINE INFECTIEUSE)

MADO (si diarrhée épidémique)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La diarrhée d'origine infectieuse peut être causée par différents agents. Elle se définit par la présence de selles plus liquides, non associées à des changements de diète, et une augmentation de la fréquence des selles. Même si on ne peut pas toujours identifier l'agent, la plupart des diarrhées sont d'origine infectieuse. Les diarrhées d'origine non infectieuse seront par exemple dues à une allergie alimentaire ou à la prise d'antibiotiques.

En service de garde, on parle de diarrhée épidémique si deux cas ou plus de diarrhée se déclarent dans un même groupe d'enfants à l'intérieur d'une période de 48 heures.

Tableau clinique

La diarrhée est une affection généralement bénigne caractérisée par des selles liquides et des douleurs abdominales. Elle peut également s'accompagner de nausées, de vomissements, de myalgies, de céphalées et parfois, d'hyperthermie légère.

Note : Pour de l'information sur les diarrhées causées par des agents connus, voir les sections correspondantes.

Complications

Les complications liées à la diarrhée varient selon l'agent causal.

Durée de la maladie

La durée de la diarrhée varie selon l'agent causal.

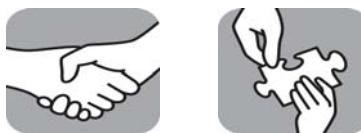
Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

La diarrhée s'acquiert généralement à la suite de l'ingestion de la bactérie, du virus ou du parasite présents dans les selles d'une personne infectée et qui contaminent les mains, objets ou surfaces. Peu importe l'agent causal, la transmission est facilitée lorsque les selles sont liquides et fréquentes. Le risque de transmission est plus élevé lorsque la personne atteinte de diarrhée est un enfant aux couches.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation varie selon l'agent causal. Elle peut durer de quelques heures à quelques jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité varie selon l'agent causal. Elle correspond généralement à la phase aiguë de la maladie.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la diarrhée.

Immunité

La durée de l'immunité conférée par la diarrhée varie selon l'agent causal.

Méthodes diagnostiques

◆ Habituelles

- Tableau clinique.
- Culture de selles.
- Recherche de parasites dans les selles.
- Recherche de rotavirus dans les selles.

◆ Exceptionnelles

- Microscopie électronique pour recherche de virus.
- Recherche de toxine de *Clostridium difficile*.

Traitement

◆ Spécifique

- Selon l'agent causal. Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués, particulièrement pour les enfants.
- Certains probiotiques pourraient diminuer la durée de la diarrhée.

◆ De soutien

Réhydratation et remplacement électrolytique.

Particularités associées au service de garde

La diarrhée est le deuxième problème de santé le plus fréquent en service de garde après les IVRS. Un agent pathogène peut être identifié dans 25 % des diarrhées épidémiques. La diarrhée touche surtout les enfants aux couches, et le risque de diarrhée est plus élevé chez les enfants en centre de la petite enfance et en garderie que chez ceux en service de garde en milieu familial.

Les agents le plus souvent en cause dans la diarrhée épidémique chez les enfants en milieu de garde sont les suivants : rotavirus, norovirus, astrovirus, *Giardia lamblia*, adénovirus entériques, *Shigella* et *Escherichia coli* de type O157 : H7. Les moins fréquents sont les suivants : *Cryptosporidium*, *Salmonella*, *Clostridium difficile* et *Campylobacter*.

Particularités associées à la femme enceinte

Selon l'agent causal (voir les sections correspondantes).

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune enquête n'est requise s'il s'agit d'un cas isolé. On doit faire enquête après une déclaration de diarrhée épidémique. Une visite sur place peut être souhaitable dans certains cas. Si des cas isolés sont présents dans d'autres groupes, on doit vérifier l'éventualité d'un lien épidémiologique afin de procéder à une enquête plus exhaustive.

On doit également :

- vérifier la possibilité d'intoxication alimentaire ou de source de contamination animale (ex. : visite au zoo ou à la ferme);
- s'informer si des enfants et des membres du personnel du service de garde ont récemment consulté un médecin pour diarrhée et si des analyses de selles ont été faites;
- vérifier les résultats des analyses de selles, s'il y a lieu;
- identifier les contacts.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

Exclure l'enfant :

- s'il est trop malade pour participer aux activités du service de garde;
- s'il est aux couches;
- si la diarrhée a été accompagnée de deux vomissements ou plus au cours des dernières 24 heures;
- s'il est fébrile;
- si présence de mucus ou de sang dans ses selles (culture de selles recommandée);
- s'il est incapable d'utiliser les toilettes pour chacune de ses selles (incontinent).

Note : L'enfant est immédiatement isolé des autres enfants jusqu'à ce qu'on vienne le chercher.

Lorsque l'agent causal est identifié, voir la section correspondante. En l'absence d'agent identifié, l'enfant peut retourner au service de garde lorsque sa condition ne répond plus aux critères d'exclusion. L'enfant aux couches peut retourner au service de garde après l'épisode aigu s'il va bien et que les selles sont contenues dans la couche, et ce, même si la fréquence et la consistance de ses selles ne sont pas revenues à la normale.

Le personnel du service de garde peut être réintégré au travail après l'épisode aigu. Les personnes qui manipulent des aliments doivent être exclues jusqu'à 48 heures après l'arrêt des symptômes (vomissements, diarrhées et crampes abdominales), ou pour une période plus longue selon l'agent infectieux identifié (voir la section correspondante).

♦ Contacts

- Considérer comme contacts les enfants et le personnel d'un groupe où un cas de diarrhée ou plus est relié, sur le plan épidémiologique, aux cas de diarrhée épidémique.
- Remettre une lettre à tous les contacts présentant des symptômes.
- Si le contact présente des symptômes, l'exclure selon les mêmes critères que ceux du sujet.
- Si des enfants présentent du sang ou du mucus dans leurs selles ou si l'épidémie persiste, faire des cultures de selles chez quatre ou cinq enfants ayant des symptômes. Chez les moins de 2 ans, en dehors de la période estivale, faire aussi une recherche de rotavirus. Si l'agent spécifique est identifié, voir la section correspondante.
- Si une diarrhée épidémique perdure dans le milieu de garde, rechercher, chez quatre à cinq enfants présentant des symptômes, les pathogènes suivants : *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, toxine du *Clostridium difficile*, virus entériques.
- Si le contact est asymptomatique, aucune intervention n'est requise.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Réviser la technique de changement de couches, prioriser l'utilisation de couches jetables, lingettes à usage unique et possiblement de gants.

Interdire au personnel qui prépare et qui sert les repas de changer les couches des nourrissons.

S'assurer que les enfants avec diarrhée ne fréquentent pas les aires de baignade (piscines, pataugeoires, etc.).

Suivi

Surveiller le service de garde jusqu'à la fin de l'éclosion.

S'informer du résultat des analyses de selles qui ont été faites.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Diarrhée épidémique

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, plusieurs enfants sont atteints de diarrhée.

- Votre enfant n'a pas de diarrhée actuellement. Veuillez nous aviser s'il venait à présenter des symptômes.
- Votre enfant est aux couches, vous devez le garder à la maison jusqu'à la disparition de la diarrhée.
- Votre enfant est présentement trop malade pour fréquenter le service de garde. Vous devez le garder à la maison jusqu'à la disparition de la diarrhée.
- Nous vous demandons d'effectuer des prélèvements des selles de votre enfant à l'aide du matériel que nous vous fournissons. Cela nous aidera à déterminer une cause possible d'éclosion.
- Malgré sa légère maladie, votre enfant peut continuer à fréquenter le service de garde, mais nous vous demandons de le garder à la maison si la diarrhée s'accompagne de deux vomissements ou plus par 24 heures, s'il fait de la fièvre ou si ses selles comportent du sang ou du mucus.

Tant que votre enfant a de la diarrhée, il ne doit pas fréquenter les lieux de baignade.

Si vous consultez un médecin, veuillez lui présenter cette lettre.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

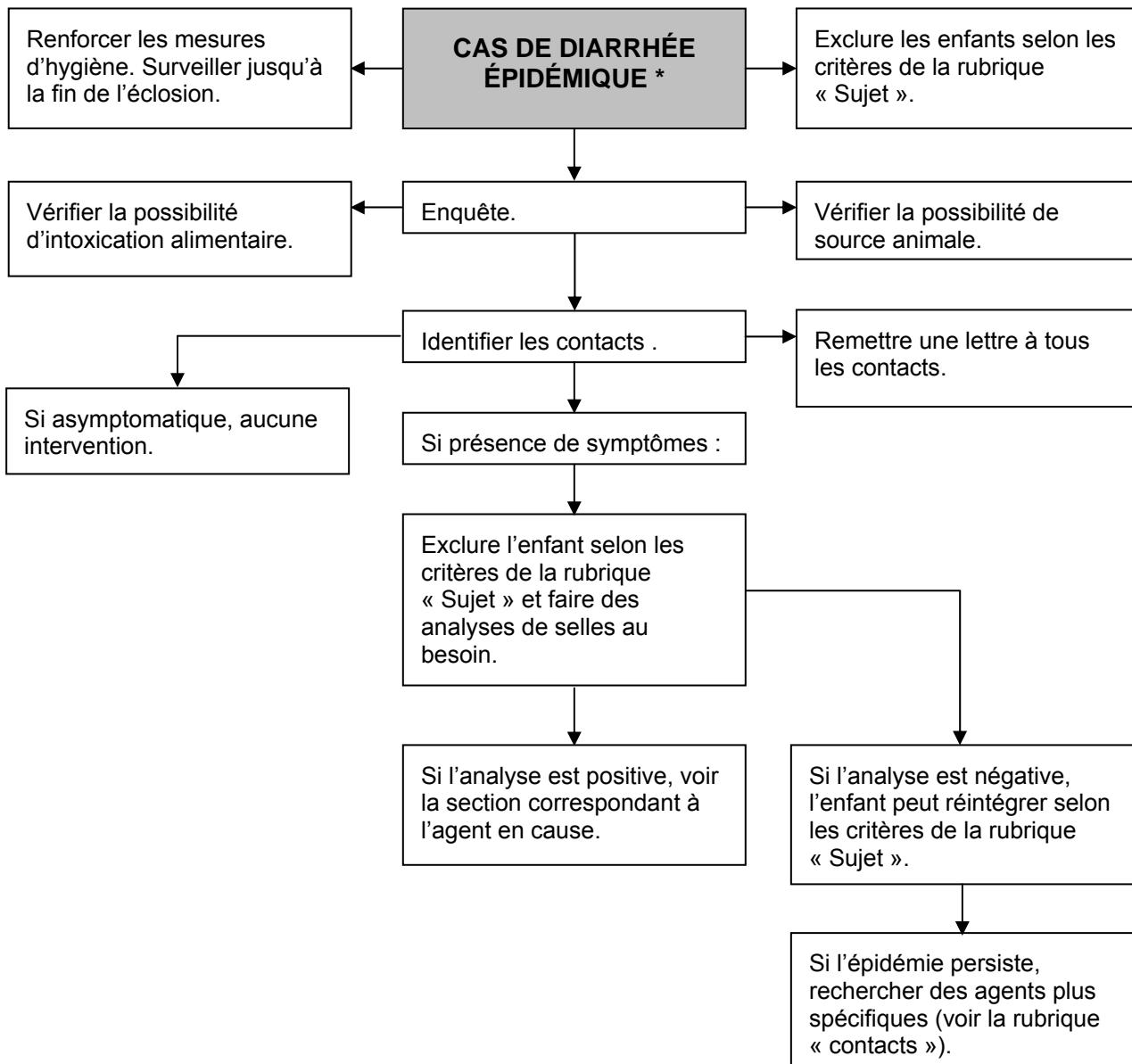
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

DIARRHÉE ÉPIDÉMIQUE

ARBRE DÉCISIONNEL



* Deux cas ou plus de diarrhée dans un même groupe en moins de 48 heures.

DIPHTÉRIE

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Très rare en Amérique du Nord, la diptérite est une maladie d'origine bactérienne, aiguë et grave, causée par la toxine du *Corynebacterium diphtheriae*.

Dans les pays tempérés, la diptérite respiratoire se manifeste habituellement en automne et en hiver et atteint surtout les jeunes de moins de 15 ans, immunisés de façon inadéquate. La diptérite cutanée est très rare en Amérique du Nord.

Tableau clinique

L'infection par le *Corynebacterium diphtheriae* est le plus souvent asymptomatique, surtout lorsque des souches non productrices de toxine sont en cause ou chez un patient adéquatement immunisé. La diptérite respiratoire se caractérise par la présence d'une pseudomembrane adhérente (formée par des cellules nécrotiques consécutivement à l'action de la toxine) qui se localise surtout au niveau des amygdales, de l'oropharynx et du nasopharynx, et qui s'accompagne des symptômes et signes cliniques suivants : mal de gorge, fièvre légère, dysphagie, faiblesse, malaise ou céphalées. La progression de l'infection peut causer une lymphadénite, soit un œdème important des tissus mous, dont ceux du cou, pouvant mener à une insuffisance respiratoire. L'atteinte du larynx et de l'arbre trachéobronchique entraîne raucité de la voix, toux, tirage et difficultés respiratoires importantes.

La diptérite cutanée est souvent une surinfection, par la bactérie *C. diphtheriae*, d'une dermatose préexistante. La lésion, ulcéruse, érythémateuse et douloureuse, est recouverte d'une membrane brunâtre.

Complications

Les complications sont liées aux effets tardifs de la toxine : obstruction des voies aériennes supérieures causée par la formation étendue de la membrane diptéritique, myocardite et paralysie des nerfs crâniens ou périphériques. Les complications d'une diptérite cutanée sont très rares.

Décès dans 5 à 10 % des cas de diptérite respiratoire. La mortalité est plus élevée chez les très jeunes enfants (moins de 5 ans) et les personnes âgées.

Durée de la maladie

La durée de la diptérite est variable.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'humain est le seul réservoir du *C. diphtheriae*. La diptérite s'acquiert de deux façons différentes : à partir des gouttelettes venant des voies respiratoires, ou par contact avec les sécrétions du nez, de la gorge, des yeux ou des lésions cutanées d'un malade ou (plus difficilement) d'un porteur d'une souche toxinogène.

Transmission

- Gouttelettes
- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure habituellement de deux à sept jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que les bacilles sont présents dans les écoulements ou les lésions. Si la maladie est traitée, la contagion dure moins de quatre jours après le début du traitement. Sans traitement, la contagion dure habituellement deux semaines ou moins, mais elle peut se prolonger jusqu'à quatre semaines, parfois plus.

Il existe des porteurs chroniques malgré le traitement antibiotique. Cet état peut persister jusqu'à six mois ou plus.

Réceptivité

Toute personne dont la couverture vaccinale n'est pas adéquate peut contracter la diphtérie.

Immunité

La diphtérie ne confère pas nécessairement une immunité persistante. Par conséquent, le malade en convalescence doit être vacciné. Le programme de vaccination complète confère une bonne immunité. La vaccination n'empêche pas la colonisation du nasopharynx (porteur asymptomatique).

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

- Tableau clinique.
- Culture et recherche de toxine diphtérique par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) (faite au LSPQ).

Note : La recherche de diphtérie n'est pas faite de façon systématique. Communiquer avec le LSPQ avant le prélèvement du spécimen.

♦ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement

♦ Spécifique

- Commencer le traitement sans attendre la confirmation bactériologique.
- Sérothérapie : administration d'antitoxine équine (précédée d'un test d'allergie).
- Antibiothérapie : pénicilline ou érythromycine.

Deux cultures pharyngées ou cutanées prélevées à 24 heures d'intervalle à la fin du traitement doivent être négatives, sinon l'antibiothérapie est reprise.

- Pour la diphtérie cutanée, on recommande de bien nettoyer les lésions avec de l'eau et du savon et de donner des antibiotiques.
- Administrer une dose d'anatoxine (vaccin) en phase de convalescence car la maladie ne produit pas nécessairement une quantité adéquate d'anticorps.

♦ De soutien

L'hospitalisation et l'isolement s'avèrent nécessaires si la personne présente des symptômes respiratoires.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Au cours de l'enquête, on doit :

- aviser immédiatement la direction régionale de santé publique;
- vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant;
- visiter le service de garde et identifier les contacts;
- vérifier le nombre de doses du vaccin antidiphétique reçues par le personnel et les enfants du service de garde.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

Exclure le sujet du service de garde. Le réadmettre lorsque l'élimination de l'organisme a été confirmée par deux cultures de contrôle négatives (cultures du nez et de la gorge ou des lésions cutanées s'il s'agit d'une diphtérie cutanée). Les prélèvements doivent être effectués à 24 heures d'intervalle, au moins 24 heures après la fin du traitement.

♦ Contacts

Considérer comme contacts tous les membres du personnel et enfants du service de garde ayant été en présence d'un cas de diphtérie entre les sept jours qui ont précédé le début des symptômes et les quatre jours qui ont suivi le début du traitement (diphtérie respiratoire), ou entre le début de la maladie et les quatre jours qui ont suivi le début du traitement (diphtérie cutanée), et ce, indépendamment de leur statut immunitaire au regard de la diphtérie.

Si le dernier contact avec un sujet en phase contagieuse remonte à :

sept jours ou moins :

- surveiller activement la personne jusqu'à sept jours après le dernier contact, c'est-à-dire effectuer au moins une relance téléphonique quotidienne. Le contact doit être avisé de consulter un médecin s'il constate l'apparition de symptômes suspects (ex. : mal de gorge);
- effectuer des prélèvements nasal et pharyngé et, le cas échéant, des lésions cutanées. Si la culture est positive, adopter les mêmes mesures de contrôle que pour le sujet (même si le porteur est asymptomatique);
- administrer une antibioprophylaxie *per os* : érythromycine pendant dix jours, ou pénicilline G benzathine IM en dose unique;
- l'administration d'antitoxine n'est pas indiquée, même si les contacts ne sont pas adéquatement vaccinés;
- en attendant les résultats des cultures, laisser les contacts asymptomatiques poursuivre leurs activités régulières;
- mettre à jour la vaccination contre la diphtérie (voir le tableau 5).

plus de sept jours :

- effectuer des prélèvements nasal et pharyngé et, le cas échéant, des lésions cutanées. Si la culture est positive, adopter les mêmes mesures de contrôle que pour le sujet (même si le porteur est asymptomatique);
- mettre à jour la vaccination contre la diphtérie (voir le tableau 5).

Tableau 6. Intervention selon le nombre de doses de vaccin reçues

Nombre de doses déjà reçues	Intervention
Moins de 3 doses ou inconnu	1 dose d'anatoxine diphtérique immédiatement; poursuivre selon le calendrier recommandé*
≥ 3 doses, dernière dose > 5 ans	1 dose de rappel
≥ 3 doses, dernière dose < 5 ans	1 dose aux enfants qui doivent recevoir leur 4e ou 5e dose; sinon, aucune dose, sauf si la culture est positive

* Utiliser un vaccin combiné adapté à l'âge et à la situation vaccinale. Voir le PIQ.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Renforcer l'hygiène respiratoire.

Suivi

S'assurer que le sujet obtient des résultats de culture de contrôle négatifs pour des prélèvements faits 24 heures après la fin du traitement et à 24 heures d'intervalle.

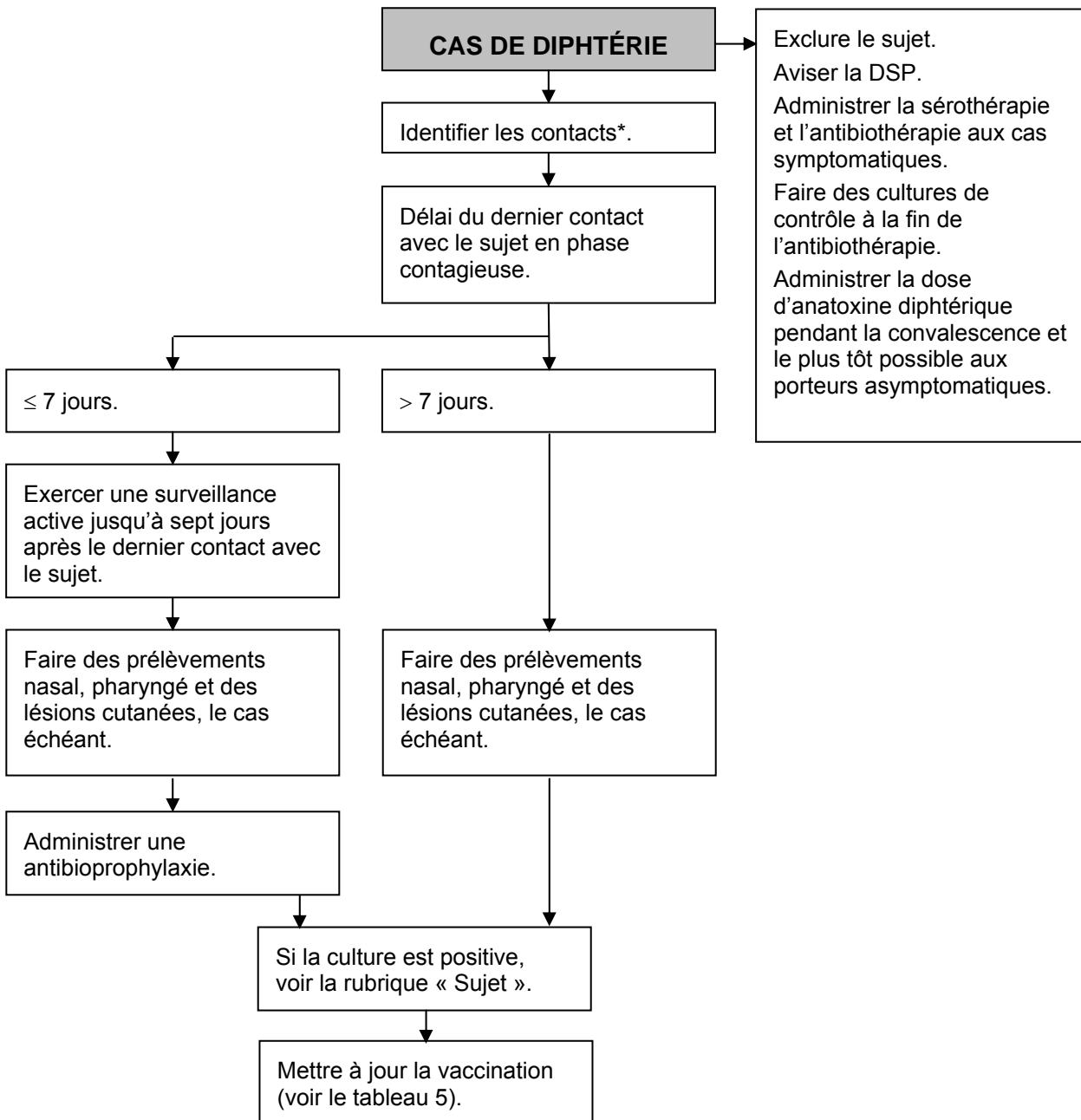
Vacciner le sujet adéquatement après la maladie : la diphtérie ne confère pas nécessairement une immunité persistante.

S'assurer que les contacts réceptifs ont été vaccinés.

Administrer la pénicilline G benzathine IM et le vaccin, si l'immunisation est incomplète, à tous les contacts qu'on ne peut pas surveiller.

DIPHTÉRIE

ARBRE DÉCISIONNEL



* Administrer à tous les contacts qu'on ne peut pas surveiller, de la pénicilline G benzathine et le vaccin, si l'immunisation est incomplète.

ÉRYTHÈME INFECTIEUX

(CINQUIÈME MALADIE)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'érythème infectieux est une maladie éruptive bénigne caractéristique, causée par le parvovirus B19, qui survient surtout l'hiver et au printemps.

Tableau clinique

L'érythème infectieux présente, au début, des symptômes non spécifiques : maux de tête, malaise général et myalgies, lesquels sont suivis, sept à dix jours plus tard, d'une éruption caractéristique qui évolue en trois phases. Elle commence au visage (joues très rouges) et est suivie, quelques jours plus tard, d'une éruption maculopapulaire sur le tronc et les membres. Au cours des trois semaines suivantes, elle peut réapparaître sous l'influence de facteurs environnementaux, tels qu'un bain chaud, une friction, une exposition au soleil ou un exercice physique. Environ 25 % des cas sont asymptomatiques.

L'infection à parvovirus peut aussi causer un syndrome caractérisé par une éruption papulopurpurique avec une distribution en gants et en chaussettes (« papulopurpuric gloves and socks syndrome », ou PPGSS).

La maladie est généralement bénigne. Elle peut cependant provoquer une crise aplasique chez les personnes souffrant d'une anémie hémolytique ou d'une hémoglobinopathie.

Complications

L'érythème infectieux peut entraîner, rarement, de l'arthralgie et de l'arthrite, surtout chez les femmes adultes, et une anémie grave chez les immunosupprimés.

Durée de la maladie

L'érythème infectieux dure jusqu'à trois semaines ou plus.

Modes d'acquisition et de transmission

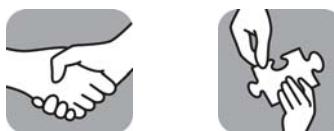
Acquisition

L'érythème infectieux s'acquiert de trois façons différentes, soit :

- par contact avec les sécrétions respiratoires;
- de la mère à son fœtus;
- par le sang ou des produits sanguins (rare).

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation varie généralement de 4 à 14 jours, mais peut se prolonger jusqu'à 20 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité précède jusqu'à sept jours l'apparition de l'éruption; elle se termine au moment de l'éruption. En revanche les symptômes du PPGSS se manifestent en association avec la virémie et ces patients doivent être considérés comme contagieux. De même, les patients qui font une crise d'anémie

aplasique sont contagieux jusqu'à au moins une semaine après le début de la maladie. Chez les immunosupprimés, la contagiosité peut persister des mois, voire des années.

Réceptivité

Tout le monde peut contracter l'érythème infectieux. Cette maladie touche surtout les enfants âgés de 5 à 14 ans. La séroprévalence augmente avec l'âge : de 2 à 15 % chez les 1 à 5 ans, de 15 à 60 % chez les 5 à 19 ans, et de 30 à 60 % chez les adultes.

Immunité

L'érythème infectieux confère une immunité permanente.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

◆ Habituelles

- Tableau clinique.
- Sérologie : recherche d'IgM spécifiques (positifs dans 90 % des cas au moment de l'éruption).

◆ Exceptionnelles

Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur le sang ou la moelle osseuse.

Traitements

◆ Spécifique

Aucun.

◆ De soutien

- Transfusions de culot.
- Les gammaglobulines intraveineuses sont utilisées pour certains patients immunosupprimés.

Particularités associées au service de garde

L'érythème infectieux est plus fréquent chez les enfants du primaire que chez les enfants en service de garde. L'infection est rare chez les enfants de moins de 2 ans.

Il semble que les femmes ayant des contacts fréquents avec un grand nombre d'enfants (ex. : enseignantes, travailleuses en milieu de garde) présentent un risque accru de contracter cette maladie.

Particularités associées à la femme enceinte

Une femme enceinte qui a été en contact avec un cas d'érythème infectieux devrait consulter son médecin (voir la rubrique « Contacts »).

Une infection à parvovirus pendant la grossesse peut causer un avortement spontané, une anémie fœtale ou un décès intra-utérin associé à une anasarque fœtoplacentaire (*hydrops fetalis*) non immunitaire. Le risque de perte fœtale pendant la grossesse pour une femme enceinte infectée est estimé entre 2 et 6 %; cela se produit surtout pendant la première moitié de la grossesse.

La recherche d'IgG spécifique est disponible pour vérifier l'immunité.

Chez les femmes non immunes à la maladie (absence d'IgG spécifique), le risque d'infection est de 50 % à la suite d'un contact familial, et de 20 %, à la suite d'un contact en milieu scolaire ou en service de garde.

Pour informations complémentaires, voir le chapitre VI, section « La femme enceinte ».

MESURES À PRENDRE

Enquête

Identifier les contacts.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

Ne pas exclure le sujet.

♦ Contacts

Considérer comme contacts les femmes enceintes et les personnes atteintes d'hémoglobinopathie ou d'immunosuppression.

Diriger ces personnes vers le médecin afin qu'il décide de la pertinence de les exclure du service de garde. La conduite à tenir varie selon les résultats des tests sérologiques.

- Absence d'IgG :

Indique une susceptibilité à l'infection. Il faut exclure la personne du service de garde jusqu'à trois semaines après l'apparition du dernier cas.

- Présence d'IgM :

Indique une infection récente (au cours des quatre derniers mois). Les IgM sont présentes dès le troisième jour après l'apparition des symptômes ou de 14 à 21 jours après l'exposition. Chez la femme enceinte la croissance du fœtus doit être surveillée par échographie.

- Présence d'IgG et absence d'IgM :

Indique une infection ancienne et une immunité. L'exclusion n'est pas recommandée.

Envoyer la lettre aux parents de tous les enfants du service de garde et à tous les membres du personnel.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains (particulièrement après un contact avec des sécrétions respiratoires, par exemple : mouchage), le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Renforcer l'hygiène respiratoire.

Suivi

Surveiller l'apparition des nouveaux cas.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Érythème infectieux (cinquième maladie)

Chers parents,

Au service de garde, votre enfant a été en contact avec une personne atteinte d'érythème infectieux, aussi appelé « cinquième maladie ». L'infection peut se transmettre de la même manière qu'un rhume.

Chez l'enfant, l'infection se manifeste par une éruption (rougeurs) qui évolue en trois étapes. L'éruption commence au visage (joues très rouges) et, quelques jours plus tard, atteint le tronc et les membres. Au cours des trois semaines qui suivent, l'éruption peut disparaître et réapparaître sous l'effet de bains chauds, de frictions, d'expositions au soleil ou d'exercices physiques.

L'enfant est contagieux surtout avant le début des rougeurs. Il n'existe présentement ni vaccin pour prévenir cette maladie, ni médicament pour la traiter. La maladie disparaît spontanément. Les complications sont rares, sauf si la personne souffre d'anémie hémolytique chronique ou est immunosupprimée. Dans l'un ou l'autre cas, elle devrait consulter son médecin. La maladie peut parfois avoir des conséquences sur le fœtus. En conséquence, la femme enceinte doit consulter son médecin si elle entre en contact avec une personne infectée.

Si, au cours des prochains jours, votre enfant présentait une éruption, consultez au besoin votre médecin ou votre CLSC et apportez cette lettre avec vous. Votre enfant peut continuer à fréquenter le service de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

***ESCHERICHIA COLI* ENTÉROHÉMORRAGIQUE (ECEH)**

(GASTROENTÉRITE À)

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La gastroentérite à *Escherichia coli* est causée par diverses souches d'*E. coli*. Sera abordée ici la gastroentérite à *E. coli* entérohémorragique (ECEH). Elle est causée par une souche d'*E. coli* que l'on appelle aussi *Escherichia coli* producteur de vérocytotoxines ou de shigatoxines. Le type O157 : H7 est le plus souvent responsable des éclosions de colites hémorragiques. Les autres souches d'*E. coli* sont rarement recherchées par les laboratoires.

Tableau clinique

L'infection à ECEH se manifeste par les symptômes suivants : diarrhée, rectorragies avec douleurs abdominales importantes, fièvre dans le tiers des cas.

Complications

La gastroentérite à ECEH peut entraîner les complications suivantes, surtout chez les jeunes enfants :

- déshydratation;
- syndrome hémolytique-urémique (SHU) qui comprend l'anémie hémolytique, la thrombocytopénie et l'insuffisance rénale. Il se produit dans 5 à 10 % des cas d'ECEH et entraîne entre 3 et 5% de décès. Il peut se produire dans les deux semaines suivant le début de la diarrhée.

Durée de la maladie

La durée de la gastroentérite à *Escherichia coli* entérohémorragique est variable.

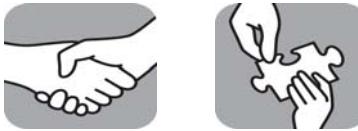
Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'infection s'acquiert à la suite de l'ingestion de viande contaminée et mal cuite (en particulier la viande hachée), de lait ou de jus non pasteurisé (ex. : jus de pomme), d'eau ou d'autres aliments contaminés. Elle s'acquiert également à la suite de l'ingestion de la bactérie présente dans les selles d'une personne ou d'un animal infectés et qui contamine les mains, objets ou surfaces (ex. : visite d'une ferme ou d'un zoo). La dose infectante est faible, soit environ 100 micro-organismes, ce qui rend la transmission plus facile.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure de un à huit jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que la bactérie est présente dans les selles.

Elle est généralement courte chez l'adulte, mais elle dure trois semaines ou plus chez le tiers des enfants.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'infection à *Escherichia coli* entérohémorragique.

Immunité

À la suite d'une infection à *Escherichia coli*, des antitoxines sont produites. Cependant, leur effet protecteur reste à établir.

Il n'existe aucun vaccin contre l'ECEH.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

Culture de selles et sérotypage.

♦ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement

♦ Spécifique

- Un traitement antibiotique n'est pas recommandé. L'emploi d'antibiotiques pourrait augmenter le risque de développer un SHU (l'hypothèse n'est pas prouvée, mais les bénéfices des antibiotiques n'ont pas été démontrés).
- Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués.

♦ De soutien

Réhydratation et remplacement électrolytique.

Particularités associées au service de garde

Des éclosions ont été rapportées en service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Au cours de l'enquête, on doit :

- téléphoner au service de garde dès la réception d'une déclaration d'ECEH;
- procéder à une enquête alimentaire (voir la section « Intoxication alimentaire »);
- vérifier la source d'eau potable;
- visiter le service de garde s'il admet des nourrissons ou si plus d'un cas;
- identifier les contacts.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

Exclusion jusqu'à disparition des symptômes et jusqu'à l'obtention de deux cultures de selles consécutives négatives à partir de prélèvements faits à 24 heures d'intervalle (faits 48 heures après l'arrêt des antibiotiques, le cas échéant). Les mêmes recommandations s'appliquent si le sujet prépare ou manipule des aliments.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe.
- Exclure les contacts qui présentent des symptômes et demander une culture de selles.
- Si la culture est positive, appliquer les mêmes mesures que pour le sujet.
- Si la culture est négative, voir la section « Diarrhée ».
- S'informer si des enfants ou des membres du personnel du service de garde ont été hospitalisés ou ont consulté leur médecin pour une diarrhée. Si oui, vérifier les résultats des cultures déjà faites.
- Surveiller l'apparition des symptômes chez les contacts.
- Remettre une lettre aux parents de tous les contacts.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Réviser la technique de changement de couches, prioriser l'utilisation de couches jetables, lingettes à usage unique et gants au besoin (voir chapitre IV, section « Le changement de couches »).

Interdire au personnel qui prépare et qui sert les repas de changer les couches des nourrissons.

S'assurer que le lait et le jus sont pasteurisés et que les aliments, en particulier la viande hachée, sont toujours bien cuits.

Suivi

S'il s'agit d'une éclosion, ne pas admettre de nouveaux enfants au service de garde avant la fin de l'éclosion, soit l'absence de nouveaux cas pendant une période de 14 jours.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Gastroentérite à *Escherichia coli*

Chers parents,

Présentement, au service de garde, une ou des personnes sont atteintes de gastroentérite à *Escherichia coli* entérohémorragique. Causée par une bactérie, cette maladie peut occasionner des douleurs abdominales, de la diarrhée, de la fièvre et du sang dans les selles.

La maladie peut se transmettre d'une personne à une autre ainsi que par des aliments, de l'eau, des mains ou des objets contaminés. La transmission est favorisée par la présence d'enfants aux couches. Le traitement consiste à réhydrater l'enfant. Dans de rares cas, cette gastroentérite (aussi connue sous le nom de maladie du hamburger) peut se compliquer d'une maladie grave appelée syndrome hémolytique-urémique.

- Votre enfant présente des symptômes. Nous vous demandons de le garder à la maison, de nous fournir un prélèvement de ses selles pour analyse et de consulter votre médecin (présentez cette lettre au médecin). Veuillez remettre le prélèvement à : _____.
- Si votre enfant présente des symptômes au cours des prochains jours, nous vous demandons de le garder à la maison, de consulter votre médecin (présentez-lui cette lettre) et d'aviser le service de garde.

Au besoin, nous vous aviserons des mesures supplémentaires à prendre selon les résultats des cultures de selles effectuées chez les enfants malades.

Merci de votre collaboration.

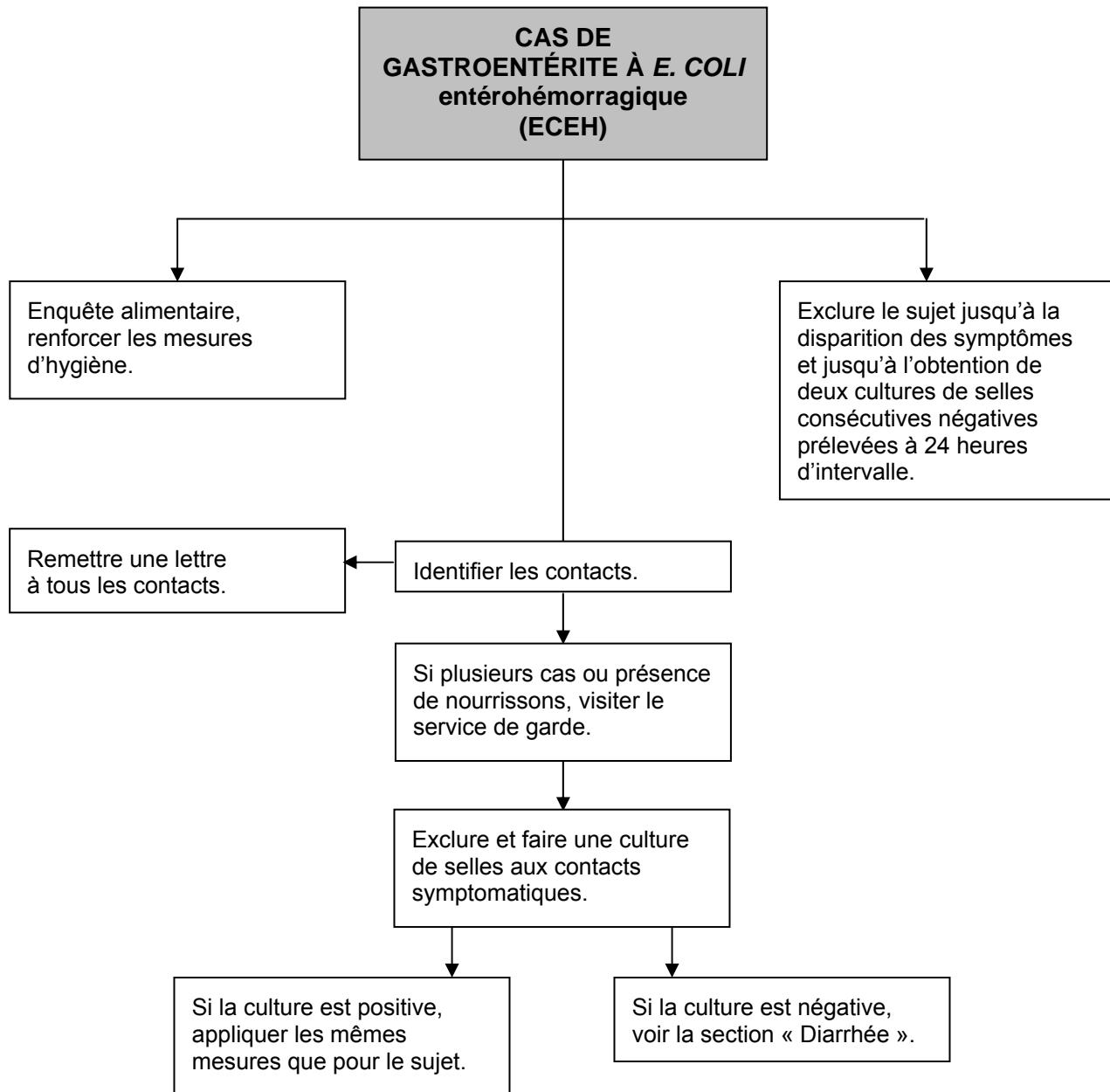
Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

**ESCHERICHIA COLI (gastro-entérite à)
ARBRE DÉCISIONNEL**



FOLLICULITE ET FURONCLE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Folliculite

La folliculite est une infection bactérienne superficielle ou profonde des follicules pileux habituellement causée par le *Staphylococcus aureus* et, plus rarement, par le *Pseudomonas aeruginosa*.

Furoncle

Le furoncle est une folliculite aiguë, profonde, avec nécrose périfolliculaire, causé par le *Staphylococcus aureus*.

Tableau clinique

Folliculite

La folliculite se traduit par de petites papules, le plus souvent avec une pustule centrale, sans atteinte de la peau sous-jacente ni des tissus profonds.

Furoncle

Le furoncle se présente sous l'aspect d'un nodule érythémateux et peut se manifester par des démangeaisons et une douleur modérée à la palpation.

Complications

La folliculite peut entraîner une atteinte des tissus profonds ou un abcès. Le risque de complications est plus élevé chez les nourrissons.

Durée de la maladie

Staphylococcus aureus

La durée est variable.

Pseudomonas aeruginosa

La guérison est spontanée et se fait à l'intérieur de quelques jours.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Staphylococcus aureus

L'infection s'acquiert à la suite d'un contact avec les lésions cutanées d'une personne infectée ou par l'entremise des mains contaminées. Le *Staphylococcus aureus* colonise de façon transitoire les narines d'une proportion importante de la population (5-10 %), ce qui peut entraîner une contamination secondaire de la peau. Les écoulements nasaux chez un porteur de la bactérie favorisent sa propagation.

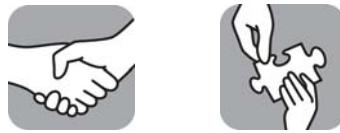
Pseudomonas aeruginosa

L'infection s'acquiert par un contact avec des bactéries présentes dans des baignoires à remous, des piscines, des spas et des glissoires d'eau.

Transmission

Staphylococcus aureus

- Contact direct
- Contact indirect



Transmission

Pseudomonas aeruginosa

Aucune transmission de personne à personne.

Période d'incubation

Staphylococcus aureus

La période d'incubation dure de un à dix jours, et plus.

Pseudomonas aeruginosa

La période d'incubation dure de un à deux jours.

Période de contagiosité

Staphylococcus aureus

La période de contagiosité dure jusqu'à 48 heures après le début d'une antibiothérapie efficace et jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'écoulement.

Pseudomonas aeruginosa

Il n'y a pas de période de contagiosité car l'infection ne transmet pas de personne à personne.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la folliculite et les furoncles.

Immunité

La folliculite et les furoncles ne confèrent aucune immunité.

Méthodes diagnostiques

♦ **Habituelles**

- Tableau clinique.
- Culture des lésions cutanées.

♦ **Exceptionnelles**

Aucune.

Traitement

♦ **Spécifique**

Staphylococcus aureus

- Les antibiotiques topiques, tels que la mupirocine à 2 % ou l'acide fusidique à 2 %, peuvent être efficaces lorsque les infections sont superficielles.
- En cas de non-réponse au traitement, un traitement systémique devrait être envisagé.

Pseudomonas aeruginosa

Aucun traitement.

♦ De soutien

- Nettoyage de la peau à l'eau et au savon.
- Port de vêtements amples qui permettent une bonne aération.
- Le furoncle peut nécessiter un drainage avec incision effectué par un professionnel de la santé.

Particularités associées au service de garde

Dans un service de garde, plusieurs cas de folliculite à *Pseudomonas aeruginosa* ont été associés à la fréquentation d'un spa. Si plusieurs cas simultanés et épisode de baignade, soupçonner le *Pseudomonas aeruginosa*.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

On doit enquêter seulement si plusieurs cas simultanés se déclarent.

Mesures de contrôle**♦ Sujet***Staphylococcus aureus*

- Couvrir les lésions, si possible.
- Ne pas exclure à moins qu'il y ait un écoulement persistant et que la lésion ne puisse être couverte.
- Les personnes ayant un furoncle aux mains devront s'abstenir de préparer des aliments. En présence d'un furoncle aux bras ou au visage, les lésions devront être couvertes.

Pseudomonas aeruginosa

Ne pas exclure.

♦ Contacts

Lorsqu'ils présentent des symptômes, appliquer les mêmes mesures que pour le sujet.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Éviter les activités de groupe dans les spas et les baignoires à remous publiques.

Suivi

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains.

GALE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La gale est une infection parasitaire de la peau causée par une mite : *Sarcoptes scabiei* variété *hominis*. Ces parasites acariens ne sont pas des vecteurs d'autres maladies.

Cycle de vie

Les mites s'accouplent sur la peau. Une fois fécondée, la femelle pénètre la couche cornée de l'épiderme, creusant ainsi un sillon dans la peau de l'hôte pour y pondre ses œufs. Les larves éclosent environ trois jours plus tard, puis migrent vers la surface de la peau où elles atteignent le stade de parasites immatures. Ces derniers creusent de nouveau la peau et y subissent deux autres mutations avant de devenir des parasites adultes. Le cycle complet prend de deux à trois semaines. Lorsque la femelle adulte creuse la peau de l'hôte, elle laisse derrière elle ses excréments (scybales) qui contribuent au prurit caractéristique de la gale. Environ 15 à 20 mites se retrouvent chez un individu atteint de gale. Les parasites survivent à peine quelques jours hors de l'hôte humain.

Tableau clinique

La gale se manifeste par des lésions cutanées prenant la forme de sillons (petite ligne ondulée de quelques millimètres) ou de papules érythémateuses, situés principalement dans les régions suivantes : espaces interdigitaux des mains et des pieds, surface antérieure des poignets et des coudes, creux axillaires, taille, parties génitales, fesses et régions pélviennes. Chez les poupons, et très rarement chez les enfants de 2 ans et plus, ces lésions peuvent également se trouver au cuir chevelu, à la figure, à la paume des mains et à la plante des pieds. Parfois, ces très jeunes enfants présentent des nodules, des vésicules ou des pustules.

Le symptôme principal de la gale est le prurit, qui est souvent plus intense la nuit et qui résulte d'une réaction d'hypersensibilité à la mite, à sa salive et à ses excréments.

Une forme grave de l'infection, appelée gale « norvégienne » ou gale « croûtee », se manifeste surtout, mais non exclusivement, chez les immunosupprimés. L'atteinte cutanée se présente sous forme de lésions d'hyperkératose; les sillons et le prurit sont souvent absents. Le nombre de mites peut dépasser le million.

Complications

Les lésions cutanées peuvent se surinfecter, en général par le *Staphylococcus aureus* ou le Streptocoque β-hémolytique du groupe A. Chez les personnes dont l'infection dure depuis longtemps, il peut se produire une eczématisation ou une impétiginisation de la peau qui rend la visualisation des sillons plus difficile.

Durée de la maladie

La gale dure tant qu'un traitement efficace n'est pas administré.

Modes d'acquisition et de transmission

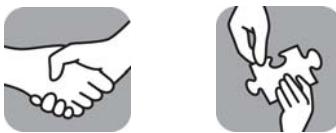
Acquisition

L'homme est le seul réservoir du *Sarcoptes scabiei* variété *hominis*. L'infection s'acquiert à la suite d'un contact étroit, prolongé et répété avec la peau d'une personne infectée ou encore avec ses effets personnels.

La gale des animaux peut être transmise à l'homme; elle se traduit par une éruption bénigne et localisée au site de contact avec l'animal et guérit sans traitement particulier.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation est de deux à six semaines avant le début du prurit pour une primo-infection. Elle est de un à quatre jours pour une réinfection.

Période de contagiosité

La période de contagiosité persiste jusqu'à ce que les œufs et les parasites soient détruits, soit jusqu'à ce que le traitement ait été complété et que les effets personnels (vêtements, serviettes et lingerie) aient été lavés ou isolés pendant au moins quatre jours.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la gale.

Immunité

La gale ne confère pas d'immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ **Habituelles**

- Tableau clinique.
- Examen microscopique du parasite, des œufs et des scybales par grattage de l'extrémité d'un sillon. Le prélèvement et l'examen doivent être faits par une personne expérimentée.

♦ **Exceptionnelles**

Aucune.

Traitement

♦ **Spécifique**

- Crème de perméthrine à 5 % (NixMD).
- Appliquer sur tout le corps, à l'exception des muqueuses et de la tête, et laver après 8-14 heures. Dans le cas des jeunes enfants, la crème doit être appliquée sur la tête puisque cette région peut être atteinte.
- Peut être appliquée aux enfants dès l'âge de 2 mois.
- D'autres médicaments, comme l'ivermectin, peuvent être efficaces, mais leur disponibilité varie.
- Pour la majorité des sujets, une seule application suffit à éliminer la gale. Si nécessaire, le traitement peut être répété, mais une fois seulement, sept jours après la première application.

♦ **De soutien**

- Hydratation de la peau.
- Antihistaminiques par voie orale et stéroïdes topiques si cela s'avère nécessaire.

Particularités associées au service de garde

Des cas sporadiques de gale ont été rapportés dans les services de garde, mais peu d'éclosions ont été décrites.

Particularités associées à la femme enceinte

Utiliser le perméthrine et suivre les instructions du fabricant. Peut être utilisé par les femmes qui allaitent. Celles qui souffrent d'une gale périaréolaire doivent interrompre l'allaitement jusqu'à ce que la crème ait été complètement enlevée.

MESURES À PRENDRE

Enquête

S'assurer que le diagnostic a été posé par un médecin, puis identifier les contacts.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- S'assurer que le sujet et les membres de sa famille sont traités simultanément, qu'ils présentent des symptômes ou non.
- Exclure jusqu'au lendemain de l'application du traitement.
- Laver les effets personnels (vêtements, literie, serviettes, etc.) dont s'est servi le sujet au cours des quatre jours précédent le traitement et des 24 heures suivant son administration.

◆ Contacts

- Remettre une lettre explicative aux parents de tous les enfants et aux membres du personnel de service de garde.
- Considérer comme contacts tous les enfants et membres du personnel ayant touché de façon prolongée ou répétée une personne infectée ou ses effets personnels.
- Faire examiner, le même jour si possible, les contacts identifiés.
- Demander que tous les contacts infectés et les membres de leur famille, qu'ils présentent des symptômes ou non, soient traités simultanément (voir la rubrique « Sujet »).
- Les contacts en service de garde en milieu familial peuvent être considérés comme des contacts familiaux. Il pourrait être pertinent d'appliquer dans ce contexte les mêmes recommandations qu'aux contacts familiaux.
- Selon la nature des contacts, en présence de plus d'un cas, considérer un traitement prophylactique pour les membres du personnel du service de garde qui ont eu des contacts étroits avec les enfants infectés, et les enfants du même groupe que les sujets.
- Si l'éclosion persiste, envisager un traitement prophylactique pour toutes les personnes du service de garde et les membres de leur famille, qu'ils présentent des symptômes ou non. Leurs effets personnels doivent être lavés comme recommandé ci-dessous.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Laver les effets personnels (vêtements, literie, serviettes, etc.) dont s'est servi le sujet durant les quatre jours précédent le traitement et les 24 heures suivant son administration dans une laveuse à eau chaude et les sécher au cycle chaud de la sécheuse.

Nettoyer à sec les effets personnels qui ne peuvent être lavés, ou les ranger dans un sac de plastique fermé hermétiquement pendant au moins quatre jours.

Suivi

Renforcer les mesures d'hygiène.

Surveiller l'apparition de nouveaux cas jusqu'à huit semaines après l'apparition du dernier cas.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Gale

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, une personne est atteinte de gale. Vous trouverez ci-joint des explications sur cette maladie.

Si votre enfant ou un membre de votre famille se plaint de démangeaisons, surtout la nuit, ou présente des lésions de grattage, ou si vous remarquez de petits sillons ou de petites bosses sur la peau, consultez un médecin ou votre CLSC le plus tôt possible. Veuillez apporter cette lettre avec vous.

Si un diagnostic de gale est posé, avisez le service de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

p. j. Feuillet de renseignements sur la gale

GALE

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS PRATIQUES

Définition

La gale est une infection cutanée causée par un parasite. Celui-ci pénètre la couche superficielle de la peau en creusant un tunnel, afin d'y déposer ses œufs et ses excréments. Il avance un peu chaque jour, et ce, pendant des semaines. Le tunnel laisse un petit sillon visible surtout entre les doigts, sur les poignets, les coudes, les cuisses et les aines. Habituellement, la gale n'atteint pas le cuir chevelu ni le visage, sauf dans le cas du nourrisson.

Manifestation

La gale se manifeste par :

- des démangeaisons, surtout la nuit;
- de petites bosses, des vésicules, de petites bulles, des sillons, des lésions de grattage.

Ces manifestations apparaissent de plusieurs jours à plusieurs semaines après le contact.

Transmission

L'infection se transmet par contact cutané prolongé (peau à peau) avec une personne infectée ou, rarement, par contact avec des vêtements ou de la literie contaminés.

Traitement

Tous les membres de la famille d'une personne infectée doivent appliquer le traitement simultanément, qu'ils présentent des symptômes ou non.

Il est très important de suivre les recommandations du pharmacien ou du fabricant.

Il est recommandé d'appliquer une lotion huileuse après le traitement, car celui-ci assèche la peau.

Pour la majorité des sujets, une seule application suffit à éliminer la gale. Si nécessaire, le traitement peut être répété, mais une fois seulement, sept jours après la première application.

Autres mesures

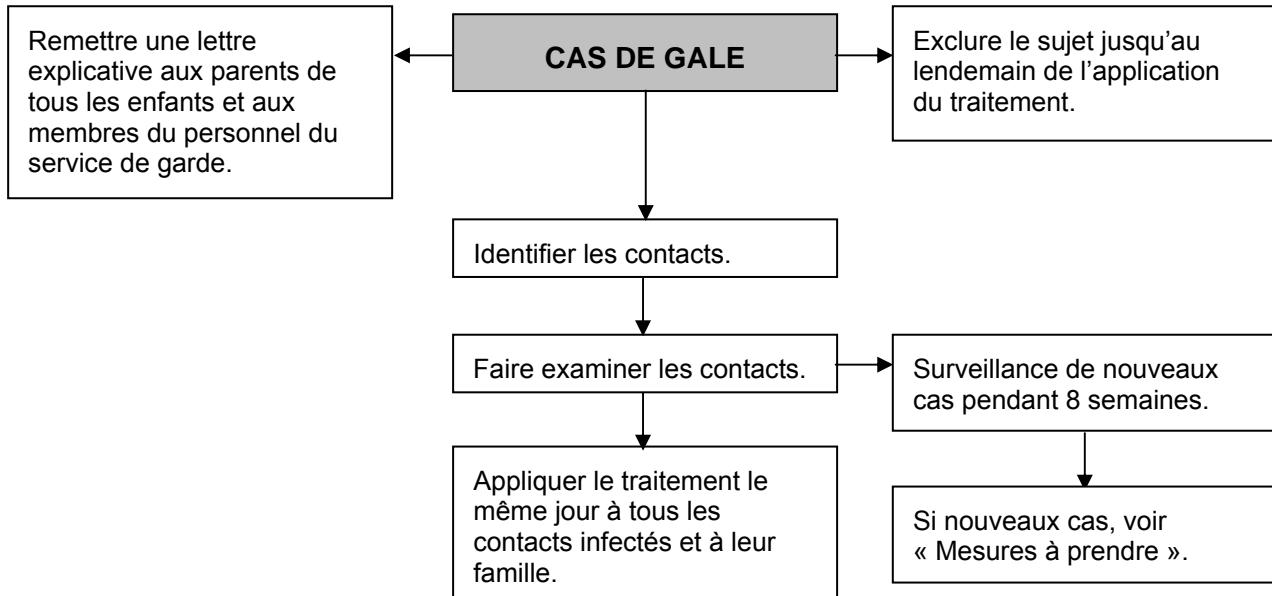
Au moment où est appliqué le traitement, il faut, tant à la maison qu'au service de garde, laver dans la laveuse à l'eau chaude les vêtements et la literie qui ont servi durant les quatre jours précédent le traitement et les 24 heures suivant le traitement. Les faire sécher au cycle chaud de la sécheuse.

On devra faire nettoyer à sec les effets personnels qui ne peuvent pas être lavés à l'eau chaude, ou les laisser dans un sac de plastique fermé hermétiquement pendant au moins quatre jours.

IMPORTANT

Les démangeaisons peuvent persister plusieurs semaines, même après un traitement efficace.

GALE ARBRE DÉCISIONNEL



GIARDIASE

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La giardiase est une infection parasitaire intestinale causée par le *Giardia lamblia*, qui se localise surtout dans la partie haute de l'intestin (duodénum et jéjunum). Le parasite existe sous deux formes : le kyste et le trophozoïte.

Cycle de vie

Le kyste constitue la forme infectante du parasite; il peut survivre plusieurs mois dans l'environnement. L'humain acquiert l'infection par voie orale, en ingérant les kystes qui ont contaminé l'eau, les aliments ou les mains. Dans le duodénum, les kystes se transforment en trophozoïtes, lesquels se multiplient par la suite. Dans l'iléon et le côlon, les trophozoïtes retrouvent le stade kystique, et ces kystes seront évacués dans les selles. Le réservoir principal de l'infection est l'humain.

Tableau clinique

La giardiase est une infection qui peut être asymptomatique, ou au contraire associée à une grande variété de symptômes : diarrhée aiguë, diarrhée chronique intermittente, stéatorrhée, crampes abdominales, ballonnement abdominal, selles pâles et nauséabondes, fatigue et perte de poids.

Complications

L'infection chronique peut entraîner un syndrome de malabsorption avec des déficits vitaminiques et une déficience en lactase qui peut persister plusieurs semaines après le traitement.

Durée de la maladie

La giardiase peut se résoudre d'elle-même en quelques jours ou persister plusieurs mois.

Modes d'acquisition et de transmission

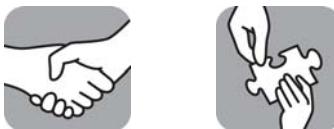
Acquisition

La giardiase s'acquiert à la suite de l'ingestion d'eau contaminée par des kystes de *Giardia* et, moins fréquemment, à la suite de l'ingestion d'aliments contaminés par des kystes ou de kystes présents sur les mains contaminées par les selles d'une personne infectée.

Très peu (10 à 25) de kystes de *G. lamblia* sont suffisants pour transmettre l'infection.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure de une à quatre semaines.

Période de contagiosité

La période de contagiosité persiste tant que les kystes sont excrétés dans les selles. Elle peut durer plusieurs mois.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la giardiase.

Immunité

La giardiase ne confère pas d'immunité permanente.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

- Recherche de parasites dans les selles.
- Détection d'antigènes dans les selles (immufluorescence et EIA).

♦ Exceptionnelles

- Identification de trophozoïtes par aspiration du liquide duodénal ou par biopsie jéjunale.

Traitement

♦ Spécifique

- Métronidazole pendant cinq à sept jours.
- En cas d'échec, le furazolidone, la nitazoxanide ou la quinacrine peuvent être utilisés, mais leur disponibilité varie.

♦ De soutien

Hydratation et remplacement électrolytique au besoin.

Particularités associées au service de garde

De 20 à 50 % des infections de giardiase en service de garde sont asymptomatiques. Le groupe des « trottineurs » est le plus à risque. Les enfants avec diarrhée ne devraient pas fréquenter les aires de baignade (piscines, pataugeoires, etc.).

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

On doit :

- prendre contact avec le service de garde dès l'apparition du premier cas;
- estimer le nombre d'enfants avec diarrhée dans le service de garde;
- identifier les contacts;
- vérifier l'approvisionnement en eau.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

- Exclure le sujet s'il présente des symptômes.
- Réadmettre lorsqu'un traitement approprié est amorcé et que le sujet est redevenu asymptomatique.

- Traiter le sujet même s'il est redevenu asymptomatique.
- Si le sujet prépare ou manipule des aliments, il peut réintégrer le service de garde 48 heures après la disparition des symptômes si les mesures d'hygiène recommandées sont bien suivies.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts les enfants et les membres du personnel du même groupe que le sujet ou de tout autre groupe dans lequel on a noté un nombre accru de cas de diarrhée.
- Remettre une lettre explicative (n° 1) à tous les contacts.
- Faire une recherche de *Giardia* dans les selles (deux échantillons à 24 heures d'intervalle) d'au plus cinq contacts qui présentent des symptômes au moment de l'enquête. S'informer des modalités auprès du laboratoire. Traiter les contacts dont le résultat est positif.
- Si une éclosion de *Giardia* est confirmée (deux cas et plus), faire une recherche de *Giardia* chez tous les contacts avec symptômes. S'informer des modalités auprès du laboratoire.
- Traiter les contacts dont le résultat est positif.
- Selon les services du laboratoire, le nombre de contacts et l'ampleur de l'éclosion, il peut être décidé de traiter empiriquement les contacts qui présentent des symptômes sans avoir fait de recherche de *Giardia*.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets. En situation d'éclosion, l'utilisation d'eau de Javel diluée 1 : 10 est recommandée.

Réviser la technique de changement de couches, prioriser l'utilisation de couches jetables, lingettes à usage unique et de gants au besoin (voir chapitre IV, section « Le changement de couches »).

Accorder une attention particulière à la désinfection des pataugeoires.

Suivi

Après la première intervention, surveiller l'apparition de nouveaux cas avec symptômes.

Si ceux-ci se déclarent dans les huit semaines qui suivent la première intervention, envisager une intervention plus large.

Considérer alors comme contacts tous les enfants et les membres du personnel du service de garde ainsi que les contacts familiaux des sujets. Remettre la lettre n° 2.

Envisager de faire une recherche de *Giardia* dans les selles de tous les contacts présentant des symptômes, et traiter tous ceux dont les résultats sont positifs.

Éviter les activités de baignade au service de garde.

Faire une nouvelle recherche de *Giardia* dans les selles des contacts qui présentent encore des symptômes deux semaines après la fin du traitement. Si le résultat est toujours positif, répéter le traitement.

Note : La recherche de parasites dans les selles ne permet pas toujours d'identifier les porteurs de *G. lamblia*, surtout si un seul échantillon est analysé.

Les enfants peuvent demeurer porteurs malgré le traitement. Parmi les porteurs de kystes, ceux qui présentent des selles liquides, peu importe la cause, sont le plus susceptibles de contaminer l'environnement et leurs compagnons.

L'infection asymptomatique ne semble pas préjudiciable à la santé des enfants et l'efficacité du traitement des porteurs asymptomatiques dans le contrôle des éclosions n'a pas été démontrée.

LETTRE AUX PARENTS (N° 1)

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Giardiase

Chers parents,

On signale présentement un cas de giardiase au service de garde. Cette maladie est causée par un parasite intestinal. Vous trouverez ci-joint de l'information sur cette maladie.

- Au cours des prochains jours, si votre enfant présente des symptômes compatibles avec cette maladie, consultez votre médecin ou votre CLSC et avisez le service de garde.
- Votre enfant présente des symptômes compatibles avec cette maladie. Nous vous demandons donc de fournir des échantillons de selles pour analyse. Le matériel nécessaire vous est fourni. Veuillez retourner les prélèvements de selles à : _____.

Nous vous aviserons des résultats de l'examen et des mesures à prendre si nécessaire.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

p. j. Renseignements et conseils pratiques

LETTRE AUX PARENTS (N° 2)

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Giardiase

Chers parents,

On signale présentement des cas de giardiase au service de garde. Cette maladie est causée par un parasite intestinal. Vous trouverez ci-joint de l'information sur cette maladie.

Nous sommes déjà intervenus auprès des personnes qui présentaient des symptômes, et malgré cela, d'autres cas se sont déclarés.

En conséquence, il est important que nous ayons des prélèvements des selles de toutes les personnes qui présentent des symptômes, pour analyse. Le matériel nécessaire vous est fourni.

Veuillez retourner le prélèvement à : _____.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

p. j. Renseignements et conseils pratiques

GIARDIASE

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS PRATIQUES

Définition

La giardiase est une infection intestinale causée par un parasite appelé *Giardia lamblia*. La maladie peut se manifester notamment par des selles fréquentes, pâles, graisseuses ou malodorantes, des crampes abdominales et un ballonnement abdominal. La maladie peut durer plusieurs mois si elle n'est pas traitée.

Transmission

Le parasite se transmet par contact avec les selles d'une personne infectée. Par exemple : un enfant infecté s'est mal lavé les mains après être allé aux toilettes, ce faisant il a contaminé des objets qu'un autre enfant a portés à sa bouche avec ses mains.

Prévention

On peut prévenir la maladie par les mesures d'hygiène habituelles, mais essentielles, soit :

- le lavage des mains :
 - après avoir changé un enfant de couche,
 - après avoir aidé un enfant à aller aux toilettes,
 - avant de manipuler des aliments,
 - avant de manger;
- le nettoyage et la désinfection des objets contaminés;
- la non-ingestion d'eau à l'occasion des baignades dans des lieux publics.

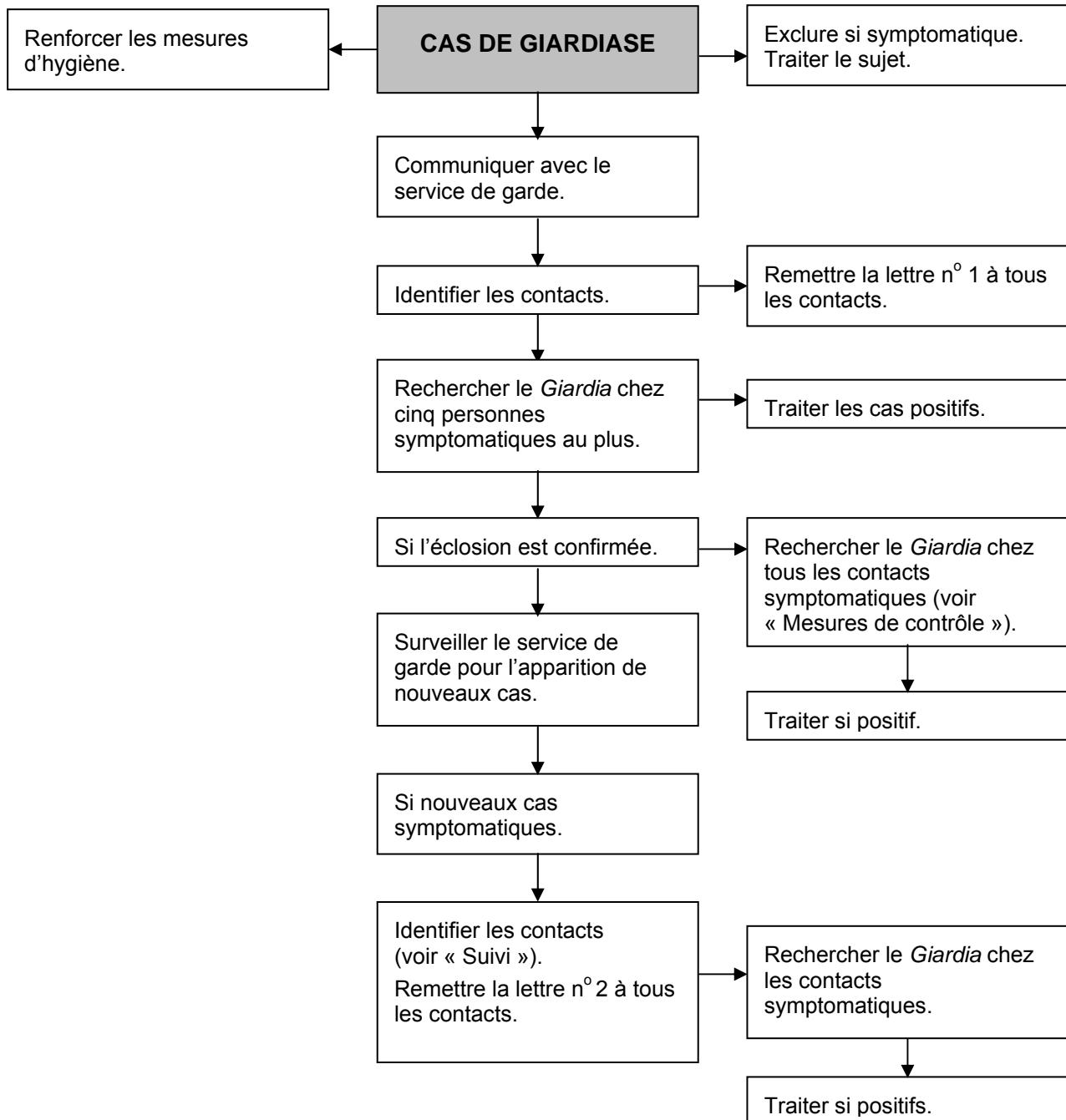
Cas de giardiase à la maison

Si un cas de giardiase se déclare dans votre famille, les selles de toutes les personnes présentant des symptômes de la maladie devraient être analysées, aux fins de recherche du parasite. Les membres de votre famille dont les résultats sont positifs devraient être traités.

Cas de giardiase au service de garde

La personne malade peut revenir au service de garde dès qu'un traitement adéquat est en cours et que les selles sont redevenues normales. Les enfants et le personnel en contact avec un cas de giardiase au service de garde et qui présentent les symptômes de l'infection devraient soumettre leurs selles à une analyse aux fins de recherche du parasite, et devraient être traités si les résultats sont positifs.

GIARDIASE ARBRE DÉCISIONNEL



GONORRHÉE

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La gonorrhée est une infection causée par une bactérie, le *Neisseria gonorrhoeae*, un diplocoque Gram négatif.

Tableau clinique

Chez le nouveau-né, la gonorrhée se présente sous forme de conjonctivite.

Chez l'enfant prépubère, l'infection atteint en général le tractus génital. La vaginite est la manifestation la plus fréquente chez la fillette. Elle doit faire suspecter un abus sexuel.

Chez l'adolescente sexuellement active, l'infection se manifeste habituellement par une urétrite, une atteinte inflammatoire pelvienne, une bartholinite ou une cervicite.

Chez l'homme, l'infection se manifeste par une urétrite ou une épididymite.

D'autres sites comme la gorge, le rectum et la conjonctive peuvent être infectés. Souvent asymptomatique, l'infection peut être systémique avec bactériémie et atteinte cutanée (gonococcémie) ou atteinte des articulations.

Complications

La gonorrhée peut entraîner les complications suivantes : atteinte inflammatoire pelvienne (10-20 %), salpingite, infertilité tubaire, bartholinite, bactériémie, arthrite, méningite, endocardite, périhépatite, atteinte cutanée et épididymite. En l'absence de prophylaxie, 3 % des enfants nés d'une mère infectée développeront une ophtalmie du nouveau-né.

Durée de la maladie

La gonorrhée persiste jusqu'à ce qu'elle soit adéquatement traitée.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

La gonorrhée se transmet presque exclusivement par relation sexuelle ou de la mère infectée à son nouveau-né pendant l'accouchement.

Transmission

Aucune transmission en service de garde.

Période d'incubation

La période d'incubation varie de deux à sept jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité peut durer des mois chez les personnes non traitées. La contagiosité cesse dès les premières heures suivant un traitement efficace.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la gonorrhée.

Immunité

La gonorrhée ne confère pas d'immunité contre les infections subséquentes.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

- Culture bactérienne.
- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN).

♦ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement

♦ Spécifique

Céphalosporine de troisième génération, tels le ceftriaxone ou la céfixime. Si allergie à ces céphalosporines, il faut utiliser la spectinomycine. Chez l'adulte, des quinolones peuvent être utilisées seulement si on a confirmé la sensibilité de la souche. Un traitement contre la chlamydia doit aussi être amorcé.

Particularités associées au service de garde

En présence d'une infection à *Neisseria gonorrhoeae* chez un enfant après la période néonatale, suspecter un abus sexuel et aviser la DPJ.

Particularités associées à la femme enceinte

La gonorrhée contractée pendant la grossesse peut donner lieu à un avortement spontané, à un accouchement prématuré, à une chorioamniotite aiguë et à une mortalité intra-utérine. L'infection peut être transmise au nouveau-né pendant l'accouchement.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

- Si conjonctivite purulente, exclure le sujet et le réintégrer avec l'accord du médecin.
- En présence d'une infection à *Neisseria gonorrhoeae* chez un enfant après la période néonatale, suspecter un abus sexuel et aviser la DPJ.

♦ Contacts

Aucune pour les contacts en service de garde.

Environnement

Pratiques de base (voir le chapitre III, section « Contrôle de la transmission des infections »).

Suivi

Aucun.

***HAEMOPHILUS INFLUENZAE* DE TYPE B (INFECTION INVASIVE À)**

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) est causée par l'un des six sérotypes de la bactérie *Haemophilus influenzae* ayant une capsule polysaccharidique, soit le type b, souche dotée d'un facteur de virulence important.

Tableau clinique

Les infections invasives causées par le Hib sont les suivantes : la méningite, l'épiglottite, la septicémie, la cellulite, l'arthrite septique et la pneumonie. Les manifestations cliniques varient selon le site atteint et sont généralement accompagnées de fièvre.

Complications

Le décès survient dans 5 % des cas de méningite et d'épiglottite; environ 20 à 45 % des survivants de la méningite ont des séquelles neurologiques, notamment la surdité et un retard développemental.

Durée de la maladie

La durée de l'infection invasive à Hib est variable.

Modes d'acquisition et de transmission

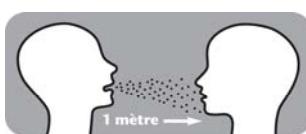
Acquisition

Le Hib s'acquiert à la suite de l'inspiration de gouttelettes projetées dans l'air par une personne infectée qui tousse ou qui éternue et qui se déposent sur les muqueuses respiratoires.

Les sécrétions nasales des personnes infectées contiennent une forte concentration de bactéries. On en retrouve occasionnellement en plus faible concentration dans la salive.

Transmission

Gouttelettes



Période d'incubation

La période d'incubation est inconnue. Elle est probablement de deux à quatre jours pour la méningite.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure aussi longtemps que la bactérie est présente dans les voies respiratoires. Le traitement parentéral n'élimine pas nécessairement l'état de porteur.

Réceptivité

Avant l'introduction du vaccin contre l'Hib dans le programme québécois d'immunisation (1992), environ 1 enfant sur 200 développait une forme invasive de la maladie au cours des cinq premières années de vie. Depuis, l'infection invasive à Hib est devenue rare, son incidence ayant diminué de près de 97 % chez les moins de 5 ans. On dénombre actuellement environ dix cas par année au Québec. Les enfants de moins de 4 ans non immunisés sont les plus à risque, surtout s'ils sont en contact prolongé avec une personne infectée. Le risque d'infection s'accroît pour les personnes avec asplénie anatomique ou fonctionnelle ou immunosupprimées et chez les personnes ayant reçu un implant cochléaire.

Immunité

L'infection invasive à Hib confère une immunité, sauf pour les enfants de moins de 24 mois.

Le vaccin confère une protection supérieure à 95 % contre les infections invasives à Hib.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

- Tableau clinique.
- Culture du sang, liquide céphalorachidien (LCR) et autres liquides biologiques.

♦ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement

♦ Spécifique

Antibiothérapie par voie parentérale. Pour éliminer l'état de porteur, on devra procéder à un traitement avec rifampicine avant la sortie du sujet de l'hôpital, sauf si celui-ci a été traité par ceftriaxone ou céfotaxime pendant au moins 24 heures.

♦ De soutien

- Déexamethasone pour la méningite à Hib.
- Hydratation, surveillance électrolytique et cardiorespiratoire, contrôle des convulsions.
- Pour l'épiglottite, sécuriser rapidement les voies respiratoires par intubation ou trachéostomie.

Particularités associées au service de garde

Les études démontrent que les enfants fréquentant un service de garde courent un risque plus élevé de contracter une infection invasive à Hib.

Particularités associées à la femme enceinte

Afin d'éliminer l'état de porteur, utiliser de la ceftriaxone, ne pas administrer de rifampicine.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Déclarer le cas à la Direction de santé publique.

Confirmer le diagnostic.

Identifier les contacts.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

Exclure l'enfant du service de garde et le réintégrer dès que son état de santé le permet et qu'il a reçu un antibiotique permettant d'éradiquer l'état de porteur.

◆ **Contacts**

Remettre une lettre aux parents des enfants considérés comme contacts et aux membres du personnel.

Contacts familiaux

- Considérer comme contact toute personne vivant dans la même maison que le sujet ou qui a été exposée à celui-ci quatre heures ou plus par jour pendant au moins cinq des sept jours précédent l'hospitalisation.
- Donner une chimioprophylaxie à tous les contacts, peu importe leur âge ou leur statut vaccinal, si la maison compte :
 - o un enfant de moins de 12 mois qui n'a pas reçu ses trois doses de la série primaire;
 - o un enfant âgé entre 12 et 48 mois et n'ayant pas reçu de dose de vaccin après l'âge de 15 mois, ou après l'âge de 12 mois s'il s'agit du vaccin Hiberix;
 - o un enfant immunosupprimé, peu importe son âge ou son statut vaccinal.
- Les enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés doivent recevoir une dose de vaccin. Leur calendrier d'immunisation doit ensuite être complété.

Service de garde en milieu familial

Utiliser la même approche que pour les contacts familiaux si le sujet fréquente le service de garde 20 heures ou plus par semaine.

Service de garde en installation

- Si le sujet fréquente le service de garde 20 heures ou plus par semaine, considérer comme contacts les enfants du même groupe et le personnel qui s'en occupe.
- En présence d'un cas d'infection invasive à Hib, l'indication d'une chimioprophylaxie est controversée.
- Pour les enfants de moins de 2 ans, l'intervention est la même que pour les contacts familiaux. Les enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés pour leur âge doivent compléter leur calendrier vaccinal.
- Si le service de garde n'accueille pas d'enfants de moins de 2 ans, la chimioprophylaxie n'est pas indiquée, peu importe le statut vaccinal des enfants. Toutefois, les enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés pour leur âge doivent compléter leur calendrier vaccinal.
- Si deux cas se déclarent à l'intérieur d'une période de 60 jours, administrer une chimioprophylaxie à tous les enfants et au personnel du service de garde.

Chimioprophylaxie

Une chimioprophylaxie à la rifampicine devrait être administrée aux contacts le plus rapidement possible. L'efficacité de la chimioprophylaxie pour prévenir les cas secondaires a été démontrée, même lorsqu'elle est commencée sept jours ou plus après l'hospitalisation du cas.

Rifampicine

- Enfant < 1 mois : 10 mg/kg/jour en une dose quotidienne, pendant quatre jours.
- Enfant > 1 mois : 20 mg/kg/jour en une dose quotidienne, pendant quatre jours (max. 600 mg/jour).

La rifampicine peut être préparée en suspension par le pharmacien. Dans ce cas, il est recommandé de prendre préalablement une entente avec lui.

Informez la personne des effets secondaires possibles : nausées, vomissements, diarrhée, étourdissements, céphalées dans 20 % des cas, coloration orangée des urines et des larmes, coloration permanente des lentilles cornéennes souples et diminution de l'efficacité des contraceptifs oraux.

Ne pas administrer ce médicament aux femmes enceintes (remplacer par de la ceftriaxone).

Ceftriaxone

Elle sera utilisée lorsque la rifampicine est contre-indiquée.

- Adulte : 250 mg, IM, en dose unique.
- Enfant < 15 ans : 125 mg, IM, en dose unique.

Environnement

Renforcer l'hygiène respiratoire (voir le chapitre IV).

Suivi

Pendant les deux mois qui suivent l'apparition d'un cas, n'admettre au service de garde que les enfants vaccinés adéquatement pour leur âge.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection à *Haemophilus Influenzae* de type b

Chers parents,

Un enfant fréquentant le service de garde est atteint d'une infection à *Haemophilus influenzae* de type b. La bactérie se retrouve dans le nez et la gorge des enfants et des adultes en bonne santé, mais elle peut causer des infections graves, telles que :

- la méningite (inflammation des enveloppes du cerveau);
- la pneumonie (infection des poumons);
- l'arthrite (inflammation des articulations);
- l'épiglottite (inflammation de l'épiglotte), qui se manifeste par de la fièvre, de la difficulté à avaler la salive, de la fatigue et une respiration rapide et difficile;
- la cellulite (inflammation des tissus cutanés ou de la peau).

Le calendrier de vaccination régulier de votre enfant comprend un vaccin très efficace qui protège contre l'*Haemophilus influenzae* de type b.

- D'après nos informations, votre enfant est adéquatement vacciné et n'a pas besoin de dose supplémentaire de vaccin.
- D'après nos informations, la vaccination de votre enfant est incomplète. Nous vous demandons de communiquer avec votre CLSC ou votre médecin dans les plus brefs délais afin de compléter sa vaccination.
- Nous n'avons aucune information sur la situation vaccinale de votre enfant. Pour remédier à cet état de fait, veuillez communiquer avec : _____.
- Votre enfant et ceux de son groupe devraient recevoir le plus tôt possible un traitement préventif à la rifampicine (un antibiotique) car la bactérie peut se transmettre en service de garde.

Ce traitement peut s'accompagner d'effets secondaires bénins : symptômes digestifs, coloration orangée des urines et des larmes et coloration permanente des lentilles cornéennes souples. Il est important que votre enfant prenne son traitement préventif au complet pour aider à enrayer cette infection et protéger la santé des vôtres et de tous ceux qui fréquentent le service de garde.

- Votre enfant n'a pas à recevoir de traitement préventif.

Si votre enfant présente de la fièvre ou des symptômes tels que ceux décrits ici, consultez votre médecin ou rendez-vous à l'urgence de votre CSSS le plus tôt possible. Apportez cette lettre avec vous.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

LETTRE AU PERSONNEL

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection à *Haemophilus influenzae* de type b

Bonjour,

Un enfant fréquentant le service de garde est atteint d'une infection à *Haemophilus influenzae* de type b. La bactérie se retrouve dans le nez et la gorge des enfants et des adultes en bonne santé, mais elle peut causer des infections graves, telles que : la méninrite (inflammation des enveloppes du cerveau), la pneumonie (infection des poumons), l'arthrite (inflammation des articulations), l'épiglottite (inflammation de l'épiglotte) qui se manifeste par de la fièvre, de la difficulté à avaler la salive, de la fatigue et une respiration rapide et difficile, la cellulite (inflammation des tissus cutanés ou de la peau).

Vous devrez recevoir un traitement préventif à la rifampicine le plus tôt possible afin de protéger les enfants du groupe et les vôtres. Il est important de suivre ce traitement au complet et tel qu'il est prescrit.

Ce traitement peut s'accompagner d'effets secondaires bénins : symptômes digestifs, coloration orangée des urines et des larmes, coloration permanente des lentilles cornéennes souples et diminution de l'efficacité des contraceptifs oraux. Il vaut mieux enlever vos lentilles cornéennes souples pendant toute la durée du traitement et jusqu'à 24 heures après la fin de la prise du médicament, et utiliser un autre moyen de contraception jusqu'à la fin du cycle menstruel.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

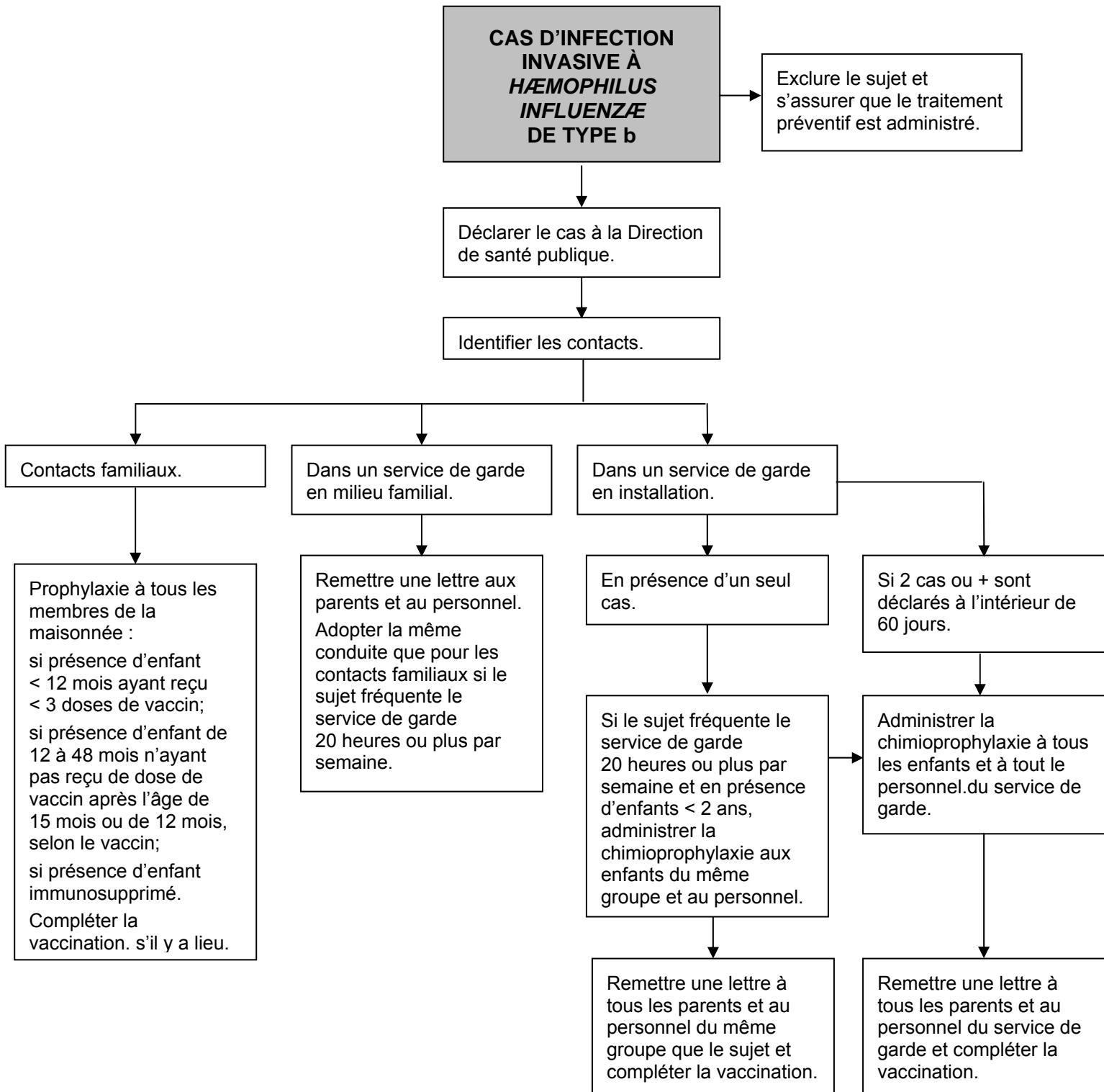
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

INFECTION INVASIVE À *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* DE TYPE b

ARBRE DÉCISIONNEL



HÉPATITE A

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'hépatite A est une infection du foie causée par le virus de l'hépatite A (VHA).

Tableau clinique

Chez l'enfant de moins de 6 ans, 70 % des hépatites A sont asymptomatiques ou causent des symptômes légers non spécifiques. Chez l'enfant plus âgé et chez l'adulte, l'infection se manifeste, dans plus de 70 % des cas, par des signes et des symptômes comme de la fièvre, de l'anorexie, des nausées, un malaise général et un ictere.

Complications

Il n'y a pas de porteur chronique.

L'hépatite A fulminante est rare. Elle survient le plus souvent chez les personnes ayant une maladie hépatique sous-jacente.

La mortalité varie de 0,3 à 0,6 %. Elle est plus élevée chez les adultes de plus de 50 ans, soit 1,8 %.

Durée de la maladie

L'hépatite A dure généralement de quatre à six semaines. Cependant, lorsque la maladie est plus grave, elle peut se prolonger plusieurs mois.

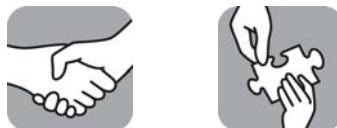
Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'hépatite A s'acquiert le plus souvent à la suite d'ingestion d'eau, d'aliments (en particulier les mollusques : moules, huîtres...) crus ou insuffisamment cuits, ou de liquides contaminés par les selles d'une personne infectée. Elle peut également s'acquérir au cours de relations sexuelles. Les personnes atteintes d'hépatite A et asymptomatiques peuvent transmettre l'infection.

Transmission:

- Contact direct
- Contact indirect



Note : Le virus peut survivre dans l'environnement de deux semaines à plusieurs mois, suivant les conditions.

Période d'incubation

La période d'incubation varie entre 15 et 50 jours, pour une moyenne de 28 à 30 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure de deux à trois semaines. Elle correspond à la période d'excrétion du virus dans les selles.

Elle commence et est à son maximum une à deux semaines avant le début de l'ictère ou du pic d'activité des enzymes hépatiques ou du début de la maladie s'il n'y a pas d'ictère ou de données suffisantes sur les enzymes hépatiques, et se termine généralement une semaine après.

Les enfants peuvent excréter le virus sur une période plus longue que les adultes, soit jusqu'à plusieurs mois après le début de la maladie.

Réceptivité

Toute personne n'ayant pas fait l'infection ou n'ayant pas reçu le vaccin est susceptible de contracter l'hépatite A.

Immunité

L'hépatite A confère une immunité permanente.

Le vaccin contre l'hépatite A offre une protection de plus de 95 % lorsqu'administré avant l'exposition. Le vaccin peut aussi protéger s'il est administré dans un délai de 14 jours suivant l'exposition. L'administration de plus d'une dose de vaccin confère une protection pour de nombreuses années.

Lorsqu'elles sont administrées à 0,02 ml/kg, les immunoglobulines humaines ou IG confèrent une immunité passive d'une durée maximale de trois mois.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

- Détection des IgM anti-VHA (infection récente). Ces IgM sont présentes dès le début de la maladie et disparaissent généralement à l'intérieur de quatre mois; occasionnellement, elles peuvent persister six mois ou plus.
- Dosage des IgG anti-VHA. Elles apparaissent peu de temps après les IgM et persistent pour la vie. La présence d'IgG anti-VHA témoigne de l'immunité.
- Dosage des enzymes hépatiques.

♦ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement

♦ Spécifique

Aucun.

♦ De soutien

Selon l'état clinique.

♦ Prophylactique

- Le vaccin monovalent ou les IG (0,02 ml/kg I.M.) peuvent être administrés en prophylaxie post-exposition (voir la section « Mesures à prendre »).
- Le vaccin ne sera pas administré aux nourrissons âgés de moins de 12 mois.
- Les personnes qui ont reçu au moins une dose de vaccin monovalent ou combiné contre l'hépatite A avant l'exposition n'ont pas besoin de recevoir de prophylaxie après une exposition. On profitera de l'occasion pour compléter la vaccination d'une personne qui aurait commencé sa vaccination et qui n'aurait pas reçu toutes les doses prévues au calendrier vaccinal.
- Les personnes qui pourraient ne pas répondre adéquatement au vaccin recevront à la fois le vaccin et les immunoglobulines. Ce sont les personnes immunodéprimées, les personnes infectées par le VIH, les personnes avec maladies chroniques du foie ou des reins, ainsi que les receveurs d'organes.

Particularités associées au service de garde

Les éclosions en service de garde sont survenues plus souvent dans les services où le nombre d'enfants est élevé et où il y a des enfants aux couches. L'infection étant souvent asymptomatique chez les enfants,

l'éclosion est reconnue lorsque des adultes en contact avec des enfants en service de garde (parents, personnel) sont atteints d'hépatite A symptomatique.

Au Québec, quelques éclosions d'hépatite A ont été rapportées.

Particularités associées à la femme enceinte

Adopter les mêmes mesures préventives que pour les autres contacts. La grossesse n'est pas une contre-indication à l'administration d'IG. L'innocuité du vaccin contre l'hépatite A chez la femme enceinte n'a pas été évaluée. Toutefois, le risque pour le fœtus est considéré comme négligeable.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Le plus souvent, on amorce une enquête dans un service de garde à la suite de la déclaration d'un cas d'hépatite A chez un adulte (personnel ou parent) en contact avec un enfant fréquentant le service de garde. S'il s'agit d'un parent, il faut procéder à la recherche d'IgM anti-VHA chez son enfant.

S'il s'agit d'un cas d'hépatite A parmi le personnel ou chez un enfant, une visite au service de garde est recommandée pour :

- identifier les contacts;
- examiner la possibilité d'une source alimentaire commune lorsque plusieurs cas surviennent simultanément (voir la section « Intoxication alimentaire »);
- vérifier l'application des mesures d'hygiène (lavage des mains, nettoyage et désinfection du matériel et des jouets, technique de changement de couches);
- organiser l'intervention.

Mesures de contrôle

♦ **Sujet**

- Exclure le sujet du service de garde jusqu'à une semaine après l'apparition de l'ictère ou de la maladie, ou jusqu'à ce que tous les contacts aient reçu un traitement prophylactique.
- Le sujet ne doit pas préparer ou manipuler d'aliments durant sa période de contagiosité.
- Remettre la lettre n° 1.

♦ **Contacts**

1. S'il s'agit d'un service de garde en milieu familial, considérer comme contacts tous les enfants et les membres du personnel du service de garde, toutes les personnes vivant sous ce toit ainsi que les membres de la famille du cas.

- o Administre le vaccin contre l'hépatite A à tous les contacts réceptifs âgés de 1 an ou plus.
- o Administre les IG aux contacts de moins de 1 an.
- o Remettre la lettre no 2 aux contacts.

- o Administre le vaccin à tout nouvel enfant âgé de 1 an ou plus et à tout membre du personnel admis au service de garde dans les six semaines suivant l'apparition du dernier cas.

2. S'il s'agit d'un service de garde en installation (CPE et garderie), la définition de contact varie selon que le service admette des enfants aux couches ou non.

- 2.1 Si le service de garde n'admet pas d'enfants aux couches, considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe que le cas.

- o Administre le vaccin contre l'hépatite A à tous les contacts réceptifs.
- o Remettre la lettre no 3 à tous les contacts.
- o Administre le vaccin à tout nouvel enfant et à tout membre du personnel admis dans le groupe du cas dans les six semaines suivant l'apparition du dernier cas.

2.2 Si le service de garde admet des enfants aux couches, il faut alors considérer que le VHA peut avoir déjà été largement transmis dans le milieu de garde et dans les familles particulièrement celles des enfants aux couches. La notion de contact sera plus ou moins étendue selon la situation, A ou B.

◆ **Situation A**

- Un cas est déclaré parmi les enfants, le personnel ou les familles de deux enfants (de différentes familles) fréquentant le service de garde.
- Considérer comme contacts tous les enfants et le personnel du service de garde ainsi que les membres de la famille des cas.
- Administrer le vaccin contre l'hépatite A à tous les contacts réceptifs âgés de 1 an ou plus.
- Administrer les IG aux contacts de moins de 1 an.
- Remettre la lettre n° 2 à tous les contacts.
- Administrer le vaccin à tout nouvel enfant âgé de 1 an ou plus et à tout membre du personnel admis au service de garde dans les six semaines suivant l'apparition du dernier cas.

◆ **Situation B**

- Il y a éclosion si l'infection est détectée dans trois familles ou plus.
- Considérer comme contacts tous les enfants et le personnel du service de garde, la famille de tous les enfants aux couches ainsi que les membres de la famille des cas.
- Administrer le vaccin contre l'hépatite A à tous les contacts réceptifs âgés de 1 an ou plus.
- Administrer les IG aux contacts de moins de 1 an.
- Remettre la lettre n° 4 aux contacts.
- Administrer le vaccin seul à tout nouvel enfant et à tout membre du personnel admis au service de garde dans les six semaines suivant l'apparition du dernier cas.

Pour toutes ces situations :

Surveiller l'apparition d'ictère ou d'autres symptômes compatibles avec l'hépatite A chez les contacts et diriger toute personne présentant ces symptômes vers un médecin. Toute personne qu'on soupçonne de souffrir d'hépatite A devrait être soumise à une recherche d'IgM anti-VHA. Si le test se révèle positif, voir la rubrique « Sujet ».

Note : Lorsqu'on administre des IG à des enfants, toujours penser à reporter de trois mois une vaccination prévue contre la rougeole, la rubéole et les oreillons et une vaccination contre la varicelle. Reporter la vaccination contre le rotavirus de 42 jours.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Réviser la technique de changement de couches; prioriser l'utilisation de couches jetables, de lingettes à usage unique et de gants au besoin (voir chapitre IV, section « Le changement de couches »).

Suivi

Surveiller le service de garde et les familles des enfants pendant les six semaines suivant l'apparition du dernier cas.

LETTRE n° 1

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Hépatite A

Chers parents,

Votre enfant est atteint d'hépatite A. Cette maladie virale peut être contagieuse pour les enfants et les adultes qui se trouvent en contact avec lui. Pour cette raison, nous vous demandons de garder votre enfant à la maison jusqu'au _____. Il pourra réintégrer le service de garde par la suite. Par ailleurs, pour votre protection et celle de votre famille, nous recommandons aux personnes habitant votre maison de recevoir un vaccin (pour les personnes âgées de 1 an ou plus) ou une injection d'immunoglobulines, c'est-à-dire des anticorps (pour les enfants de moins de 1 an). Pour obtenir des renseignements à ce sujet, vous pouvez communiquer avec : _____.

Pour obtenir plus d'information sur les caractéristiques de la maladie et sa prévention, nous vous suggérons de lire les renseignements et conseils pratiques ci-joints.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

p. j. Renseignements et conseils pratiques

LETTRE n° 2

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Hépatite A

Chers parents,

Une personne du service de garde souffre présentement d'hépatite A. Cette maladie peut causer un malaise général pour une période de quelques semaines, accompagné ou non d'une jaunisse. La maladie est moins grave chez les enfants que chez les adultes. Pour plus de renseignements sur la maladie, consultez le document ci-joint.

Pour prévenir la maladie, on recommande pour votre enfant un traitement préventif, soit un vaccin s'il est âgé de 1 an ou plus, ou une injection d'immunoglobulines (anticorps) s'il est âgé de moins de 1 an. Il est important que tous les enfants reçoivent ce traitement préventif, afin d'enrayer la propagation de la maladie. Les parents des enfants n'ont pas à recevoir ce traitement. Nous vous demandons de vous présenter avec votre enfant à l'adresse suivante : _____.

Si votre enfant, vous-même ou une personne habitant votre maison présente, au cours des prochaines semaines, de la jaunisse ou des symptômes compatibles avec l'hépatite A, nous vous demandons de consulter un médecin ou votre CLSC et d'aviser immédiatement le service de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

p. j. Renseignements et conseils pratiques

LETTRE n° 3

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Hépatite A

Chers parents,

Une personne du service de garde souffre présentement d'hépatite A. Cette maladie peut causer un malaise général pour une période de quelques semaines, accompagné ou non d'une jaunisse. La maladie est moins grave chez les enfants que chez les adultes. Pour plus de renseignements sur la maladie, consultez le document ci-joint.

Pour prévenir la maladie, on recommande que votre enfant reçoive un vaccin. Il est important que tous les enfants du groupe reçoivent ce vaccin, afin d'enrayer la propagation de la maladie. Les parents des enfants n'ont pas à le recevoir. Nous vous demandons de vous présenter avec votre enfant à l'adresse suivante : _____.

Si votre enfant, vous-même ou une personne habitant votre maison présente, au cours des prochaines semaines, de la jaunisse ou des symptômes compatibles avec l'hépatite A, nous vous demandons de consulter un médecin ou votre CLSC et d'aviser immédiatement le service de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

p. j. Renseignements et conseils pratiques

LETTRE n° 4

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Hépatite A

Chers parents,

Des cas d'hépatite A sont présentement signalés au service de garde. Cette maladie peut causer un malaise général pour une période de quelques semaines, accompagné ou non d'une jaunisse. La maladie est moins grave chez les enfants que chez les adultes. Vous trouverez ci-joints quelques renseignements et conseils pratiques au sujet de cette maladie.

- Pour prévenir la maladie, on recommande pour votre enfant un vaccin s'il est âgé de 1 an ou plus, ou une injection d'immunoglobulines (anticorps) s'il est âgé de moins de 1 an. Il est important que tous les enfants reçoivent ce traitement préventif, afin d'enrayer la propagation de la maladie. Nous vous demandons de vous présenter avec votre enfant à l'adresse suivante : _____.
- Puisque la maladie risque de se propager, nous recommandons de faire administrer un vaccin (pour les personnes âgées de 1 an ou plus) ou une injection d'immunoglobulines (pour les enfants de moins de 1 an) à toutes les personnes habitant votre maison. Cette recommandation ne concerne que les familles qui ont un enfant aux couches inscrit au service de garde. Pour obtenir de l'information à ce sujet, vous pouvez communiquer avec : _____.

Si votre enfant, vous-même ou un membre de votre maison présente, au cours des prochaines semaines, une jaunisse ou des symptômes compatibles avec l'hépatite A, nous vous demandons de consulter un médecin ou votre CLSC et d'aviser immédiatement le service de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

p. j. Renseignements et conseils pratiques

HÉPATITE A

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS PRATIQUES

Définition

L'hépatite A est une infection causée par un virus qui s'attaque au foie. La plupart des enfants d'âge préscolaire n'ont pas de symptômes ou présentent une maladie bénigne. La maladie est par contre plus grave chez les enfants plus âgés et les adultes.

Symptômes

La maladie se manifeste habituellement par de la fièvre, un malaise général, de la fatigue, une perte d'appétit, des nausées et des vomissements, ainsi que de l'inconfort abdominal. L'infection peut aussi causer une jaunisse (peau jaune et blanc des yeux jaune), une urine foncée (couleur coca-cola) et des selles pâles. La jaunisse est plus fréquente chez les adultes.

Transmission

Le virus est présent dans les selles de la personne malade. Il peut se transmettre d'une personne à une autre par l'eau, les aliments, les breuvages ou les objets (ex. : jouets) contaminés par les mains insuffisamment lavées. Il peut aussi se transmettre par relations sexuelles avec une personne infectée. Les personnes atteintes d'hépatite A et qui ne présentent pas de symptômes peuvent quand même transmettre l'infection.

Contagiosité

Le virus est présent dans les selles de la personne malade environ deux semaines avant le début de la jaunisse ou de la maladie, et jusqu'à une semaine après. Une personne atteinte est considérée comme contagieuse pendant cette période. Elle ne doit pas préparer d'aliments ou de boissons pour d'autres personnes, ni donner de soins, ni fréquenter un service de garde.

Prévention

Immunisation

L'administration soit d'un vaccin (pour les personnes âgées de 1 an ou plus) ou d'une injection d'immunoglobulines est un moyen efficace de prévention après qu'il y ait eu exposition à l'hépatite A. Le vaccin se donne aussi avant une exposition, par exemple avant un voyage dans un pays à risque. La vaccination est le meilleur moyen de se protéger contre l'hépatite A et ses complications.

Les immunoglobulines sont des anticorps venant de plusieurs donneurs de sang. Elles ont été testées contre les différents virus et ont été traitées pour détruire les virus qui auraient pu échapper aux tests de dépistage.

L'administration d'immunoglobulines peut nuire à l'efficacité du vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, du vaccin contre la varicelle ainsi que du vaccin contre le rotavirus. Si votre enfant doit recevoir un ou plusieurs de ces vaccins, demandez à l'infirmière quel est l'intervalle à respecter.

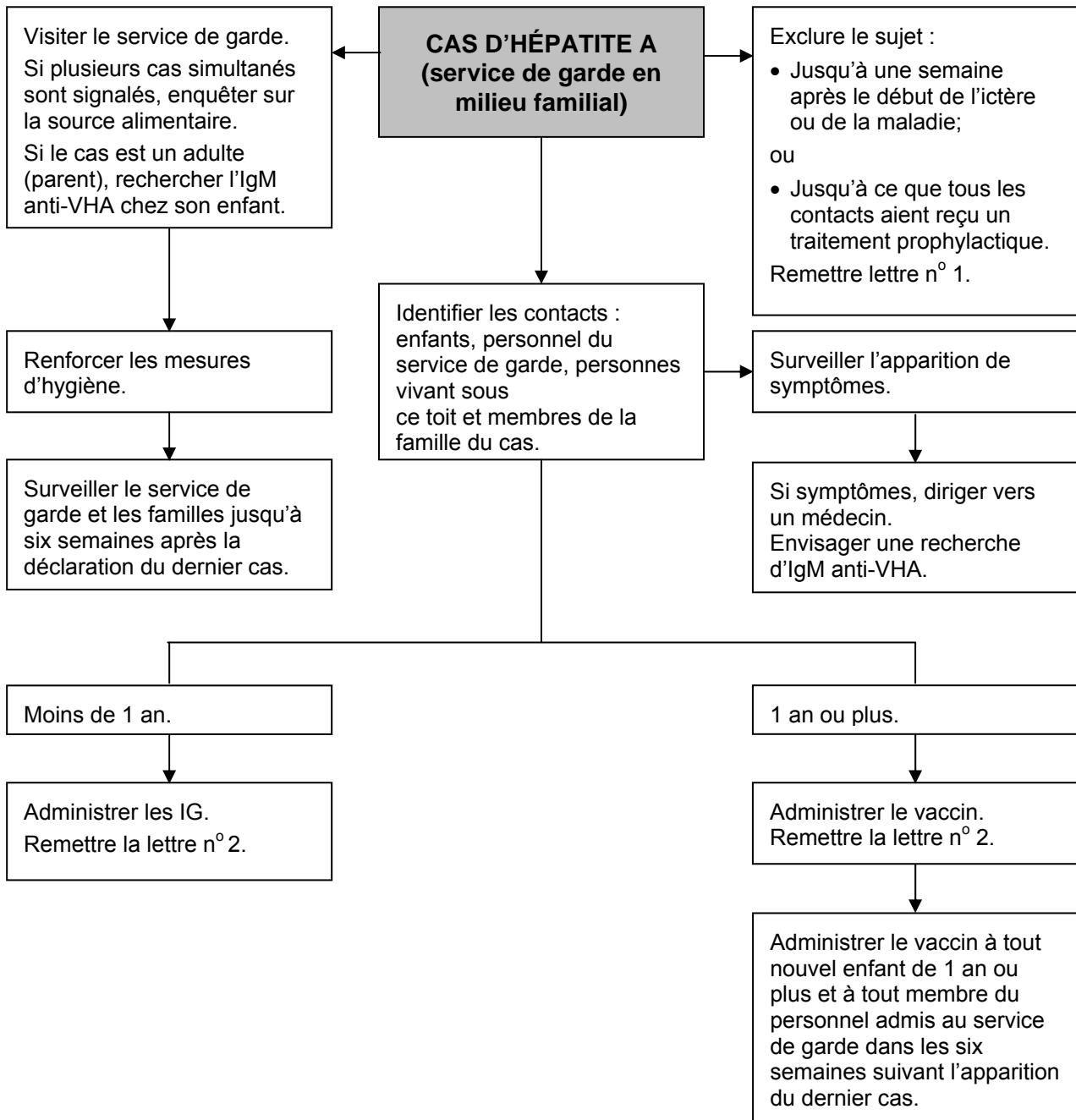
Hygiène

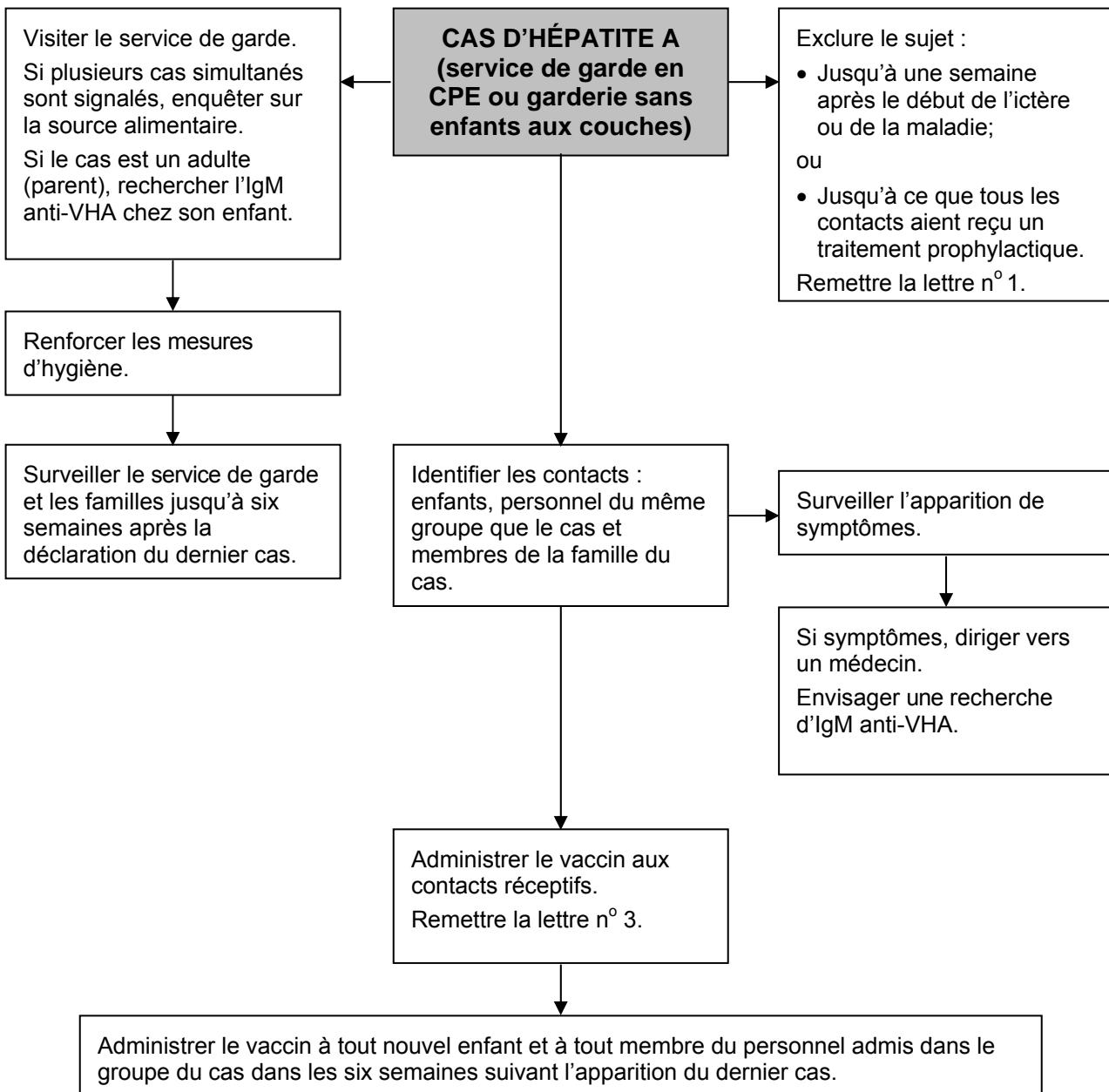
La prévention repose aussi sur de bonnes mesures d'hygiène :

- Le lavage des mains.
Il est particulièrement important de se laver les mains :
 - après avoir changé un enfant de couche (ne pas oublier de laver les mains de l'enfant);
 - après avoir aidé un enfant à aller aux toilettes (aider l'enfant à se laver les mains);
 - avant de manipuler des aliments;
 - avant de manger ou de boire.
- Le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.
- Une technique adéquate de changement de couches.

HÉPATITE A

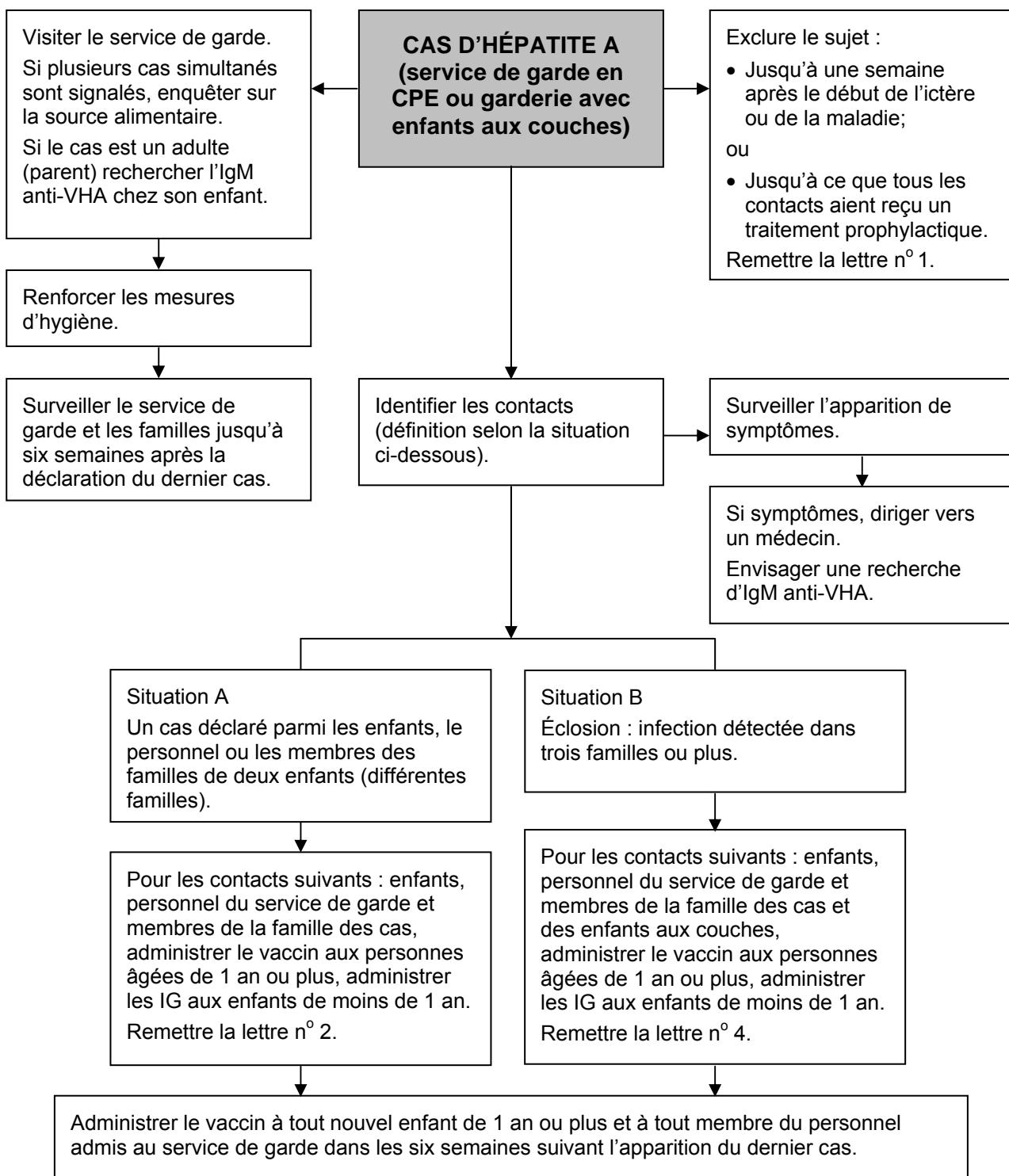
ARBRE DÉCISIONNEL



HÉPATITE A**ARBRE DÉCISIONNEL**

HÉPATITE A

ARBRE DÉCISIONNEL



HÉPATITE B

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'hépatite B est une infection du foie causée par le virus de l'hépatite B (VHB).

Tableau clinique

Les symptômes de l'hépatite B aiguë sont l'anorexie, la fièvre, les malaises généraux, les nausées, l'ictère et parfois un rash et des arthralgies. L'hépatite B aiguë est surtout déclarée chez les personnes de 25 ans ou plus, et elle est plus fréquente en région urbaine qu'en région rurale.

De 90 à 95 % des enfants atteints d'hépatite B aiguë sont asymptomatiques.

Les porteurs chroniques du virus de l'hépatite B n'ont habituellement aucun symptôme.

Complications

- Hépatite fulminante chez 0,1 à 0,5 % des personnes atteintes d'hépatite B aiguë.
- Évolution vers l'état de porteur chronique : 90 % des enfants infectés à la naissance, 30 % des enfants infectés entre l'âge de 1 et 5 ans, et 5 % des adultes.
- Hépatite chronique active, cirrhose ou cancer du foie chez 15 à 25 % des porteurs chroniques.

Durée de la maladie

Les personnes atteintes d'hépatite B aiguë guérissent sans traitement moins de six mois suivant le début de l'infection. Chez les individus qui deviennent porteurs chroniques, l'infection dure en général toute la vie.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Le virus de l'hépatite B se retrouve surtout dans le sang et les sécrétions génitales d'une personne infectée. Il est présent dans la salive à des concentrations de 1 000 à 10 000 fois moindres que dans le sang. Les autres liquides biologiques, comme les vomissures, l'urine et les selles, ne sont infectieux que s'ils sont visiblement teintés de sang.

Le VHB s'acquiert principalement par relation sexuelle, par voie sanguine à l'occasion d'un contact percutané avec du sang (piqûre d'aiguille, partage de matériel d'injection chez les utilisateurs de drogues injectables...), ou par transmission de la mère à l'enfant pendant l'accouchement. Le VHB peut aussi se transmettre par contact d'une muqueuse ou d'une plaie fraîche avec un liquide biologique infectieux. La salive est considérée comme infectieuse dans le cas des morsures avec bris de peau ou lorsqu'elle est visiblement teintée de sang.

Le virus de l'hépatite B peut aussi être acquis à la suite de contacts répétés sur des périodes prolongées avec une personne infectée, (personnes vivant sous le même toit, par exemple). Bien que le mécanisme de transmission ne soit pas bien connu, on croit que des contacts inapparents du sang avec des plaies fraîches ou des lésions dermatologiques, particulièrement dans le cas des jeunes enfants, ou encore le partage d'articles personnels, tels que des brosses à dents ou des rasoirs, sont les modes de transmission les plus plausibles.

Le VHB **ne se transmet pas** par les aliments, la toux, les éternuements, les sièges de toilettes, les larmes ni par un simple contact social comme une accolade ou un jeu. Le virus de l'hépatite B peut survivre

jusqu'à une semaine sur les surfaces, toutefois aucune transmission par cette voie n'a été rapportée. Il est facilement détruit par une solution d'eau de Javel.

Transmission

Exposition des muqueuses ou percutanée à des liquides biologiques infectieux.



Période d'incubation

La période d'incubation dure de 45 à 180 jours, en moyenne de 60 à 90 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que le virus est présent dans le sang. En phase aiguë de la maladie, le virus est présent dans le sang quelques semaines avant l'apparition des symptômes et pour les trois à six mois qui suivent. Chez les personnes qui évoluent vers un état de porteur chronique, le virus est généralement présent dans le sang toute la vie. Les personnes chez qui on retrouve l'antigène « e » (HBeAg) transmettent plus facilement l'infection que les autres.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'hépatite B.

Immunité

Les anticorps (anti-HBs) produits à la suite de l'infection confèrent une immunité permanente. Les individus qui demeurent porteurs du virus ne développent pas d'anticorps protecteurs.

Actuellement, deux vaccins monovalents contre l'hépatite B et un vaccin combiné avec celui de l'hépatite A sont disponibles au Canada. La vaccination complète confère un taux protecteur d'anticorps chez 90 à 95 % des enfants et des jeunes adultes en bonne santé.

L'administration d'immunoglobulines (0,06 ml/kg IM), ou HBIG, confère une immunité passive. Elle est utilisée en combinaison avec le vaccin après une exposition récente à du sang ou à des liquides biologiques infectieux.

Méthodes diagnostiques

♦ **Habituelles**

Sérologie hépatite B :

- HBsAg : indique une infection aiguë ou un état de porteur chronique;
- anti-HBs : témoigne de l'immunité;
- anti-HBc IgM : témoigne d'une hépatite B aiguë;
- anti-HBc totaux : sont détectables toute la vie chez les personnes qui ont été infectées.

♦ **Exceptionnelles**

Charge virale du VHB : utile seulement chez les porteurs chroniques du virus que l'on prévoit traiter ou pour évaluer la réponse au traitement.

Traitements

♦ **Spécifique**

Des médicaments, tels que l'interféron-alfa, la lamivudine, l'adefovir et l'entecavir, permettent de traiter certains cas d'infection chronique. Il n'existe aucun traitement pour l'infection aiguë.

♦ **Prophylactique**

L'administration d'immunoglobulines (HBIG à 0,06 ml/kg IM) et du vaccin contre l'hépatite B est recommandée à la suite d'une exposition significative à du sang ou à des liquides biologiques infectieux.

Particularités associées au service de garde

De rares cas de transmission du VHB entre enfants en service de garde ont été rapportés aux États-Unis et dans certains pays d'Asie. Par ailleurs, on signale d'autres cas d'enfants ou d'adultes atteints d'hépatite B qui ont fréquenté un service de garde sans qu'il y ait transmission, malgré un contact prolongé. Le risque de transmission du VHB en service de garde en présence d'un enfant ou d'un adulte porteur est jugé minime en l'absence de plaie fraîche, de dermatite généralisée, de condition médicale favorisant le saignement ou de comportement agressif.

Même si la prévalence de l'hépatite B chronique n'est pas connue pour les enfants d'âge préscolaire, on peut croire qu'elle est très faible au Québec. Les programmes de dépistage et de vaccination concourent à la faible prévalence de l'hépatite B au Québec.

Cependant, certaines situations tels les morsures avec bris de peau, les expositions accidentelles au sang, le partage fortuit de brosses à dents et les contacts quotidiens, peuvent susciter des inquiétudes en service de garde.

- Les morsures

Les enfants infectés par le virus de l'hépatite B sont peu susceptibles de transmettre l'infection par morsure. En effet, selon deux études réalisées en service de garde, seulement 2 % des morsures d'enfants percent la peau; de plus, lorsque l'enfant mordu est porteur du VHB, le risque est minime pour l'enfant qui mord car sa bouche ne resterait pas suffisamment longtemps sur la victime pour qu'il soit exposé à son sang.

- Les expositions accidentelles au sang

Une peau saine constitue une barrière efficace à l'entrée du virus. Pour être transmis, le VHB doit être en contact avec une plaie fraîche, soit une plaie qui a saigné au cours des dernières 24 heures, une muqueuse (nez, bouche, œil) ou le sang par contact percutané.

- Le partage de brosses à dents

Le VHB peut se transmettre s'il y a partage de brosses à dents entre enfants dont l'un est infecté car les gencives peuvent saigner au moment du brossage.

- Les contacts quotidiens

L'hépatite B ne se transmet pas au cours des contacts sociaux quotidiens.

Particularités associées à la femme enceinte

Une mère porteuse chronique du virus peut transmettre l'infection à son nouveau-né pendant l'accouchement, particulièrement si elle est HBeAg positive. La transmission se fait durant la grossesse dans moins de 2 % des cas. Un traitement prophylactique est offert aux nouveau-nés des mères porteuses du virus de l'hépatite B.

La vaccination contre le VHB n'est pas contre-indiquée pour la femme enceinte.

MESURES À PRENDRE

Enquête

On doit évaluer le risque de transmission du virus en tenant compte d'un comportement agressif ou d'une condition médicale favorisant le saignement chez l'enfant porteur du VHB.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- Ne pas exclure le sujet sauf dans le cas de l'hépatite B aiguë, si le sujet ne peut participer aux activités du service de garde.
- Si le sujet est porteur chronique du VHB, le vacciner contre l'hépatite A pour sa protection personnelle.
- Afin de faciliter la prise en charge des expositions accidentelles au sang, il est pertinent d'encourager le sujet (ou son parent) à dévoiler son statut au regard du VHB à une personne-ressource, comme la personne responsable du service de garde. Cependant, aucune pression ne doit être exercée sur le sujet (ou son parent).

◆ Contacts

- Dans les CPE et les garderies, considérer comme contacts tous les enfants et le personnel du service de garde. Le risque de transmission du virus de l'hépatite B en service de garde est faible, mais compte tenu de la disponibilité d'un vaccin efficace, on offrira le vaccin à **tous les contacts d'un enfant** atteint d'hépatite B aiguë ou porteur chronique du VHB.
- En service de garde en milieu familial, considérer comme contacts tous les enfants et tous les membres de la maisonnée. Vacciner contre le VHB **tous les contacts d'une personne**, enfant ou adulte, atteinte d'hépatite B aiguë ou porteuse chronique. Cependant, chaque service de garde en milieu familial doit être évalué au regard de la disposition du service de garde à l'intérieur de la résidence (espaces partagés ou non) et de la personne atteinte (personne en contact ou non avec les enfants) afin qu'une décision individualisée soit prise.
- Pour plus d'information sur les indications de vaccination, voir le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) ou le Guide d'intervention sur l'hépatite B.
- Remettre une lettre à tous les contacts.
- En cas d'exposition accidentelle au sang ou en cas de morsure avec bris de peau, on doit diriger les personnes exposées le plus rapidement possible vers leur CSSS ou un centre hospitalier, selon l'organisation locale, pour évaluation et prophylaxie postexposition si indiqué.

Environnement

Pratiques de base (voir le chapitre III, section « Contrôle de la transmission des infections »).

S'assurer que les brosses à dents ne sont pas partagées et qu'elles sont rangées correctement (voir le chapitre IV, section « Le brossage des dents »).

Suivi

À la suite de la déclaration d'un cas :

- fournir au personnel toute l'information et tout le soutien nécessaires;
- donner aux parents les renseignements nécessaires à la compréhension de la maladie, des modes et des risques de transmission, des pratiques de base, de la vaccination contre l'hépatite B ainsi que des raisons justifiant la vaccination au service de garde, et ce, dans le respect de la confidentialité;
- si cela s'avère pertinent, organiser des séances d'information pour les parents;
- faire un suivi de la vaccination et de l'application des mesures de prévention.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Hépatite B

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, une personne est atteinte d'hépatite B.

L'hépatite B est une infection du foie causée par un virus. Les enfants infectés présentent en général peu ou pas de symptômes, mais peuvent demeurer porteurs du virus toute leur vie. À long terme, l'infection par le virus de l'hépatite B peut causer des dommages au foie allant jusqu'à la cirrhose.

L'hépatite B se transmet principalement par le sang, par relation sexuelle ou par la mère à l'enfant pendant l'accouchement. L'hépatite B ne se transmet pas par l'air, les ustensiles, les accolades ou les baisers.

En service de garde, le risque de transmission est faible. Cependant, le virus pourrait être transmis d'une personne infectée à une autre personne à l'occasion d'une morsure avec bris de peau, d'un contact entre le sang et une muqueuse (ex. : bouche) ou une plaie fraîche, ou du partage accidentel de brosses à dents.

Toutes les mesures pour éviter le contact avec du sang ou le partage de brosses à dents sont déjà appliquées au service de garde; elles font partie des mesures de prévention de routine.

Il existe un vaccin contre l'hépatite B, qui est administré gratuitement à tous les enfants en 4^e année du primaire. Étant donné la présence d'une personne atteinte d'hépatite B au service de garde, nous vous offrons la possibilité de faire vacciner votre enfant contre l'hépatite B maintenant plutôt qu'en 4^e année. À ce sujet, vous pouvez communiquer avec _____.

Pour toute question supplémentaire, vous pouvez communiquer avec _____, ou vous présenter au service de garde le _____ : une séance d'information y sera donnée.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

HÉPATITE C

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'hépatite C est une infection du foie causée par le virus de l'hépatite C (VHC). On estime qu'environ 0,8 % de la population canadienne est infectée par le VHC.

Tableau clinique

L'hépatite C est une infection aiguë souvent asymptomatique ou qui se manifeste par de légers symptômes non spécifiques comme la fatigue, l'anorexie, les malaises généraux et, rarement, l'ictère. Environ 75 % des personnes infectées évolueront vers une infection chronique du foie avec une virémie prolongée. Parmi celles-ci, 5 à 20 % développeront une cirrhose. Chez les enfants, l'hépatite C sera le plus souvent bénigne et asymptomatique. L'infection chronique, peu symptomatique et moins fréquente que chez l'adulte, conduira rarement à une cirrhose. Une fatigue persistante ou intermittente et des malaises généraux peuvent se manifester au cours d'infections chroniques qui demeurent souvent sans symptômes. L'hépatite fulminante est rare.

Complications

L'hépatite C peut entraîner une maladie chronique du foie, dont la cirrhose et le cancer du foie, apparaissant après plus de vingt ans d'évolution.

Durée de la maladie

La durée de l'hépatite C est variable dans les cas d'infection aiguë. Les symptômes disparaissent graduellement chez la majorité de ces patients. La maladie dure toute la vie dans les cas d'infection chronique.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'hépatite C s'acquiert principalement par voie sanguine, auparavant par transfusion de sang ou de produits sanguins, et actuellement surtout par partage de seringues ou d'aiguilles contaminées. La transmission sexuelle est possible, mais le risque est faible en l'absence d'autres facteurs de risque. La transmission à une personne vivant sous le même toit est très rare et la transmission périnatale est estimée autour de 5 %. La transmission du VHC par l'allaitement maternel n'a pas été démontrée. Deux cas de transmission possible par morsure, dans un contexte de bagarre entre adultes (l'une dans un bar, l'autre au domicile) ont déjà été rapportés. Dans ces situations, il est probable qu'il y ait eu présence de sang dans la salive.

Transmission

Exposition des muqueuses ou percutanée à des liquides biologiques infectieux.



Période d'incubation

La période d'incubation dure de 6 à 7 semaines, et peut s'étendre de 2 à 24 semaines.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que le VHC est présent dans le sang et précède de plusieurs semaines l'apparition des symptômes et la détection des anti-VHC.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'hépatite C.

Immunité

Les anticorps contre le VHC apparaissent entre 2 et 15 semaines, en moyenne 8 semaines, après l'exposition. Chez la majorité des personnes infectées, la réponse immunitaire est insuffisante pour combattre l'infection et ne procure pas d'immunité protectrice.

Il existe plusieurs génotypes du VHC. Les réinfections sont possibles avec les mêmes génotypes ou avec des génotypes différents.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

◆ Habituelles

Sérologie anti-VHC.

Note : Ce test n'est pas valide chez les enfants de moins de 12 mois en raison de la présence possible des anticorps maternels.

◆ Exceptionnelles

Détection de l'ARN du VHC par des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN).

Traitement

◆ Spécifique

Des médicaments tels que l'interféron-alfa et la ribavirine permettent de traiter certains cas d'infection chronique.

◆ Prophylactique

Les gammaglobulines ne sont pas utiles après une exposition au virus de l'hépatite C.

Particularités associées au service de garde

Aucun cas de transmission d'hépatite C n'a été rapporté dans les services de garde. Un enfant infecté par le VHC ne représente pas un risque de transmission du virus aux autres enfants par les contacts de la vie courante (boire dans le même verre, donner une accolade, partager des jeux, utiliser le même siège de toilettes, etc.). Le risque de transmission du VHC en service de garde, en présence d'un enfant ou d'un adulte infecté, est jugé minime en l'absence de plaie fraîche, de dermatite généralisée, de condition médicale favorisant le saignement ou de comportement agressif.

Même si la prévalence de l'hépatite C n'est pas connue pour les enfants d'âge préscolaire, on peut croire qu'elle est très faible au Québec.

Cependant, certaines situations, tels les morsures avec bris de peau, les expositions accidentnelles au sang, le partage fortuit de brosses à dents et les contacts quotidiens, peuvent susciter des inquiétudes en service de garde.

– Les morsures

Aucune transmission à la suite d'une morsure n'a été rapportée en service de garde. Un seul cas anecdotique de transmission du VHC à la suite d'une morsure par une personne infectée a été rapporté. Toutefois, malgré ce rapport anecdotique, on ne devrait pas considérer une morsure avec bris cutané comme comportant un risque potentiel d'infection par le VHC, sauf si l'enfant qui a mordu avait du sang dans la bouche.

– Les expositions accidentnelles au sang

Une peau saine constitue une barrière efficace à l'entrée du virus. Pour être transmis, le VHC doit être en contact avec une muqueuse (nez, bouche, œil) ou une plaie fraîche, soit une plaie qui a saigné au cours des dernières 24 heures, ou avec le sang par un contact percutané.

- Le partage des brosses à dents

Le VHC peut se transmettre s'il y a partage de brosses à dents entre enfants dont l'un est infecté car les gencives peuvent saigner au moment du brossage.

- Les contacts quotidiens

L'hépatite C ne se transmet pas au cours des contacts sociaux quotidiens.

Particularités associées à la femme enceinte

Près de 5 % des mères transmettent le VHC à leur bébé pendant la grossesse ou l'accouchement. L'infection se transmet plus facilement en présence d'une infection concomitante à VIH ou si la charge virale de la mère est élevée. L'allaitement n'est pas contre-indiqué.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- ♦ **Sujet**

- Ne pas exclure le sujet.
- Si le sujet est porteur chronique du VHC, le vacciner contre les hépatites A et B pour sa protection personnelle.

- ♦ **Contacts**

- Aucune mesure de prévention n'est recommandée pour les contacts au service de garde. S'il y a exposition significative à du sang, diriger la personne exposée vers son CSSS ou un centre hospitalier, selon l'organisation locale, le plus rapidement possible, pour évaluation.
- Voir aussi le document La prévention des infections chez les personnes travaillant en service de garde à l'enfance, y compris les stagiaires, 2007.

Environnement

Pratiques de base (voir le chapitre III, section « Contrôle de la transmission des infections »).

S'assurer que les brosses à dents ne sont pas partagées et qu'elles sont rangées correctement (voir le chapitre IV, section « Le brossage des dents »).

Suivi

Fournir au personnel l'information pertinente.

Organiser des séances d'information à l'intention des parents, si nécessaire.

HÉPATITE D

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'hépatite D consiste en une infection du foie causée par le virus de l'hépatite D (VHD), ou delta, chez des personnes infectées par le virus de l'hépatite B (VHB). L'infection par le virus delta se produit en même temps que l'infection par le VHB (co-infection) ou s'ajoute à une infection existante (surinfection). Il ne peut y avoir d'infection à VHD sans présence du VHB. C'est une infection rare en Amérique du Nord.

Tableau clinique

La co-infection par les virus de l'hépatite B et delta se manifeste par une infection aiguë semblable à celle de l'hépatite B; le risque d'hépatite fulminante peut augmenter jusqu'à 5 %, mais l'infection devient rarement chronique. La surinfection par le virus delta d'une personne atteinte d'une infection chronique au VHB peut conduire à une hépatite fulminante ou à une forme grave d'hépatite chronique évoluant rapidement vers une cirrhose.

Complications

L'hépatite D peut entraîner une hépatite fulminante, une hépatite chronique, une cirrhose et, plus rarement, un cancer primaire du foie.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Le mode d'acquisition de l'hépatite D est similaire à celui de l'hépatite B, c'est-à-dire par contact percutané ou muqueux avec du sang contaminé, par utilisation de drogues injectables avec partage d'aiguille ou par contact sexuel. La transmission intrafamiliale du VHD est possible chez les porteurs du VHB. La transmission de la mère à l'enfant est rare.

Transmission

Exposition des muqueuses ou percutanée à des liquides biologiques infectieux.



Période d'incubation

La période d'incubation dure de deux à huit semaines dans les cas de surinfection. Dans les cas de co-infection, la période d'incubation est similaire à celle du virus de l'hépatite B, soit de six semaines à six mois.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que les virus des hépatites B et D sont présents dans le sang. La contagiosité maximale se situerait entre quelques jours et quelques semaines avant l'apparition des symptômes.

Réceptivité

Les personnes atteintes du virus de l'hépatite B sont susceptibles de contracter l'hépatite D.

Au Québec, l'infection au virus delta est rare. Elle touche surtout les utilisateurs de drogues injectables.

Immunité

Les anticorps anti-VHD apparaissent pendant la phase aiguë de l'infection. Lorsque l'infection demeure limitée, ils ne persistent que quelques mois après la guérison.

Il n'existe aucun vaccin. Cependant, puisqu'il faut être infecté par le VHB pour acquérir le VHD, le vaccin contre l'hépatite B protège aussi contre l'acquisition du VHD.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

Sérologie anti-VHD.

♦ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement

♦ Spécifique

Aucun.

♦ De soutien

Selon l'état clinique.

Particularités associées au service de garde

Aucun cas de transmission du VHD n'a été rapporté en service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

La transmission de la mère au nouveau-né est inhabituelle.

MESURES À PRENDRE

Voir la section « Hépatite B ».

HÉPATITE E

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'hépatite E est une infection du foie causée par le virus de l'hépatite E (VHE) présente surtout dans les pays en voie de développement, rarement en Amérique du Nord. Elle est souvent épidémique.

Tableau clinique

L'hépatite E est une maladie aiguë avec jaunisse, malaise général, anorexie, fièvre, douleur abdominale et arthralgie. Elle est plus fréquente chez les adultes que chez les enfants.

Complications

Il n'y a pas d'infection chronique. Cette maladie provoque des décès dans moins de 0,5 % des cas. Elle est toutefois grave chez les femmes enceintes, les décès pouvant atteindre 20 % des cas.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'hépatite E s'acquiert principalement par voie entérique, surtout par l'ingestion d'eau contaminée. L'acquisition de l'hépatite E par ingestion de liquides ou autres aliments contaminés par les selles d'une personne infectée est possible, mais peu fréquente. La présence de réservoirs zoonotiques (animaux) de VHE est possible.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure de 15 à 64 jours. Elle est en moyenne de 26 à 42 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité n'est pas bien connue. La période d'excrétion du virus dans les selles et la virémie seraient assez longues, et se situeraient principalement durant la période précédant le début de la maladie.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'hépatite E.

Immunité

On ne sait pas si l'hépatite E confère une immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

- Contexte épidémiologique et exclusion des hépatites aiguës A, B, C et D.
- Sérologie anti-VHE. Ces analyses sont faites dans les laboratoires de référence.

- ◆ **Exceptionnelles**

Aucune.

Traitement

- ◆ **Spécifique**

Aucun.

- ◆ **De soutien**

Selon l'état clinique.

Particularités associées au service de garde

Aucun cas de transmission du VHE n'a été rapporté en service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Le taux de mortalité attribuable à l'infection au VHE est particulièrement élevé chez les femmes enceintes, surtout lorsque l'infection se produit durant le troisième trimestre de grossesse.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- ◆ **Sujet**

Exclure le sujet pendant la phase aiguë de la maladie ou jusqu'à sept jours après le début des symptômes.

- ◆ **Contacts**

- Aucune mesure.
- L'efficacité de l'administration de gammaglobulines n'a pas été démontrée.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Réviser la technique de changement de couches, prioriser l'utilisation de couches jetables, lingettes à usage unique et gants au besoin (voir chapitre IV : Le changement de couches).

Suivi

Aucun.

HERPÈS

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'herpès est une infection systémique qui se manifeste surtout par des lésions muco-cutanées causées par le virus herpès simplex des types 1 et 2. Ne sera abordé ici que l'herpès buccal, lequel est habituellement de type 1. Pour l'herpès néonatal, voir la fin de cette section.

Tableau clinique

L'herpès primaire peut être asymptomatique, surtout chez les enfants. Symptomatique, il se manifeste souvent par une gingivostomatite caractérisée par de la fièvre, de l'irritabilité, un énanthème ulcéreux des gencives et de la muqueuse buccale, des lésions vésiculaires de l'oropharynx et une pharyngo-amygdalite aiguë accompagnée de difficultés à s'alimenter.

Le virus demeure sous forme latente et peut donner lieu à des récurrences se présentant sous la forme de bouquets de vésicules sur base érythémateuse à la région péri-buccale (« feu sauvage »). Certains facteurs peuvent provoquer ces récurrences : fièvre, changements physiologiques, infections, différentes formes de traumatisme, surexposition au soleil, stress, etc.

L'infection herpétique qui survient chez le nouveau-né est une entité clinique particulière. La plupart des infections herpétiques néonatales sont acquises à la naissance quand l'enfant passe par le tractus génital infecté. L'infection néonatale peut varier de quelques lésions vésiculaires sur la peau, la bouche ou l'œil, à une maladie généralisée pouvant être fatale ou causer des dommages neurologiques importants, telle l'encéphalite. Si l'enfant guérit, il peut présenter par la suite des lésions récurrentes au niveau cutané.

Complications

L'herpès peut entraîner les complications suivantes :

- déshydratation;
- eczéma herpétiforme;
- kératite et conjonctivite herpétique;
- panaris herpétique;
- infection grave chez les immunosupprimés.

Durée de la maladie

L'herpès dure de 5 à 14 jours pour la primo-infection.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'herpès s'acquiert à la suite d'un contact avec les lésions ou la salive d'une personne infectée ou par les mains ou des objets fraîchement contaminés.

Transmission

Contact direct



Période d'incubation

La période d'incubation dure de 2 à 14 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité est difficile à définir. Pour la primo-infection, le virus est habituellement excrété dans la salive et par les lésions au moins pendant une semaine et, occasionnellement, pendant plusieurs mois. Pour la récurrence, la quantité maximale de virus est présente dans les premières 24 heures. Il a généralement disparu après cinq jours.

Le virus peut être excrété de façon intermittente dans la salive pendant plusieurs années après l'infection, même en l'absence de manifestations cliniques.

Le virus survit deux heures sur la peau, trois heures sur les vêtements et quatre heures sur les surfaces non poreuses.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'herpès.

Immunité

L'herpès peut être suivi de récurrences, malgré la présence d'anticorps circulants. De 70 à 90 % des adultes ont des anticorps contre le type 1.

La mise au point d'un vaccin est en cours.

Méthodes diagnostiques

◆ Habituelles

Tableau clinique pour la gingivostomatite et les récurrences buccales.

◆ Exceptionnelles

- Culture virale.
- Détection d'antigènes sur frottis des lésions (immunofluorescence).

Traitements

◆ Spécifique

- On peut envisager d'administrer des antiviraux, en particulier l'acyclovir intraveineux, surtout pour l'hôte immunosupprimé.
- L'administration d'acyclovir par voie orale moins de 72 heures après la déclaration de la maladie permet de diminuer la gravité des symptômes de la gingivostomatite.
- Les enfants atteints de conjonctivite herpétique doivent être évalués rapidement en ophtalmologie et des gouttes de trifluridine ou une pommade de vidarabine devraient être appliquées.
- L'acyclovir constitue un traitement systémique contre le panaris herpétique.

◆ De soutien

Pour la gingivostomatite, antipyrétiques et analgésiques au besoin; diète molle non irritante (le lait et les jus de fruits non citrins sont habituellement bien tolérés).

Particularités associées au service de garde

Les enfants fréquentant un service de garde peuvent présenter un taux plus élevé d'infection à herpès simplex de type 1. La primo-infection se produit surtout avant l'âge de 5 ans.

L'enfant présentant une gingivostomatite herpétique est en général incapable de participer aux activités du service de garde.

Les membres du personnel qui ont des lésions herpétiques au visage devraient les couvrir, plus particulièrement s'ils s'occupent d'enfants de moins de 3 mois ou d'enfants immuno-supprimés. La présence de lésions actives herpétiques (panaris) sur les mains d'un membre du personnel justifie qu'on le retire du milieu de travail.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune pour l'atteinte buccale.

MESURES À PRENDRE

Enquête

On doit identifier les contacts.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

Primo-infection (gingivostomatite)

- L'enfant peut réintégrer le service de garde dès que son état le lui permet (absence de fièvre et pas de difficulté à s'alimenter).
- Si les lésions sont étendues, envisager l'exclusion jusqu'à ce que les lésions soient croûteuses (habituellement, quatre à cinq jours), surtout si l'enfant n'est pas en mesure de contrôler ses sécrétions (bave).

Récurrence (« feu sauvage »)

Ne pas exclure le sujet.

Herpès néonatal, récurrence cutanée

- Ne pas exclure le sujet.
- Lorsque c'est possible, couvrir les lésions afin de diminuer le risque de transmission en raison de l'excrétion d'une plus grande quantité de virus.

♦ Contacts

- Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe.
- Remettre une lettre à tous les contacts.
- Éviter les contacts directs avec les lésions des personnes atteintes.
- Identifier les contacts ayant des lésions d'eczéma ou qui sont immuno-supprimés. En présence de lésions, les diriger vers leur médecin ou le CLSC.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, y compris le lavage des mains.

Tant que des lésions évidentes persistent, s'assurer que les objets que l'enfant porte à sa bouche (brosse à dents, ustensiles, jouets, etc.) ne sont pas partagés avec d'autres enfants.

Suivi

Aucun.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Herpès

Chers parents,

Au service de garde, votre enfant a été en contact avec une personne ayant des lésions cutanées causées par l'herpès, lésions souvent appelées « feu sauvage ». Cette maladie virale contagieuse se transmet par contact avec la salive ou les lésions d'une personne infectée.

Chez l'enfant, l'infection peut se manifester par des lésions dans la bouche ou sur la peau accompagnées de fièvre, d'irritabilité et de difficulté à s'alimenter. La personne atteinte peut devenir déshydratée ou souffrir de complications si elle présente de l'eczéma ou est immunosupprimée.

Si votre enfant présente une des manifestations de la maladie et qu'il a de l'eczéma ou est immunosupprimé, consultez un médecin ou rendez-vous à votre CLSC (apportez cette lettre avec vous).

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

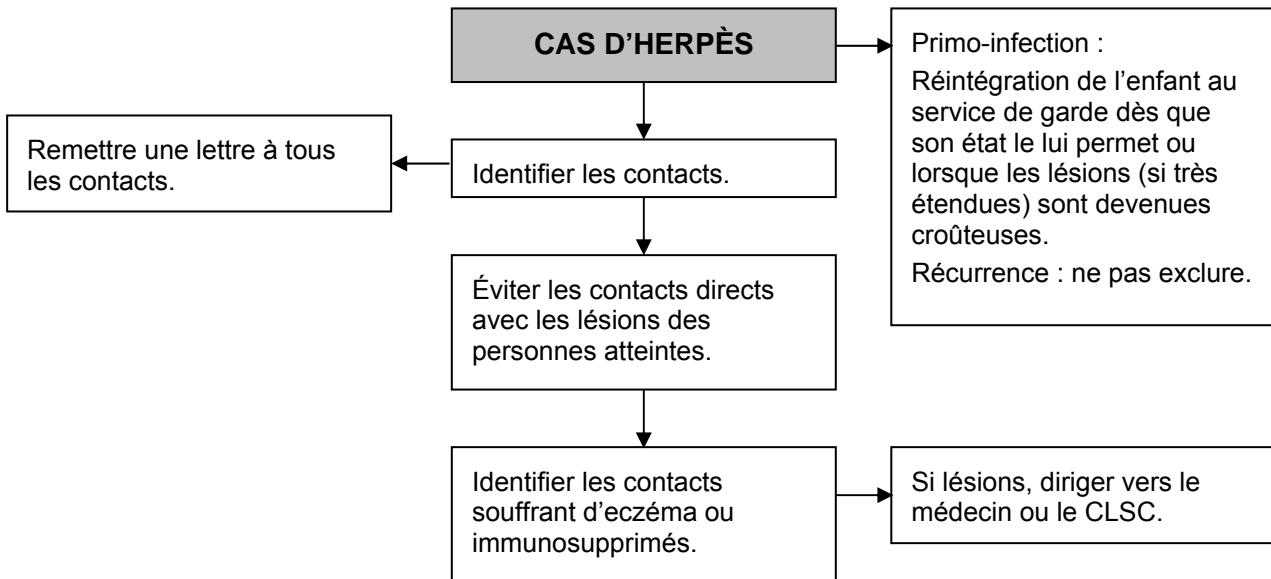
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

HERPÈS

ARBRE DÉCISIONNEL



IMPÉTIGO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'impétigo consiste en une infection cutanée superficielle fréquente causée par des bactéries, le *Streptococcus pyogenes* (streptocoque β -hémolytique du groupe A) et le *Staphylococcus aureus* (staphylocoque doré).

Tableau clinique

L'impétigo se présente sous forme de lésions indolores papulovésiculaires purulentes et croûteuses rarement accompagnées de fièvre et de malaise général. Les lésions cutanées, bien circonscrites, se situent surtout au visage : menton, pourtour de la bouche, nez, et derrière les oreilles. Elles peuvent également atteindre le tronc, les fesses et les mains des enfants.

La guérison ne laisse généralement aucune cicatrice.

Complications

L'impétigo attribuable au *Streptococcus pyogenes* peut entraîner une scarlatine et une glomérulonéphrite post-streptococcique. L'impétigo, tant streptococcique que staphylococcique, peut également se compliquer d'une cellulite.

Durée de la maladie

L'impétigo dure rarement plus de sept jours si la personne infectée est adéquatement traitée.

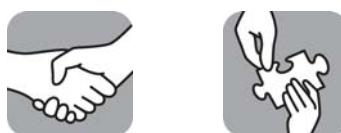
Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'impétigo s'acquiert à la suite d'un contact avec les lésions cutanées d'une personne infectée ou par contact avec des objets ou surfaces contaminés. L'impétigo a souvent une origine endogène, c'est-à-dire qu'il est causé à la suite d'une auto-infection de plaies cutanées à partir des bactéries présentes au niveau des narines ou de la peau.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure de sept à dix jours; elle peut être plus longue si l'infection est causée par le staphylocoque.

Période de contagiosité

Avec un traitement topique, la période de contagiosité dure jusqu'à ce que les lésions soient sèches. Avec un traitement systémique, elle dure rarement plus de 24 heures après le début du traitement dans le cas du streptocoque, et rarement plus de 48 heures dans le cas du staphylocoque.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'impétigo.

Immunité

L'impétigo à streptocoque peut conférer une immunité spécifique pour le type en cause.

Méthodes diagnostiques

◆ Habituelles

- Tableau clinique.
- Culture des lésions cutanées.

◆ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement

◆ Spécifique

- En présence de lésions peu étendues : antibiotiques topiques, comme le mupirocine à 2 % ou l'acide fusidique à 2 %.
- En présence de lésions étendues ou plus importantes, ou si l'infection touche plusieurs enfants du même service de garde, on recommande d'emblée l'antibiothérapie systémique, qui couvre le staphylocoque et le streptocoque, pendant dix jours.
- L'association du traitement systémique avec un traitement topique diminue la durée de la maladie.

◆ De soutien

- Nettoyer la peau avec une eau savonneuse au moins deux fois par jour.
- Faire en sorte que l'enfant ait les ongles courts et qu'il ne se gratte pas.
- Lorsque c'est possible, recouvrir les lésions avec un pansement.

Particularités associées au service de garde

L'impétigo se transmet facilement en service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Étant donné le haut potentiel épidémique de l'infection, l'apparition de plusieurs cas doit être signalée au centre de santé et de services sociaux. Si présence de cas avec complications non suppuratives (glomérulonéphrites), aviser la Direction de santé publique.

Identifier les contacts.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- Exclure le sujet du service de garde au moins 24 heures après le début du traitement.
- Si le sujet ne reçoit aucun traitement, l'exclure jusqu'à sa guérison.
- Couvrir les lésions si possible.
- Si le sujet manipule des aliments et qu'il a des lésions aux mains, il devra s'abstenir de manipuler des aliments jusqu'à ce que les lésions soient sèches. S'il a des lésions aux bras, à l'avant-bras ou au visage, il pourra préparer des aliments uniquement si la lésion est bien couverte avec un pansement étanche et ne présente aucun écoulement.
- S'il y a deux cas et plus d'impétigo dans le service de garde, il faut maîtriser l'éclosion en diminuant la durée de la contagiosité par l'association du traitement systémique avec le traitement topique. D'ailleurs, c'est souvent le seul moyen de maîtriser l'éclosion.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts toutes les personnes qui ont touché directement les lésions du sujet. Ce sont habituellement les enfants et le personnel du même groupe.
- Remettre une lettre à tous les contacts.
- Surveiller l'apparition de lésions et diriger le sujet vers un médecin, s'il y a lieu.
- En présence d'un cas de glomérulonéphrite aiguë, tous les contacts doivent être dépistés par culture de gorge (pour la recherche de streptocoque) ou des lésions cutanées, et traités si la culture est positive (antibiothérapie systémique), qu'ils présentent des symptômes ou non.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Suivi

Devant une situation incontrôlable, faire quelques prélèvements de lésions cutanées pour culture, afin de préciser l'étiologie. Traiter simultanément avec une antibiothérapie systémique tous les contacts, enfants et adultes, qu'ils présentent des symptômes ou non.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Impétigo

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, une personne souffre d'impétigo. L'impétigo est une maladie de la peau fréquente chez le jeune enfant. Elle se manifeste souvent par des lésions purulentes (liquide jaunâtre) recouvertes de croûtes au visage et autour de la bouche.

L'impétigo est causé par une bactérie parfois présente sur la peau saine; cette bactérie ne cause des problèmes qu'en cas de coupure, d'égratignure ou de piqûre de moustique.

En service de garde, dès qu'une personne est atteinte, le risque que les autres enfants contractent la maladie augmente.

L'impétigo se traite par des antibiotiques. Pour éviter que la maladie ne se propage à tout le service de garde, il faut exclure l'enfant atteint jusqu'à au moins 24 heures après le début du traitement antibiotique, et s'assurer que toute personne ayant touché des lésions se lave les mains à l'eau savonneuse.

Si vous remarquez la présence de lésions sur la peau de votre enfant, nous vous demandons de consulter votre médecin ou de vous rendre à votre CLSC.

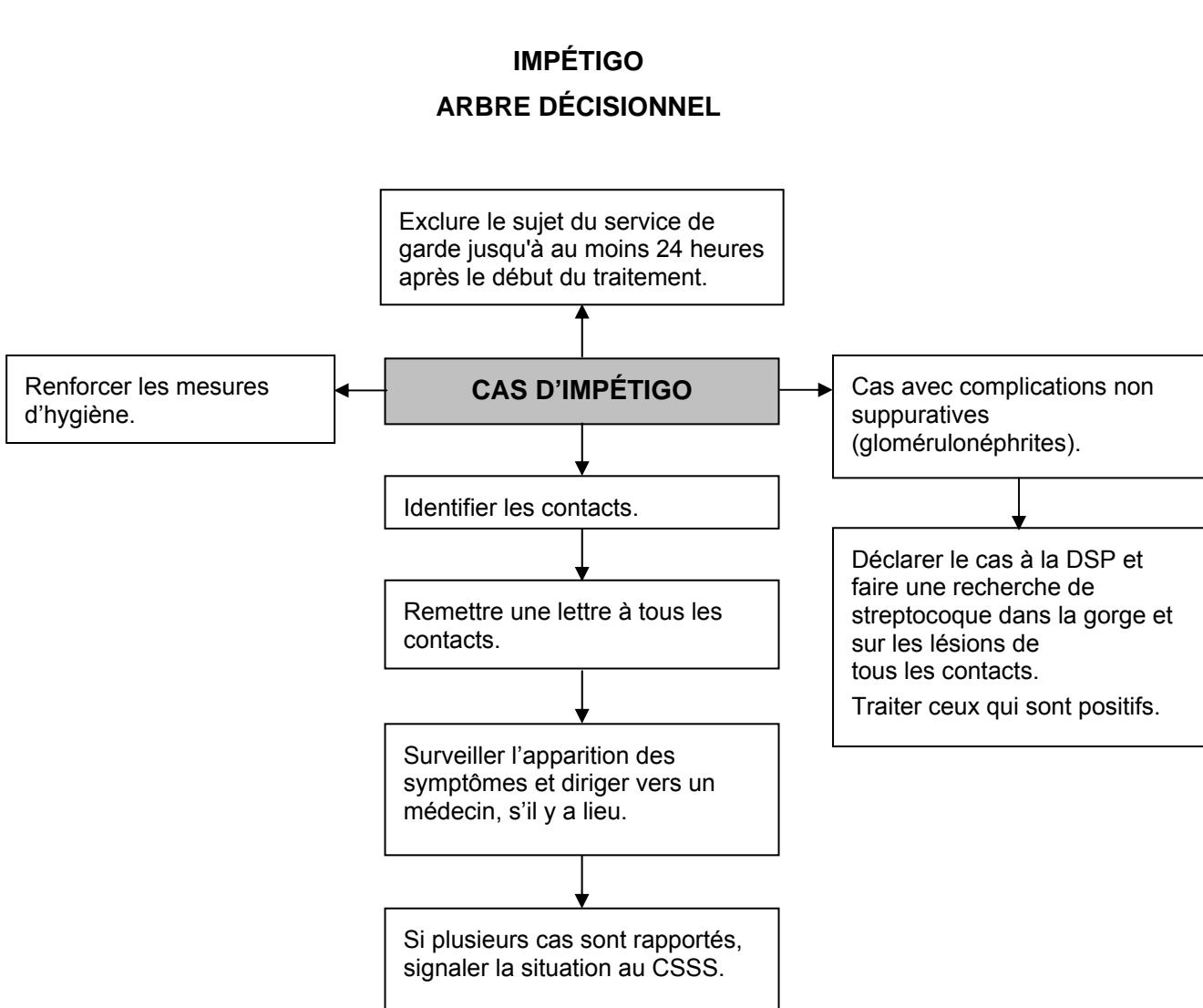
Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____



INFLUENZA

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'influenza est une infection virale aiguë saisonnière très contagieuse, qui peut être prévenue annuellement par la vaccination. La maladie est causée par le virus grippal (orthomyxovirus influenza) des types A, B et C. Les virus de type A sont les plus virulents. Des variations antigéniques importantes peuvent provoquer des épidémies ou des pandémies. Le taux d'attaque chez les enfants est estimé entre 10 et 40 %, et 1 % d'entre eux seront hospitalisés.

Tableau clinique

Les manifestations de l'influenza sont les suivantes :

- présence de fièvre supérieure ou égale à 39 °C s'accompagnant de toux ou de mal de gorge, de myalgie, de fatigue ou de prostration;
- manifestations gastro-intestinales (vomissements, douleurs abdominales, diarrhée), surtout chez les enfants atteints par le virus influenza de type A;
- myosite aiguë, surtout avec le type B.

Complications

L'influenza peut entraîner plusieurs complications :

- surinfection bactérienne des voies respiratoires (souvent pendant la période de convalescence);
- otite moyenne, sinusite, trachéite, bronchite, laryngite striduleuse et dyspnée (cette dernière est plus fréquente chez les enfants);
- rarement, pneumonie virale ou pneumonie bactérienne secondaire, syndrome de Reye (plus fréquent chez les enfants infectés par le type B).

L'influenza peut aussi provoquer des complications broncho-pulmonaires chez les splénectomisés ainsi que chez les adultes ou les enfants souffrant de maladies cardiaques et respiratoires chroniques (dont la dysplasie broncho-pulmonaire, la fibrose kystique et l'asthme), de maladies rénales chroniques, de diabète, d'anémie falciforme ou d'autres hémoglobulinopathies, et de déficits immunitaires.

Durée de la maladie

L'influenza dure en général de deux à sept jours, mais la toux et la fatigue peuvent persister plus de deux semaines.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'influenza peut s'acquérir de deux façons différentes, soit :

- par l'inspiration de gouttelettes projetées dans l'air par une personne infectée qui tousse ou qui éternue;
- par l'inoculation des muqueuses par l'entremise des objets ou des mains contaminés par les sécrétions des voies respiratoires d'une personne infectée.

Le virus peut survivre jusqu'à 5 minutes sur la peau, quelques heures dans les sécrétions séchées et 48 heures sur des objets inanimés.

Transmission

- Gouttelettes
- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure de un à quatre jours, et en moyenne deux jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure de 24 heures avant le début des symptômes jusqu'à sept jours après. Cette période peut être plus longue chez les jeunes enfants.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter le virus de la grippe. Celui-ci subit des variations antigéniques d'une année à l'autre. Tout nouveau sous-type peut causer une infection chez une personne ayant déjà eu des infections avec d'autres sous-types.

Immunité

L'infection par le virus de l'influenza ne confère une immunité que pour la souche ayant causé l'infection ou pour des souches apparentées à celle-ci. De la même façon, la protection conférée par le vaccin ne s'exerce que sur les souches qu'il contient ou des souches apparentées, et se situe entre 70 et 80 %. La protection peut être moindre chez les enfants âgés de moins de 2 ans.

Le vaccin doit être administré annuellement aux personnes qui présentent un risque élevé de complications, dont les enfants de 6 à 23 mois, et aux personnes susceptibles de leur transmettre l'influenza. Le vaccin n'est pas recommandé aux enfants de moins de 6 mois parce qu'il est moins immunogène à cet âge.

Méthodes diagnostiques

- ♦ **Habituelles**
 - Tableau clinique.
 - Détection d'antigènes sur les sécrétions nasopharyngées.
- ♦ **Exceptionnelles**
 - Culture virale des sécrétions nasopharyngées.
 - Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur spécimens des voies respiratoires.
 - Sérologie pour recherche d'anticorps.

Traitements

♦ Spécifique et prophylactique

- Pour que les médicaments recommandés pour le traitement de l'influenza soient efficaces, leur administration doit être débutée à 48 heures ou moins avant le début des symptômes.
- L'oseltamivir par voie orale est approuvé pour le traitement et la prophylaxie chez les enfants de plus de 1 an. En traitement : deux doses quotidiennes pendant cinq jours. En prophylaxie : une dose quotidienne pendant au moins cinq jours. La durée peut être prolongée si l'exposition se prolonge.

Doses pour les enfants de 1 à 12 ans : moins de 15 kg : 30 mg par prise; de 15 à 23 kg : 45 mg par prise; de 23 à 40 kg : 60 mg par prise; plus de 40 kg : 75 mg par prise.

Doses pour les 13 ans ou plus : 75 mg par prise.

- Zanamivir en inhalation : traitement pour les 7 ans et plus : deux inhalations de 5 mg chacune (10 mg) deux fois par jour pendant cinq jours. Le médicament n'est pas approuvé en prophylaxie mais est probablement efficace.

♦ **De soutien**

- Remplacement hydroélectrolytique, repos, aération de la pièce et humidification de l'air ambiant.
- Pour traiter la fièvre, il est préférable d'utiliser l'acétaminophène; il ne faut pas utiliser l'acide acétylsalicylique (AAS, Aspirine) à cause de l'association entre l'Aspirine, la grippe et le syndrome de Reye.
- Si le nez est congestionné, lavage du rhinopharynx avec du soluté physiologique ou de l'eau salée sous forme de gouttes ou de vaporisateur. Le vaporisateur pénètre bien dans les voies nasales et peut être plus efficace que les gouttes.

Particularités associées au service de garde

Les enfants sont plus susceptibles de contracter des infections des voies respiratoires supérieures, dont l'influenza. Les moins de 3 mois supportent mal la congestion nasale.

Le vaccin est recommandé annuellement à toutes les travailleuses en service de garde qui prennent soin des enfants de moins de 2 ans, aux enfants de 6 à 23 mois, aux enfants à risque ainsi qu'à tous les membres de leur famille.

Particularités associées à la femme enceinte

Le vaccin contre la grippe devrait être administré à la femme enceinte en bonne santé lorsque l'accouchement est prévu durant la saison de l'influenza, et ce, en vue de prévenir la transmission de l'influenza au nouveau-né.

Le vaccin peut être administré à une femme enceinte, quel que soit le stade de la grossesse.

MESURES À PRENDRE

Enquête

On doit identifier les contacts.

Mesures de contrôle

♦ **Sujet**

Ne pas exclure l'enfant, sauf s'il ne peut participer aux activités habituelles.

♦ **Contacts**

- Considérer comme contacts tous les enfants et les adultes du service de garde.
- Remettre une lettre explicative à tous les contacts.
- Identifier ceux qui présentent un risque plus élevé de complications. Vérifier leur statut vaccinal et diriger ceux qui ne sont pas vaccinés vers un médecin pour évaluer la pertinence de la prophylaxie à l'oseltamivir ou au zanamivir. Offrir le vaccin par la suite. Si administration d'un antiviral, celle-ci pourra être cessée deux semaines après la vaccination.

Environnement

Renforcer l'hygiène respiratoire (voir le chapitre IV).

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Le virus de l'influenza est facilement inactivé par le savon, les rince-mains à base d'alcool et les produits courants de nettoyage domestique.

Aérer les locaux.

Suivi

Aucun.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Influenza (Grippe)

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, des personnes souffrent d'influenza. La maladie se manifeste par de la fièvre, des frissons, des maux de tête, des douleurs musculaires, de la fatigue, des maux de gorge, un écoulement nasal et de la toux. L'influenza se prévient par la vaccination annuelle qui est recommandée aux personnes présentant un risque de complications, dont les enfants de 6 à 23 mois.

L'influenza est une maladie très contagieuse qui peut s'avérer grave pour certaines personnes ayant déjà des problèmes cardiaques ou pulmonaires, et particulièrement pour les personnes immunosupprimées. Un traitement préventif peut leur être offert. Si votre enfant présente l'un des problèmes évoqués, nous vous suggérons de communiquer avec votre médecin ou votre CLSC, afin de discuter d'un traitement préventif et de la vaccination annuelle. Apportez cette lettre avec vous.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

INTOXICATION ALIMENTAIRE

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

On entend par intoxication *alimentaire* tout syndrome provoqué par l'ingestion d'aliments contaminés par des micro-organismes, des toxines bactériennes ou un produit chimique. Ce syndrome se produit lorsque les mesures d'hygiène alimentaire ne sont pas respectées ou que les aliments sont conservés ou transportés à des températures inadéquates.

Ne seront abordées ici que les intoxications d'origine infectieuse.

Tableau clinique

Les symptômes de l'intoxication alimentaire varient selon l'agent causal. Ils sont très variables : léger malaise, nausées, vomissements, diarrhée, fièvre, céphalée, symptômes neurologiques.

Complications

L'intoxication alimentaire peut entraîner des complications qui varient selon l'agent causal et pouvant aller jusqu'à la mort.

Durée de la maladie

La durée de la maladie varie selon l'agent causal, mais est le plus souvent circonscrite dans les 24 à 48 heures suivant l'ingestion de l'aliment.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'intoxication alimentaire s'acquiert par l'ingestion d'aliments contaminés.

Transmission

Aucune transmission de personne à personne, véhicule commun.

Période d'incubation

La période d'incubation varie selon l'agent causal. Le plus souvent, elle se situe dans les 4 à 48 heures suivant l'ingestion de l'aliment contaminé.

Période de contagiosité

La période de contagiosité varie selon l'agent causal.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une intoxication alimentaire.

Immunité

L'intoxication alimentaire ne confère aucune immunité.

Méthodes diagnostiques

- ◆ **Habituelles**
 - Tableau clinique.
 - Recherche de l'agent causal dans les selles.
- ◆ **Exceptionnelles**
 - Recherche de l'agent causal dans les aliments suspects.

Traitement

- ◆ **Spécifique**
 - S'il y a lieu, selon l'agent causal.
- ◆ **De soutien**
 - Réhydratation et correction du déséquilibre électrolytique.

Particularités associées au service de garde

L'intoxication alimentaire est un problème relativement rare en service de garde. La plupart du temps, l'intoxication est attribuable à un aliment consommé ou préparé à l'extérieur du service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Selon l'agent causal identifié (voir la section correspondante).

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est requise en présence de manifestations cliniques similaires et simultanées pour deux cas ou plus et si l'on soupçonne un lien épidémiologique entre le fait d'être malade et la consommation commune d'aliments ou d'eau. La période d'incubation, la durée des symptômes et la nature des aliments consommés aideront à préciser l'étiologie. Une visite sur place est souhaitable.

- Aviser la Direction de santé publique (DSP) dans les plus brefs délais. Le succès de l'enquête dépend de la rapidité avec laquelle le cas est rapporté et pris en charge. La DSP avisera le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) ou les services municipaux d'inspection des aliments, afin qu'ils inspectent les locaux et l'équipement et qu'ils fassent des prélèvements d'échantillons d'aliments suspects.
- Relever les manifestations cliniques prédominantes.
- Noter les renseignements sur les aliments consommés depuis les dernières 48 heures.
- Insister sur la nécessité de récupérer les aliments suspects et de les conserver au froid (ne pas les congeler) aux fins d'analyse.
- Conjointement avec la DSP, préparer ou adapter un questionnaire d'enquête selon la situation.
- Remettre une lettre aux parents et annexer le questionnaire d'enquête, s'il y a lieu.
- Faire remplir le questionnaire par toutes les personnes présentes au repas suspect (contacts).
- Prendre des ententes avec le laboratoire pour établir les modalités si on envisage de faire des analyses de selles.

Mesures de contrôle◆ **Sujet**

Exclure le sujet selon les critères de la section « Diarrhée »; si un agent spécifique est identifié, voir la section correspondante.

◆ **Contacts**

- Considérer comme contacts toutes les personnes qui étaient présentes au repas suspect.
- Remettre une lettre à tous les contacts et annexer le questionnaire d'enquête s'il y a lieu.
- Si la personne présente des symptômes, l'exclure selon les mêmes critères que ceux du sujet.

Environnement

Apporter les correctifs nécessaires si les techniques de manipulation, de conservation et d'entreposage des aliments ne sont pas conformes.

S'assurer que les aliments consommés sont conformes aux normes (voir le chapitre IV).

Suivi

Communiquer les résultats de l'enquête aux responsables du service de garde afin que les correctifs nécessaires soient apportés pour ainsi prévenir des problèmes ultérieurs.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Intoxication alimentaire

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, plusieurs enfants présentent des symptômes de diarrhée ou de vomissements pouvant être liés à une intoxication alimentaire. Une enquête est en cours afin d'en connaître les causes.

Si votre enfant présente des vomissements ou des selles diarrhéiques, avisez-nous, et si son état vous inquiète, consultez votre médecin ou votre CLSC. Apportez cette lettre avec vous.

- Nous désirons prélever des échantillons de selles. À cette fin, veuillez s'il vous plaît utiliser les contenants qui vous ont été remis. Conservez-les au réfrigérateur en attendant de les retourner à : _____.

Nous vous aviserons des résultats dès que possible.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

LETTRE AUX PARENTS

(Avec envoi du questionnaire)

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Intoxication alimentaire

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, plusieurs enfants présentent des symptômes de diarrhée ou de vomissements pouvant être liés à une intoxication alimentaire.

Nous menons présentement une enquête au service de garde et nous avons besoin de votre collaboration pour trouver la cause de cette intoxication. À cette fin, nous vous demandons de remplir le questionnaire ci-joint et de le remettre à : _____.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

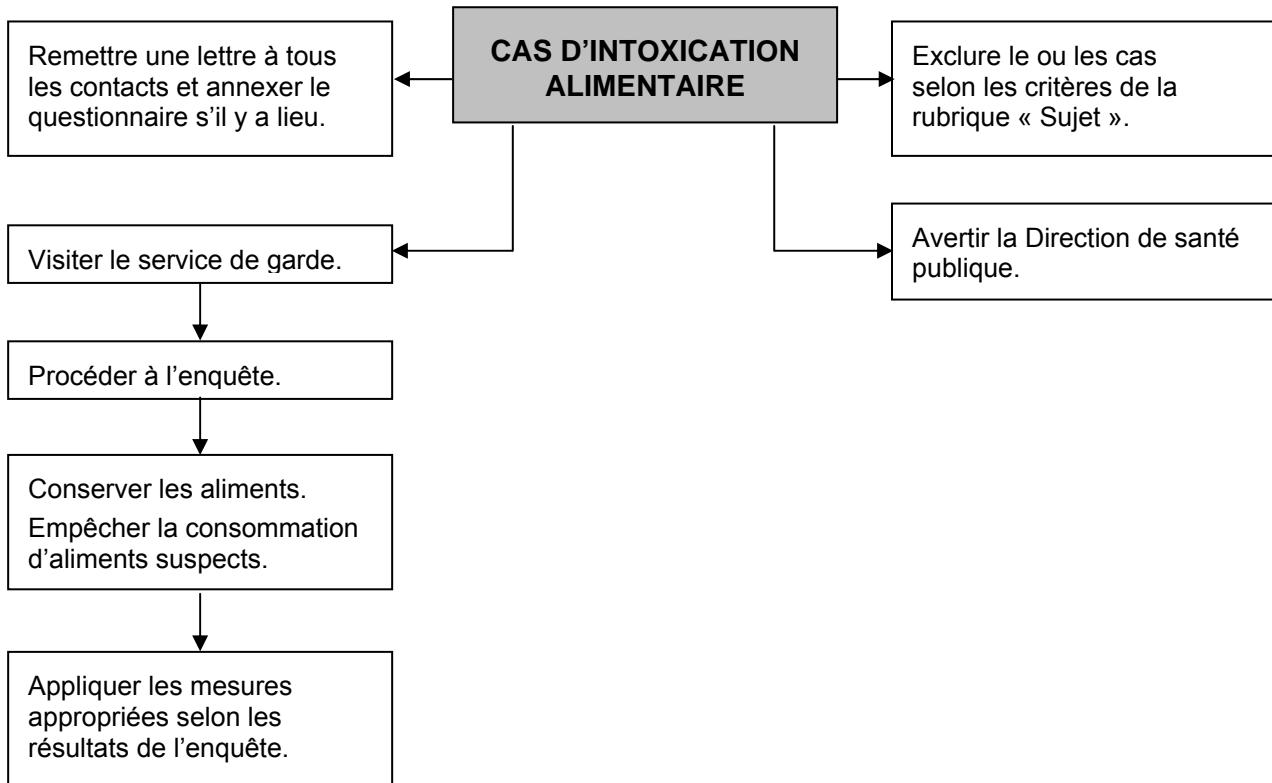
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

p. j. : Questionnaire d'enquête

INTOXICATION ALIMENTAIRE ARBRE DÉCISIONNEL



LARYNGITE STRIDULEUSE

(FAUX CROUP)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La laryngite striduleuse est le plus souvent d'origine virale : virus para-influenza, influenza, adénovirus, rhinovirus et virus respiratoire syncytial. Elle peut aussi être d'origine bactérienne avec, par exemple, le *Mycoplasma pneumoniae*, les streptocoques du groupe A, le *Streptococcus pneumoniae* et le *Staphylococcus aureus*.

Des épidémies de laryngite peuvent survenir aux changements de saison.

Tableau clinique

La laryngite se manifeste par une toux aboyante, une voix rauque, un stridor et un tirage inspiratoire avec ou sans fièvre. Les manifestations sont causées par une obstruction respiratoire haute qui est de modérée à grave.

Les symptômes peuvent se manifester d'emblée ou faire suite à une IVRS et sont à leur paroxysme au cours des deux premières nuits.

La symptomatologie fluctue au cours de la journée, pouvant se détériorer ou s'améliorer rapidement.

L'enfant qui a déjà fait une laryngite striduleuse en bas âge est prédisposé à faire un autre épisode semblable à l'occasion d'une réinfection.

Seulement 1 % des enfants atteints devront être hospitalisés.

Complications

La laryngite striduleuse peut entraîner une surinfection bactérienne : pneumonie, trachéite, otite.

La maladie est plus grave et l'excrétion du virus dure plus longtemps chez les immunosupprimés.

Durée de la maladie

La laryngite striduleuse dure en général de trois à quatre jours.

Modes d'acquisition et de transmission

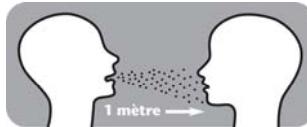
Acquisition

La laryngite striduleuse peut s'acquérir de deux façons différentes selon les virus en cause, soit :

- par l'inspiration de gouttelettes projetées dans l'air par une personne infectée qui tousse ou qui éternue;
- par l'inoculation des muqueuses par l'entremise des objets ou des mains contaminés par les sécrétions des voies respiratoires d'une personne infectée.

Transmission

- Gouttelettes
- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation varie de un à dix jours selon l'agent causal.

Période de contagiosité

La période de contagiosité varie selon l'agent causal. Elle peut aller de une semaine avant le début des symptômes jusqu'à trois semaines après la disparition des symptômes.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une laryngite striduleuse. La laryngite touche surtout les enfants de 6 mois à 3 ans. Étant donné la petite taille de leurs voies respiratoires, les enfants âgés de 2 ans ou moins risquent d'avoir une symptomatologie plus grave. La laryngite s'observe plus fréquemment chez les garçons.

Immunité

La laryngite striduleuse peut conférer une immunité pour le sérotype en cause, mais plusieurs sérotypes d'un virus et plusieurs virus distincts peuvent causer cette maladie.

Il n'existe aucun vaccin (sauf pour l'influenza et le pneumocoque).

Méthodes diagnostiques

◆ Habituelles

- Tableau clinique.
- Radiographie des tissus mous du cou.

◆ Exceptionnelles

- Culture virale des sécrétions nasopharyngées.
- Détection d'antigènes dans les sécrétions nasopharyngées.
- Laryngoscopie pour distinguer de l'épiglottite.

Traitement

◆ Spécifique

- Origine virale : aucun.
- Origine bactérienne (soupçonnée) : antibiotiques.

◆ De soutien

- Air froid.
- Corticostéroïdes par voie orale ou I.M.
- Epinéphrine en nébulisation.
- Aide ventilatoire au besoin.

Particularités associées au service de garde

Comme toutes les autres infections respiratoires, la laryngite striduleuse est probablement associée à la fréquentation d'un service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

Ne pas exclure l'enfant si son état de santé lui permet de participer aux activités du service de garde.

♦ Contacts

Aucune intervention.

Environnement.

Renforcer l'hygiène respiratoire (voir le chapitre IV).

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Aérer les locaux.

Suivi

Aucun.

LYME (MALADIE DE) ET MORSURES DE TIQUES

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La maladie de Lyme est causée par la bactérie *Borrelia burgdorferi*. Pour l'est et le centre de l'Amérique du Nord, cette bactérie se transmet à l'humain par une morsure de la tique à pattes noires (*Ixodes scapularis*).

Au Québec, la maladie de Lyme est une maladie à déclaration obligatoire depuis 2003. Jusqu'à maintenant, il n'y a pas de cas de maladie de Lyme acquis au Québec. Les seuls cas déclarés ont été acquis au cours d'un séjour dans une région endémique.

Au Canada, les régions endémiques pour la maladie de Lyme sont le sud-est de l'Ontario, du Manitoba et de la Nouvelle-Écosse. Aux États-Unis, plusieurs États sont considérés comme endémiques pour la maladie de Lyme.

Les tiques vivent généralement dans les régions boisées ou dans les hautes herbes. Elles ont besoin de sang pour survivre et se reproduire. Pour être mordue par une tique, une personne doit se frotter aux herbes car les tiques ne sautent pas et ne volent pas.

Tableau clinique

La morsure de tique

La morsure de tique se présente comme une petite excroissance en forme de goutte, un peu luisante et non douloureuse. Il s'agit, en fait, de la tique fixée à la peau. Souvent, à l'œil nu, il est possible de distinguer sa bouche et ses pattes. La morsure peut se situer à n'importe quelle partie du corps, mais plus souvent aux régions pileuses exposées (y compris la tête chez les enfants) et là où les vêtements sont serrés, par exemple, la taille et les aisselles.

La maladie de Lyme

Dix pour cent des personnes ne présenteront aucun symptôme.

Les manifestations cliniques suivent un continuum de symptômes dans le temps :

- macule érythémateuse qui s'étend pour atteindre au moins 5 cm de diamètre au site de la morsure (*Erythema migrans*), parfois avec un centre clair et souvent accompagnée de symptômes généraux;
- parfois, dissémination avec de multiples lésions cutanées, des céphalées, de la faiblesse, des douleurs articulaires et musculaires, une atteinte du cœur et du système nerveux;
- manifestation tardive comprenant une arthrite chronique et des atteintes neurologiques centrales ou périphériques.

Complications

La maladie de Lyme peut être débilitante mais est très rarement mortelle.

Durée de la maladie

La majorité des symptômes disparaîtront même sans traitement, mais cela peut prendre plus d'un an.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Pour se nourrir, la tique doit rester fixée à son hôte pendant trois à sept jours. C'est au cours de cette période que la bactérie est transmise à l'hôte. Plus la tique reste en place longtemps, plus le risque de transmission est élevé. Après 24 heures, le risque est de 0 %, après 48 heures, il est de 12 %, et il augmente progressivement jusqu'à 94 % après 96 heures.

Transmission

Aucune transmission de personne à personne.

Période d'incubation

La période d'incubation est de 7 à 14 jours, avec des durées extrêmes de 3 à 30 jours.

Période de contagiosité

Il n'y a pas de période de contagiosité.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'infection.

Immunité

L'infection ne confère aucune immunité. Un vaccin contre la maladie de Lyme existait mais il a été retiré du marché en 2002.

Méthodes diagnostiques

♦ **Habituelles**

- Tableau clinique et séjour dans une région endémique.
- Dosage des anticorps anti-borrélia de type IgM et IgG, à répéter au bout de deux à quatre semaines si négatif initialement.

♦ **Exceptionnelles**

- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur les liquides biologiques.
- Identification et analyse de la tique.

Traitement

♦ **Spécifique**

- Doxycycline pour les personnes âgées de 8 ans ou plus.
- Amoxicilline pour les enfants de moins de 8 ans.
- La durée du traitement est de 14 à 21 jours.
- Il n'est généralement pas recommandé de donner des antibiotiques en prophylaxie dans les cas de morsure de tique.

♦ **De soutien**

Selon les symptômes.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Le traitement recommandé pour la femme enceinte est l'amoxicilline.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

- Ne pas exclure le sujet du service de garde.
- Si une tique est remarquée sur la peau d'un enfant, il est recommandé de consulter rapidement un médecin pour la faire enlever et analyser. L'envoi au LSPQ permet l'identification de la tique et est utile aux fins de surveillance.

♦ Contacts

Aucune.

Environnement

La prévention de la maladie consiste essentiellement à éviter de se faire piquer. Les mesures suivantes sont pertinentes lorsqu'on séjourne dans une région endémique pour la maladie de Lyme :

- porter des vêtements longs et clairs afin de diminuer l'exposition de la peau et faciliter l'identification des tiques sur le tissu;
- mettre le bas des pantalons à l'intérieur des chaussettes ou porter des vêtements refermés aux poignets et aux chevilles;
- porter un chapeau;
- porter des chaussures fermées;
- utiliser un insectifuge à base de DEET;
- s'examiner aux 24 heures. Il semble que ce soit la mesure la plus importante pour prévenir la maladie de Lyme.

Suivi

Aucun.

LISTÉRIOSE INVASIVE

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La listériose invasive est une infection bactérienne rare causée par *Listeria monocytogenes*. Sa mortalité est élevée (20 à 40 %). Cette bactérie a été isolée dans le sol, la poussière, l'eau et les aliments. Les femmes enceintes, les nouveau-nés, les personnes immunosupprimées (cancer, sida, prise de stéroïdes), les personnes atteintes de diabète ou d'une maladie rénale et les personnes âgées sont les plus sujets à être infectés par la bactérie.

Tableau clinique

Les symptômes de la listériose sont variables : fièvre, maux de tête aigus, nausées et vomissements. On peut à l'occasion observer une inflammation d'autres organes et des lésions cutanées.

Les symptômes de la forme bénigne ressemblent à ceux d'une grippe ou d'une gastro-entérite. Les symptômes de la forme invasive touchent plus fréquemment les nouveau-nés, les personnes âgées (plus de 60 ans) et les immunosupprimés, et sont associés à une bactériémie ou à une méningo-encéphalite.

Complications

La listériose peut entraîner un avortement ou un accouchement prématuré. La forme invasive peut conduire au décès de la personne atteinte.

Chez les nouveau-nés, 30 % des infections sont mortelles.

Durée de la maladie

La listériose invasive peut durer plusieurs mois.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

La listériose invasive s'acquiert de quatre façons différentes, soit :

- par l'ingestion d'aliments contaminés (ex. : lait et produits laitiers non pasteurisés, charcuterie, fruits et légumes crus et non lavés, poissons fumés, graines germées crues);
- par la voie transplacentaire (*in utero*);
- au cours de l'accouchement (si tractus vaginal infecté);
- par le contact avec des sols, des surfaces ou des objets contaminés ou avec un animal infecté.

Transmission

Aucune transmission de personne à personne.

Période d'incubation

La période d'incubation dure entre 3 et 70 jours, et 21 jours en moyenne.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que la bactérie est présente dans les selles. Elle peut persister plusieurs mois. L'état de porteur asymptomatique peut atteindre 10 % chez les personnes infectées.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la listériose.

Immunité

On n'a pas démontré que la listériose conférait une immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

Culture bactérienne des liquides biologiques.

♦ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement

♦ Spécifique

Pénicilline ou ampicilline seule ou combinée avec un aminoglycoside selon la gravité du tableau clinique. Les céphalosporines sont inefficaces.

♦ De soutien

- Hydratation.
- Surveillance neurologique et électrolytique.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

La femme enceinte devrait éviter de consommer des aliments susceptibles d'être contaminés par le *Listeria monocytogenes*. Le risque d'acquérir la maladie est plus élevé chez la femme enceinte.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Au cours de l'enquête, on doit :

- communiquer avec le service de garde dès la confirmation d'un ou de plusieurs cas;
- vérifier la présence d'une source de contamination;
- détecter l'élosion et mettre en place rapidement les mesures de contrôle.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

Si le sujet présente des symptômes, lui administrer le traitement spécifique; ne pas l'exclure.

♦ Contacts

Chercher les cas présentant des symptômes.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains.

Respecter de bonnes règles d'hygiène et de manipulation des aliments (voir le chapitre IV).

Consommer des produits laitiers pasteurisés.

Laver les fruits et les légumes qui seront consommés crus.

Suivi

Surveiller l'apparition de nouveaux cas.

MÉNINGITE VIRALE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Les méningites sont causées par une très grande variété d'agents infectieux. Les agents viraux le plus souvent en cause sont les échovirus et les virus coxsackie des groupes A et B. Les méningites peuvent aussi être causées par les virus de la poliomyélite, de la rougeole, de la varicelle, de la mononucléose et des oreillons. Toutefois, l'agent causal reste inconnu dans plus de 50 % des cas. Les infections se produisent surtout l'été et l'automne.

Sont abordées ici les infections causées par les entérovirus (coxsackie, échovirus). Pour les autres infections, voir la section correspondant à l'agent causal.

Tableau clinique

Les méningites virales sont fréquentes, et rarement fatales. Elles débutent de façon soudaine, par de la température, des signes et des symptômes méningés (céphalées, raideur à la nuque, nausées, vomissements...).

Selon l'agent en cause, les cas présenteront des symptômes respiratoires ou gastro-intestinaux, une éruption cutanée, des vésicules et des pétéchies.

L'état général est moins atteint et les symptômes sont souvent moins intenses que dans le cas des méningites bactériennes.

Les infections à entérovirus sont habituellement asymptomatiques.

Complications

Aucune complication dans la plupart des cas. Néanmoins, il peut y avoir des manifestations transitoires, telles que : parésie, faiblesse, spasmes musculaires, insomnie et changement de comportement.

Une infection acquise en période néonatale peut causer une maladie très grave, voire un décès.

Durée de la maladie

La méningite virale dure rarement plus de dix jours.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

La méningite virale s'acquiert à la suite de l'ingestion du virus présent dans les selles ou les sécrétions respiratoires d'une personne infectée (avec symptômes ou non) et contaminant les mains ou objets et surfaces.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure de trois à six jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que la personne infectée excrète le virus. L'excrétion du virus dans les selles persiste plusieurs semaines après le début de la maladie. L'excrétion respiratoire dure sept jours ou moins.

La majorité des contacts infectés n'auront pas de symptômes.

Réceptivité

Généralement, les jeunes enfants sont plus susceptibles de contracter une méningite virale.

Immunité

La méningite virale confère une immunité spécifique au virus en cause.

Il n'existe aucun vaccin contre la plupart des virus qui causent la méningite virale. Des vaccins existent contre les virus de la polio, de la rougeole, des oreillons et de la varicelle.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

- Tableau clinique.
- Analyse et culture virale du LCR.

♦ Exceptionnelles

Culture virale de la gorge, des sécrétions pharyngées ou des selles.

Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour recherche d'entérovirus sur le LCR.

Traitement

♦ Spécifique

Aucun.

♦ De soutien

Selon le degré de l'atteinte.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Rarement, une virémie chez la mère en fin de grossesse peut causer une maladie grave chez le nouveau-né.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Si un agent spécifique autre qu'un entérovirus est identifié, voir la section correspondante.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

Peut réintégrer le service de garde dès que son état de santé le lui permet.

♦ Contacts

- Considérer comme contacts tous les enfants et le personnel du service de garde.
- Remettre une lettre à tous les contacts.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Réviser la technique de changement de couches, prioriser l'utilisation de couches jetables, lingettes à usage unique et de gants au besoin (voir chapitre IV, section « Le changement de couches »).

Suivi

Aucun.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Méningite virale

Chers parents,

Votre enfant peut avoir été en contact, au service de garde, avec une personne souffrant d'une méningite virale.

Cette maladie peut se manifester par de la fièvre, une raideur à la nuque, des vomissements, de l'irritabilité. La maladie est en général bénigne et la guérison se fait en quelques jours.

Le virus est présent dans les selles de la personne malade, et peut contaminer l'environnement, les mains et les jouets, d'où l'importance de bien se laver les mains et celles de l'enfant lorsque l'on change sa couche ou qu'on l'accompagne aux toilettes.

Il n'y a pas de traitement spécifique.

La plupart des personnes infectées ne présenteront aucun symptôme. En revanche si, dans les prochains jours, votre enfant présentait des symptômes qui ressemblent à ceux décrits précédemment, consultez votre médecin ou rendez-vous à votre CLSC (apportez cette lettre avec vous). Votre enfant pourra retourner au service de garde dès que son état de santé le lui permettra.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

MÉNINGOCOQUE (INFECTION À)

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Neisseria meningitidis, ou méningocoque, est la cause d'infections graves, tels la méningite et le *purpura fulminans*. Il existe plusieurs sérogroupes, dont les suivants : A, B, C, Y et W135.

Au Canada, environ 50 % des cas sont causés par le séro groupe B, contre lequel il n'existe pas de vaccin efficace. Depuis le début des années 1990, on observe une recrudescence du séro groupe C avec des poussées épidémiques dans certaines régions, dont le Québec en 2001. Des campagnes de vaccination ont permis de contrôler ces poussées épidémiques.

Tableau clinique

Infection invasive

L'infection invasive à *Neisseria meningitidis* peut se présenter avec un tableau de méningococcémie et/ou de méningite. La méningococcémie se manifeste par de la fièvre, un malaise généralisé, la prostration et souvent, une éruption qui peut être initialement maculaire ou maculopapulaire avant de devenir pétéchiale ou purpurique. Le choc septique accompagne souvent ce tableau clinique. La méningite se manifeste brusquement par une forte fièvre, des maux de tête importants, une raideur de la nuque, des myalgies, des nausées et des vomissements. L'infection peut progresser de façon fulminante. Des cas de conjonctivite et de pneumonie à *Neisseria meningitidis* sont également décrits. Le pronostic de l'infection à *Neisseria meningitidis* varie beaucoup en fonction de la virulence de la souche et du tableau clinique. Le taux de létalité est estimé entre 7 et 19 %.

Colonisation du nasopharynx (état de porteur)

La colonisation du nasopharynx par le *Neisseria meningitidis* est asymptomatique. La prévalence des porteurs dans la population générale peut varier de 3 % à plus de 25 %. Les facteurs facilitant le passage de l'état de porteur à la maladie invasive sont mal définis. Toutefois, l'acquisition récente du portage, le jeune âge, les conditions socioéconomiques difficiles, la fumée de cigarette, certains déficits immunitaires et les infections respiratoires récentes (surtout l'influenza) ont tous été associés à un risque accru.

Complications

Les complications peuvent être les suivantes : péricardite, myocardite, arthrite septique, coma, coagulation intravasculaire disséminée, gangrène des extrémités, amputation, déficit neurologique, surdité, paralysie cérébrale et décès.

Durée de la maladie

La durée de la maladie est variable. Dans le cas d'une maladie invasive, la bactérie est rapidement tuée par les antibiotiques, mais souvent les signes cliniques persistent au moins quelques jours.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'infection à *Neisseria meningitidis* s'acquiert :

- par l'inspiration de gouttelettes projetées dans l'air à proximité d'une personne infectée qui tousse ou qui éternue;
- par l'inoculation des muqueuses par l'entremise des objets ou des mains contaminés par les sécrétions des voies respiratoires d'une personne infectée, qu'elle présente des symptômes ou non (ex. : baiser, échange de jouets portés à la bouche). Le nasopharynx humain (du porteur ou du malade) est le seul réservoir de *Neisseria meningitidis*.

Note : Le méningocoque est une bactérie qui ne survit pas longtemps hors de l'hôte; aussi le risque de transmission par contact indirect est-il faible.

Transmission

- Gouttelettes
- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation est de un à dix jours, habituellement moins de quatre jours. Les cas subséquents se déclarent généralement dans les dix jours suivant l'apparition du premier cas.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure probablement aussi longtemps que le micro-organisme est présent dans les sécrétions nasopharyngées. Le traitement parentéral de la personne malade n'élimine pas toujours l'état de porteur, sauf lorsque celle-ci est traitée avec de la ceftriaxone ou une autre céphalosporine de troisième génération reconnue pour éliminer l'état de porteur.

L'état de porteur (colonisation) peut durer plusieurs mois et la personne demeure contagieuse aussi longtemps qu'elle est porteuse.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une infection invasive à *Neisseria meningitidis*. Cette maladie touche surtout les enfants âgés de moins de 5 ans (le taux d'attaque maximale se situant chez les moins de 1 an) et, à un degré moindre, les adolescents. Les enfants souffrant d'une déficience du complément ou d'une asplénie (fonctionnelle ou anatomique) sont particulièrement vulnérables.

Immunité

L'infection invasive à *Neisseria meningitidis* confère une immunité de durée inconnue, spécifique au type en cause. Il n'existe pas de protection croisée.

Les vaccins offerts sur le marché couvrent les sérogroupes A, C, Y et W135. Leur immunogénicité et leur durée de protection sont variables. Il n'y a pas encore de vaccin contre le sérogrupe B.

Depuis 2001, au Québec, les enfants sont vaccinés, contre le méningocoque de sérogrupe C, à l'âge de 1 an.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

- Tableau clinique.
- Analyse et culture bactérienne du liquide céphalorachidien, du sang ou d'autres liquides biologiques.

◆ **Exceptionnelles**

- Biopsie des lésions cutanées pour coloration de Gram et culture bactérienne.
- Détection du *Neisseria meningitidis* par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur le liquide céphalorachidien, le sang ou d'autres liquides biologiques.

Traitement

◆ **Spécifique**

- Administration de pénicilline, de ceftriaxone ou de céfotaxime par voie parentérale.
- Une antibiothérapie à la pénicilline ou à l'ampicilline se révèle peu efficace pour éradiquer l'état de porteur. On recommande d'administrer au sujet un traitement complémentaire à la rifampicine avant sa sortie de l'hôpital, sauf s'il a été traité pendant au moins 24 heures avec de la ceftriaxone ou une autre céphalosporine de troisième génération reconnue efficace pour éliminer l'état de porteur.

◆ **De soutien**

Hydratation, intubation, traitement du choc, etc.

◆ **Prophylactique**

Rifampicine, ceftriaxone ou ciprofloxacine.

Particularités associées au service de garde

On estime que le taux d'attaque secondaire de l'infection invasive à *Neisseria meningitidis* à partir d'un cas sporadique est de 300 à 400 fois plus élevé pour les contacts familiaux non traités et environ 75 fois plus élevé pour les contacts en service de garde que pour la population en général.

Des cas d'infection à *N. meningitidis* sérogroupe B résistants à la ciprofloxacine ont été rapportés récemment dans certains États des États-Unis. Cela ne change cependant pas le choix de l'antibiotique à utiliser au Canada.

Particularités associées à la femme enceinte

On vaccinera une femme enceinte ou qui allaite si elle a été en contact étroit avec une personne souffrant d'infection invasive à *Neisseria meningitidis*.

Pour la chimioprophylaxie, ne pas administrer de rifampicine ni de ciprofloxacine, mais de la ceftriaxone. Si la femme est allergique aux céphalosporines, utiliser l'azithromycine.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Durant l'enquête, on doit :

- déclarer le cas à la Direction de santé publique dans les plus brefs délais, afin de valider le diagnostic et amorcer l'intervention;
- identifier les contacts.

Mesures de contrôle

◆ **Sujet**

L'enfant pourra réintégrer le service de garde lorsque sa condition le lui permettra et que le traitement pour éliminer l'état de porteur aura été complété.

◆ **Contacts**

- Remettre une lettre explicative à tous les contacts.

- En service de garde en milieu familial, considérer comme contacts tous les enfants et membres du personnel ayant été en contact avec le sujet dans les sept jours précédent le début des symptômes et jusqu'à 24 heures après le début du traitement.
- En CPE ou en garderie qui accueille de nombreux enfants répartis dans différents groupes, considérer comme contacts les personnes du même groupe que le sujet. On doit aussi évaluer si d'autres personnes devraient être considérées comme contacts, par exemple celles d'un groupe qui se joint parfois à celui du sujet. De plus, à la lumière des informations obtenues sur le milieu de garde, les professionnels de santé publique peuvent être amenés à considérer comme contacts l'ensemble des enfants et du personnel du service de garde.
- Diriger vers l'urgence d'un centre hospitalier toute personne qui a été en présence du sujet et qui présente une maladie fébrile dans les deux semaines suivant le dernier contact.
- Administrer une chimioprophylaxie aux contacts, quel que soit leur situation vaccinale. Cette médication devrait être administrée le plus rapidement possible (de préférence dans les 24 heures qui suivent le diagnostic du cas index) et simultanément à tous les contacts et ce, dans les 10 jours suivant le dernier contact avec le cas index.
- Il n'est pas recommandé d'exclure du service de garde une personne qui refuse la chimioprophylaxie.
- Remettre une lettre aux personnes non identifiées comme contact.

Chimioprophylaxie

Rifampicine

- Adulte : 600 mg *po* aux 12 heures pendant deux jours.
- Enfant \geq 1 mois : 20 mg/kg/jour *po* divisés en deux doses quotidiennes pendant deux jours (max. : 600 mg par dose).
- Enfant $<$ 1 mois : 10 mg/kg/jour *po* divisés en deux doses quotidiennes pendant deux jours.

La rifampicine peut être préparée en suspension par le pharmacien, avec qui on aura pris préalablement une entente.

Aviser la personne des effets secondaires possibles (nausées, vomissements, diarrhée, étourdissements, céphalées dans 20 % des cas, coloration orangée des urines et des larmes, coloration permanente des lentilles cornéennes souples et diminution de l'efficacité des contraceptifs oraux).

Ceftriaxone

- On utilisera la ceftriaxone lorsque la rifampicine est contre-indiquée.
- Adulte : 250 mg, IM, en dose unique.
- Enfant $<$ 12 ans : 125 mg, IM, en dose unique.

Ciprofloxacine

- Adulte : 500 mg *po* en dose unique.
- Elle n'est pas recommandée aux personnes de moins de 18 ans.

Vaccination

- En plus de la chimioprophylaxie, la vaccination des contacts étroits est recommandée si la souche en cause appartient à un sérogroupe contenu dans un vaccin. S'il s'agit d'une méningococcie du sérogroupe C, administrer un vaccin conjugué contre le ménigocoque du sérogroupe C selon le protocole en vigueur. S'il s'agit d'une méningococcie des sérogroupe A, Y ou W135 et que l'enfant est âgé de plus de 2 ans, administrer le vaccin conjugué quadrivalent puisqu'il offre une meilleure immunogénicité. Dans le cas des enfants de moins de 2 ans qui présentent une infection causée par le sérogroupe A, le vaccin polysaccharidique quadrivalent ou le vaccin conjugué quadrivalent peuvent être utilisés.

- La durée de protection conférée par les vaccins polysaccharidiques et les vaccins conjugués est limitée et varie selon l'âge à la vaccination. Pour les contacts qui ont été vaccinés dans le passé, voir le *Protocole d'immunisation du Québec* pour connaître les recommandations de revaccination.
- La vaccination ne remplace pas la chimioprophylaxie, mais elle assure la protection de l'individu quand celle-ci n'agit plus. On procédera donc à la vaccination dans les meilleurs délais après avoir reçu la confirmation que le sérogroupe en cause est contenu dans le vaccin. Dans certains contextes épidémiologiques (ex. : élosion en cours dans la communauté avec sérogroupe contenu dans le vaccin), il pourrait être approprié de vacciner le cas index sans confirmation du sérogroupe.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Renforcer l'hygiène respiratoire.

Suivi

Surveiller l'apparition de symptômes chez les contacts.

LETTRE aux parents des enfants considérés comme contacts

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection à méningocoque

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, une personne est atteinte d'une infection à méningocoque. Le méningocoque, aussi appelé *Neisseria meningitidis*, est une bactérie qui peut se retrouver dans le nez et la gorge des enfants et des adultes en bonne santé. Il peut parfois causer des infections graves incluant la méningite (infection grave qui consiste en l'inflammation des enveloppes du cerveau), la bactériémie (présence de bactéries dans le sang) et, rarement, la pneumonie ou l'atteinte d'autres organes.

Comme cette bactérie peut se transmettre en service de garde, les enfants qui ont été identifiés comme ayant été en contact avec la personne malade doivent recevoir le plus tôt possible (de préférence dans les 24 heures) un traitement préventif à base de rifampicine. Ce traitement peut s'accompagner d'effets secondaires bénins (symptômes digestifs, coloration orangée des urines et des larmes, coloration permanente des lentilles cornéennes souples). Les lentilles cornéennes souples doivent être enlevées durant le traitement et jusqu'à 24 heures après la fin de la prise de ce médicament.

Pour aider à enrayer cette infection et à protéger la santé de votre enfant et celle de tous ceux qui fréquentent le service de garde, il est important que votre enfant termine son traitement préventif. En plus de ce traitement préventif, il est possible que l'on recommande la vaccination pour votre enfant. Si, dans les deux prochaines semaines, votre enfant présente une forte fièvre, des maux de tête importants, une raideur du cou ou de petites plaques rouges sur le corps, amenez-le le plus rapidement possible à l'urgence et apportez cette lettre avec vous.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

**LETTRE pour les parents des enfants dans un CPE ou une garderie
ne répondant pas à la définition de contact****Aux parents des enfants fréquentant le CPE ou la garderie**

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection à méningocoque

Chers parents,

Actuellement, au service de garde que fréquente votre enfant, une personne est atteinte d'une infection à méningocoque. Toutes les mesures de prévention nécessaires ont déjà été prises pour les individus ayant eu un contact étroit avec cette personne. Votre enfant n'est pas visé par les mesures et il peut continuer de fréquenter le service de garde.

Le méningocoque, aussi appelé *Neisseria meningitidis*, est une bactérie qui se transmet d'une personne à l'autre à la suite d'un contact avec les sécrétions du nez et de la gorge d'une personne infectée. La transmission se fait à l'occasion d'un contact étroit et intime. Les individus vivant sous le même toit qu'une personne malade et certaines personnes ayant eu des contacts très proches avec cette personne au service de garde sont considérés comme des contacts étroits.

La bactérie peut causer des infections graves, comme la méningite, qui se manifeste habituellement par une forte fièvre, des maux de tête importants, une raideur du cou, des nausées et des vomissements. Lorsqu'il y a infection du sang, on peut aussi observer sur la peau des rougeurs ou de petites hémorragies de la taille d'une tête d'épingle (pétéchies) ou des ecchymoses (« bleus »). L'état de la personne malade se détériore rapidement et celle-ci peut devenir confuse et somnolente.

Au cours des deux prochaines semaines, si votre enfant présente de la fièvre avec un ou plusieurs de ces symptômes, consultez un médecin le plus rapidement possible et apportez cette lettre avec vous.

Pour des renseignements additionnels, vous pouvez communiquer avec le service Info-Santé en composant le 811.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

LETTRE aux membres du personnel considérés comme contacts

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection à méningocoque

Madame, Monsieur,

Actuellement, au service de garde, une personne a une infection à méningocoque. Le méningocoque, aussi appelé *Neisseria meningitidis*, est une bactérie qui peut se retrouver dans le nez et la gorge des enfants et des adultes en bonne santé. Il peut parfois causer des infections sérieuses incluant la méningite (infection grave qui consiste en une inflammation des enveloppes du cerveau), la bactériémie (présence de bactéries dans le sang) et, rarement, la pneumonie ou l'atteinte d'autres organes.

Comme cette bactérie peut se transmettre en service de garde, les personnes qui ont été en contact avec la personne malade doivent recevoir le plus tôt possible (de préférence dans les 24 heures suivant l'établissement du diagnostic) un traitement antibiotique préventif. Il est important que vous nous informiez si vous êtes enceinte afin que l'on puisse choisir l'antibiotique le mieux adapté pour vous.

Il est important de bien prendre le traitement préventif pour aider à enrayer cette infection et pour protéger votre santé et celle de tous ceux qui fréquentent le service de garde.

En plus du traitement préventif, il est possible que l'on vous recommande d'être vacciné.

Si, dans les deux prochaines semaines, vous présentez une forte fièvre, des maux de tête importants, une raideur du cou ou de petites rougeurs sur le corps, rendez-vous le plus rapidement possible à l'urgence avec cette lettre.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

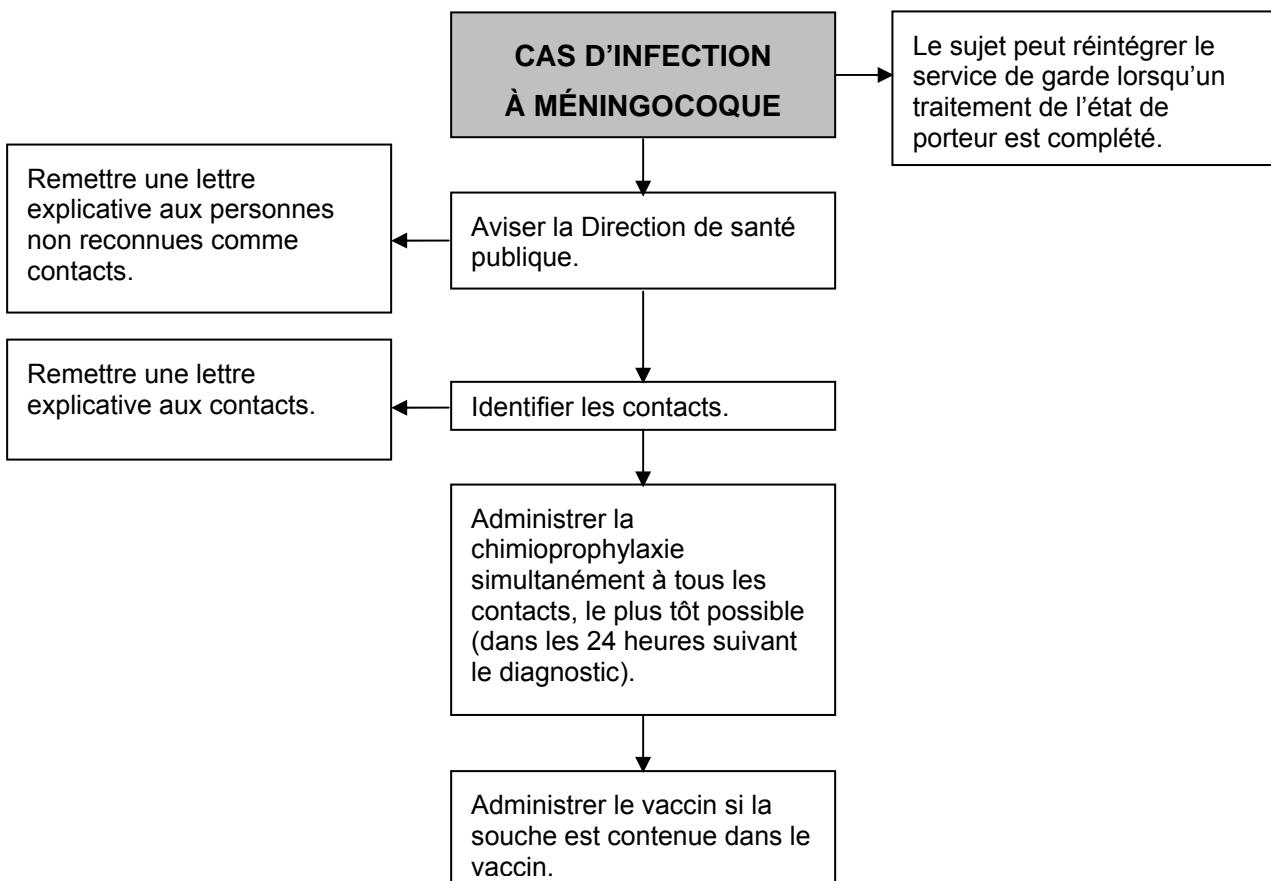
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

INFECTION À MÉNINGOCOQUE (*NEISSERIA MENINGITIDIS*)

ARBRE DÉCISIONNEL



MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le molluscum contagiosum est une infection cutanée bénigne causée par un virus du groupe des poxvirus.

Tableau clinique

Le molluscum contagiosum se manifeste par des papules ombiliquées de 2 à 10 mm de diamètre, allant du rose perlé au blanc. Les lésions sont généralement asymptomatiques.

Chez les enfants, les lésions se localisent au visage, au tronc et aux membres supérieurs. Souvent, on observe une eczématisation de la peau autour des lésions.

Chez les adultes, les lésions se localisent plus souvent aux organes génitaux.

Complications

En général, les lésions provoquées par le molluscum contagiosum guérissent sans laisser de cicatrices. La surinfection est peu fréquente en raison de l'absence de prurit.

Durée de la maladie

Si elles ne sont pas traitées, les lésions causées par le molluscum contagiosum disparaissent spontanément après une période de six mois à cinq ans (en moyenne, huit mois).

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Le molluscum contagiosum s'acquiert par contact direct avec les lésions d'une personne infectée et, moins fréquemment, par contact avec des objets contaminés (serviettes, éponges, etc.). La fréquentation des piscines a été associée à l'infection. L'auto-inoculation est fréquente.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure en général de deux à sept semaines.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure probablement tant que les lésions persistent.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter le molluscum contagiosum.

Immunité

Le molluscum contagiosum ne confère aucune immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

- ◆ **Habituelles**
Tableau clinique.
- ◆ **Exceptionnelles**
Aucune.

Traitement

- ◆ **Spécifique**

Dans la majorité des cas, la maladie guérit spontanément. Toutefois, pour des raisons esthétiques, pour prévenir la propagation et l'auto-inoculation et pour diminuer la durée de la maladie, on peut opter pour un des traitements suivants : curetage sous anesthésie locale, cryothérapie, application topique d'agents kératolytiques.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- ◆ **Sujet**
 - Ne pas exclure le sujet.
 - Si possible, couvrir les lésions exposées, mais cette mesure n'est pas indispensable.
- ◆ **Contacts**
Éviter le contact avec les lésions.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Suivi

Aucun.

MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La mononucléose infectieuse est une maladie causée par le virus Epstein-Barr (EBV). Ce virus cause aussi d'autres syndromes cliniques. L'incidence de la mononucléose est plus élevée entre l'âge de 14 et 16 ans pour les filles, et entre l'âge de 16 et 18 ans pour les garçons.

Tableau clinique

Les manifestations de la mononucléose sont variées, allant de l'absence de symptômes (surtout chez les enfants) au décès (rare). La présentation typique est la suivante : fièvre, fatigue importante, pharyngite exsudative, lymphadénopathie, hépatosplénomégalie et lymphocytose atypique dans le sang. La mononucléose peut également se manifester par un rash, surtout chez les personnes traitées à l'ampicilline.

Les autres symptômes sont les suivants : céphalées, malaise général, anorexie, myalgies, nausées.

Complications

La mononucléose infectieuse peut entraîner les complications suivantes :

- obstruction respiratoire;
- atteintes neurologiques telles que méningite aseptique, encéphalite, syndrome de Guillain-Barré, syndrome d'Alice au pays des merveilles (hallucinations);
- rupture splénique, thrombocytopénie, agranulocytose, anémie hémolytique, atteinte cardiaque.

Durée de la maladie

La durée de la mononucléose infectieuse est variable : 95 % des patients évoluent de façon favorable et sont asymptomatiques au bout de deux à trois semaines. La prostration associée à l'infection se résorbe plus lentement.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

La mononucléose infectieuse s'acquiert de trois façons différentes, soit :

- par contact intime avec la salive d'une personne infectée;
- par contact avec des objets contaminés par de la salive;
- par transfusion sanguine (exceptionnel).

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Note : Le virus peut rester viable dans la salive pendant plusieurs heures hors de l'hôte.

Période d'incubation

La période d'incubation dure de quatre à sept semaines.

Période de contagiosité

La période de contagiosité est inconnue. L'excrétion pharyngée du virus peut persister un an et plus après une mononucléose infectieuse. De 10 à 20 % des adultes en bonne santé excrètent de façon intermittente le virus dans leur salive. La mononucléose est une maladie infectieuse considérée comme peu contagieuse.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une mononucléose infectieuse.

La moitié de la population est infectée, de façon asymptomatique ou peu symptomatique, avant l'âge de 5 ans. L'autre moitié contractera le virus plus tard, entre 15 et 24 ans, et présentera dans 50 % des cas une mononucléose classique. À l'âge adulte, 95 % des individus seront immuns.

Immunité

La mononucléose infectieuse confère une immunité permanente.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

- Tableau clinique.
- Formule sanguine (lymphocytose atypique).
- Monotest (présence d'anticorps hétérophiles). Le monotest est rarement positif chez les enfants de moins de 4 ans mais détecte 85 % des cas classiques de mononucléose chez les enfants plus vieux et les adultes.
- Sérologie pour recherche d'anticorps spécifiques anti-Epstein-Barr :

♦ Exceptionnelles

Technique d'amplification des acides nucléiques (TAAN).

Traitement

♦ Spécifique

Aucun.

♦ De soutien

- Antipyrétiques, repos, diète légère.
- Hydratation, parfois corticostéroïdes en cas de complications graves (obstruction des voies respiratoires supérieures en raison d'une hypertrophie importante des amygdales, anémie hémolytique, thrombopénie, atteintes neurologiques et myocardite).
- Si splénomégalie, éviter les sports de contact ou violents tant que la rate est hypertrophiée.

Particularités associées au service de garde

La mononucléose infectieuse passe souvent inaperçue chez les enfants d'âge préscolaire.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

Ne pas exclure l'enfant si son état de santé lui permet de participer aux activités du service de garde.
Respecter strictement les mesures d'hygiène en ce qui concerne les sécrétions oropharyngées.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe.
- Remettre une lettre à tous les contacts.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Suivi

Aucun.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Mononucléose

Chers parents,

Votre enfant a été en contact, au service de garde, avec une personne souffrant d'une mononucléose.

Cette maladie est habituellement bénigne et peu contagieuse. Elle se manifeste par de la fièvre, une fatigue importante, une perte d'appétit et des ganglions enflés (bosses) au niveau du cou et des aisselles. Cependant, les jeunes enfants ne présentent souvent aucun symptôme.

Si, dans les prochains jours, votre enfant manifestait des symptômes ressemblant à ceux décrits ci-dessus, consultez votre médecin ou rendez-vous à votre CLSC (apportez cette lettre). Votre enfant pourra retourner au service de garde dès que son état de santé le lui permettra.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

OREILLONS

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Les oreillons consistent en une infection virale aiguë causée par un virus du genre paramyxovirus, qui se manifeste souvent par une parotidite (infection des glandes salivaires situées en avant des oreilles). Au Québec, la maladie est devenue peu fréquente depuis la vaccination, mais des cas sont encore déclarés.

Tableau clinique

La plupart (75 %) des individus infectés par le virus des oreillons présenteront le tableau clinique classique qui débute par un prodrome de un ou deux jours de fièvre, perte d'appétit, malaise et céphalée. Par la suite apparaît la tuméfaction unilatérale ou bilatérale des glandes parotidiennes (le long de la mâchoire). Certains cas ne présenteront que des symptômes frustres, et plus de 20 % seront asymptomatiques.

Complications

Les oreillons peuvent entraîner, dans 10 % des cas, une méningite clinique généralement bénigne et sans séquelles.

Après la puberté, 20 à 30 % des hommes atteints souffrent d'une orchite et 5 % des femmes atteintes présentent une ovarite, toutes deux souvent unilatérales. La stérilité est une séquelle rare.

Plus rarement, les oreillons provoqueront une pancréatite (2-5 % des cas), une encéphalite (1-2 cas sur 10 000), la surdité (1 cas sur 20 000), de l'arthrite ou une thyroïdite.

Durée de la maladie

Les oreillons durent de trois à dix jours.

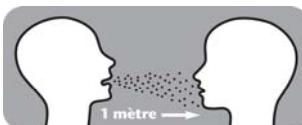
Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Les oreillons s'acquièrent à la suite de l'inspiration de gouttelettes projetées dans l'air par une personne infectée qui tousse ou qui éternue ou encore, à la suite de l'inoculation des muqueuses par des sécrétions respiratoires venant d'une personne infectée.

Transmission

Gouttelettes



Période d'incubation

La période d'incubation dure de 12 à 25 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure de sept jours avant l'apparition de la tuméfaction jusqu'à neuf jours après.

La contagiosité maximale est atteinte 48 heures avant le début de la parotidite.

Réceptivité

Toute personne née depuis 1970 et n'ayant pas fait les oreillons ou n'ayant pas reçu le vaccin est susceptible de contracter cette maladie.

Immunité

Les oreillons confèrent une immunité permanente.

La protection contre les oreillons après l'administration d'une dose de RRO (vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons) est d'environ 97 % pour les enfants et 93 % pour les adultes. Le vaccin monovalent contre les oreillons n'est pas disponible au Québec.

Méthodes diagnostiques

◆ Habituelles

- Tableau clinique.
- Sérologie
 - o IgM spécifiques.
 - o IgG (deux prélèvements à deux-trois semaines d'intervalle).

◆ Exceptionnelles

Culture virale en phase aiguë de la maladie : écouvillonnage de l'orifice du canal de Stenon (meilleur spécimen), sécrétions nasopharyngées, urine ou LCR.

Traitement

◆ Spécifique

Aucun.

◆ De soutien

- Diète molle sans fruits citrins pendant la phase aiguë, car l'acidité accentue la douleur parotidienne.
- Antipyrétiques, analgésiques au besoin.

Particularités associées au service de garde

Très peu d'éclosions d'oreillons ont été rapportées en service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

La femme enceinte qui contracte les oreillons au premier trimestre de sa grossesse risque davantage de faire un avortement spontané. Il n'y a pas de preuves scientifiques que le virus cause des malformations congénitales.

Le vaccin vivant contre les oreillons ne devrait pas être donné aux femmes enceintes ou à celles qui pensent l'être. Cette précaution est liée au risque théorique d'une infection fœtale faisant suite à l'administration d'un vaccin vivant.

MESURES À PRENDRE

Enquête

- Déclarer le cas à la direction de santé publique.
- Confirmer le diagnostic.
- Identifier les contacts.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

Exclure l'enfant du service de garde jusqu'à neuf jours après l'apparition du gonflement. Si tous les contacts au service de garde (enfants et personnel) sont immunisés, l'enfant peut revenir au service de garde dès que son état de santé le lui permet.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe.
- Remettre une lettre à tous les contacts.
- Vérifier le statut vaccinal des contacts. Vacciner les contacts réceptifs âgés de 12 mois ou plus, même s'il n'a pas été démontré que la vaccination des contacts réceptifs prévient les cas secondaires. Profiter de l'occasion pour évaluer le statut vaccinal de tous les enfants et adultes du service de garde.
- Surveiller l'apparition de symptômes chez les contacts et les diriger vers un médecin ou le CLSC, s'il y a lieu.
- Les immunoglobulines ne sont pas efficaces pour prévenir les cas secondaires.
- On recommande d'exclure les contacts réceptifs immuno-supprimés jusqu'à 26 jours après l'apparition du dernier cas.

Environnement

Renforcer l'hygiène respiratoire (voir le chapitre IV).

Suivi

Aucun.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Oreillons

Chers parents,

Votre enfant a été en contact, au service de garde, avec une personne ayant les oreillons. C'est une maladie contagieuse qui peut être évitée par un vaccin.

Habituellement, les oreillons causent l'enflure des glandes situées devant et sous les oreilles. Ils s'accompagnent de fièvre modérée, de maux de tête et de maux d'oreilles. Une inflammation importante peut parfois causer une méningite ou une encéphalite (inflammation du cerveau) et, après la puberté, une inflammation des testicules (orchite) ou des ovaires (ovarite).

Le MSSS recommande que tous les enfants soient vaccinés contre les oreillons dès l'âge de 12 mois. Le vaccin contre les oreillons est associé à ceux contre la rougeole et la rubéole.

Nos fiches nous indiquent que :

- Votre enfant est adéquatement vacciné.
- Votre enfant n'est pas vacciné. Nous vous suggérons de communiquer avec votre médecin ou votre CLSC pour le faire vacciner immédiatement.
- Nous n'avons aucune information sur le statut vaccinal de votre enfant. Veuillez communiquer avec nous à ce sujet.

Si votre enfant, qu'il soit vacciné ou non, présente une des manifestations de la maladie, consultez un médecin ou votre CLSC (apportez cette lettre), et prévenez le service de garde.

Nous vous recommandons également de faire vacciner les autres membres de votre famille qui ne sont pas vaccinés.

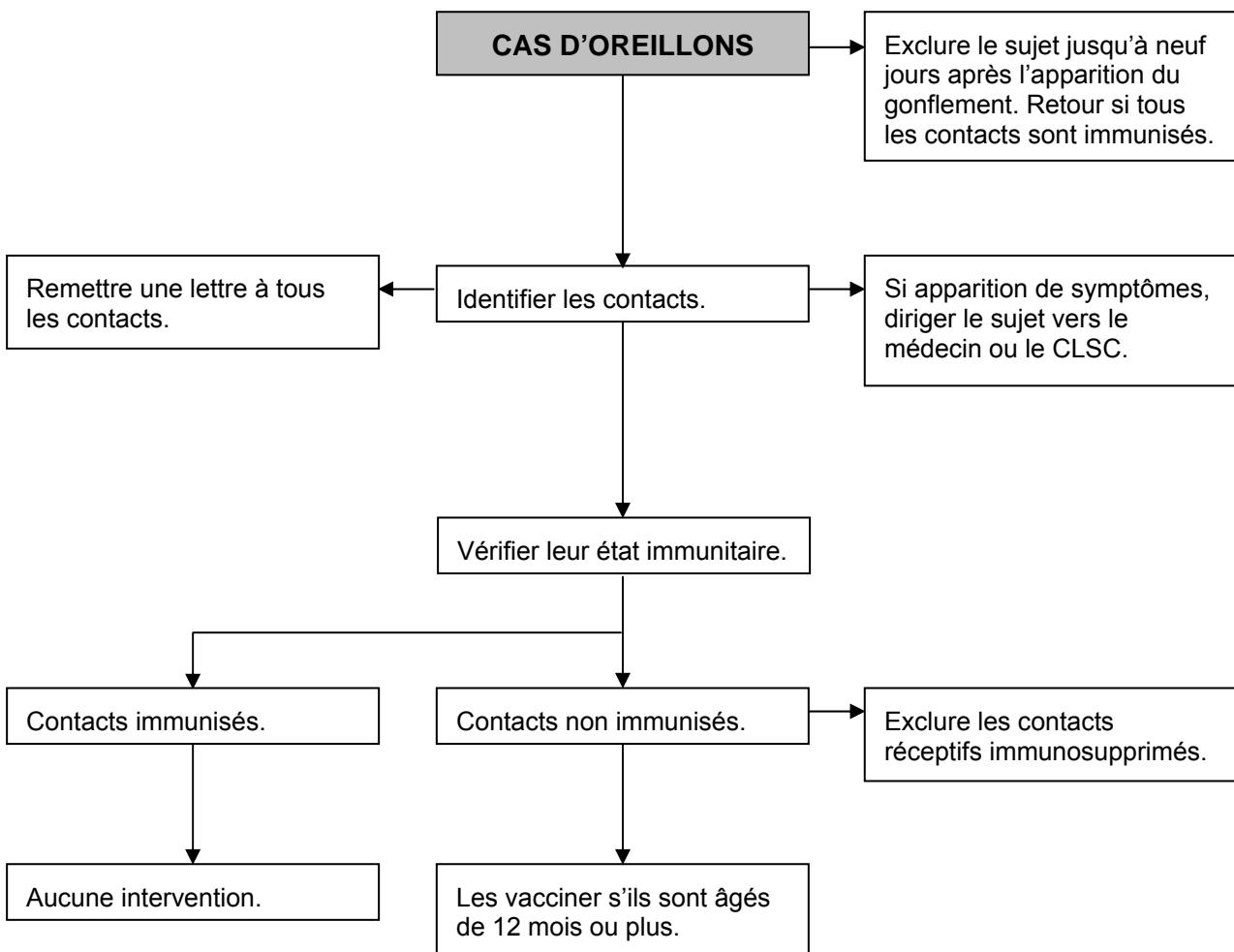
Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

OREILLONS ARBRE DÉCISIONNEL



OTITE MOYENNE AIGUË

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'otite moyenne aiguë est une infection de l'oreille moyenne se produisant généralement à la suite d'une IVRS ou d'allergies respiratoires. Elle peut être causée par des bactéries ou des virus. Les bactéries le plus souvent en cause sont le *Streptococcus pneumoniae*, l'*Haemophilus influenzae* non typable et le *Moraxella catarrhalis*. Les virus le plus souvent en cause sont le virus respiratoire syncytial, les rhinovirus, les coronarovirus, le para-influenza, l'influenza, les adénovirus et les entérovirus.

L'incidence est plus élevée chez les enfants âgés de moins de 2 ans, avec un pic entre 6 et 18 mois. L'otite moyenne aiguë est plus fréquente en hiver et au printemps, à l'instar de toutes les infections des voies respiratoires supérieures.

Tableau clinique

Le plus souvent, l'otite moyenne aiguë est précédée d'une infection virale des voies respiratoires supérieures. Elle se manifeste par une otalgie, de la fièvre, de l'irritabilité, des troubles du sommeil et une perte d'appétit.

Complications

L'otite moyenne aiguë peut entraîner les complications suivantes : la perforation du tympan (5 %), une otite moyenne séreuse chronique causant une diminution de l'audition et des risques de retard de langage secondaire, un cholestéatome, la mastoïdite (entre 1 cas sur 500 et 1 sur 1 000), une perte permanente d'audition, la bactériémie, la méningite, un abcès sous-dural, un abcès cérébral, la paralysie du nerf facial et la labyrinthite. La fréquence des complications chute remarquablement avec l'utilisation d'une antibiothérapie.

Durée de la maladie

La durée de l'otite moyenne aiguë est variable. Sans traitement antibiotique, la condition de jusqu'à 70 % des enfants ayant une otite s'améliorera après trois jours, et 80 % des enfants guériront d'une otite sans complication.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'otite est une complication d'une infection virale des voies respiratoires supérieures.

Transmission

Aucune transmission de personne à personne.

Période d'incubation

La période d'incubation est variable. Elle dépend de l'agent infectieux et des facteurs prédisposants de l'hôte.

Période de contagiosité

Il n'y a pas de période de contagiosité.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une otite moyenne aiguë. Être un enfant prématuré, être un garçon, appartenir à certains groupes ethniques (Amérindiens et Inuits), fréquenter un service de garde à l'enfance, avoir des antécédents d'otite moyenne dans la fratrie, avoir une fissure labio-palatine, être immunosupprimé, vivre en présence d'un fumeur, ne pas avoir été allaité, avoir des allergies, utiliser des tétines, avoir l'habitude de boire au biberon en position couchée, vivre dans la promiscuité et vivre dans un milieu défavorisé sont tous des facteurs qui augmentent les risques d'otite moyenne aiguë.

Immunité

L'otite moyenne aiguë ne confère aucune immunité. Il n'existe pas de vaccin contre l'otite moyenne. Cependant, les vaccins contre l'influenza et le pneumocoque peuvent aider à diminuer la fréquence et la gravité des épisodes d'otite.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

Tableau clinique.

♦ Exceptionnelles

Culture par paracentèse.

Traitement

♦ Spécifique

- Antibiothérapie, qui contiendra habituellement de l'amoxicilline, selon l'évaluation du médecin traitant. Pour les enfants de plus de 2 ans, il se peut qu'aucun traitement antibiotique ne soit prescrit si un suivi adéquat peut être assuré.
- Nettoyage et gouttes otiques, si otorrhée.

♦ De soutien

- Acétaminophène, si fièvre ou douleur.
- Myringotomie parfois indiquée.

Particularités associées au service de garde

La prévalence de l'otite moyenne aiguë augmente chez les enfants en service de garde; elle est plus marquée dans les services de garde à l'enfance en installation que dans les services de garde à l'enfance en milieu familial.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- ◆ **Sujet**
 - Ne pas exclure le sujet sauf si son état de santé ne lui permet pas de participer aux activités du service de garde.
 - En présence d'otorrhée, tenter de contenir l'écoulement.
- ◆ **Contacts**
 - Aucune intervention.

Environnement

Pratiques de base (voir le chapitre III, section « Contrôle de la transmission des infections »).

Suivi

Aucun.

OXYUROSE

(ENTÉROBIASE)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'oxyurose est une infection intestinale commune causée par un nématode (ver rond), *l'Enterobius vermicularis*.

Cycle de vie

L'humain infecté est le seul réservoir de l'oxyurose. Les femelles adultes vivent dans le côlon et pondent leurs œufs autour de l'anus, ce qui cause l'irritation. Par le grattage, les œufs peuvent être transmis à la bouche, et la personne se réinfecte.

Tableau clinique

La plupart des oxyuroses sont bénignes et présentent peu ou pas de symptômes cliniques. Le prurit, le symptôme le plus commun, cause de l'irritabilité et un dérangement du sommeil.

Note : Plusieurs symptômes, comme le grinçage des dents, n'ont aucun lien établi avec cette infection.

Complications

Les complications liées à l'oxyurose sont rares. Cette maladie peut provoquer une vulvovaginite, une salpingite, un granulome pelvien ou une infection du tractus urinaire.

Durée de la maladie

L'oxyurose dure tant qu'un traitement approprié n'est pas administré.

Modes d'acquisition et de transmission

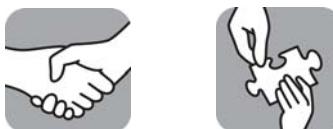
Acquisition

L'oxyurose s'acquiert par l'inoculation, à la bouche, d'œufs d'*Enterobius vermicularis* venant de l'anus d'une personne infectée, soit de la même personne (auto-infection) ou d'une autre personne, par l'entremise des mains, des vêtements, de la literie et de tout autre objet (ex. : siège de toilettes, petit pot, jouet) contaminés par des œufs.

Les œufs peuvent survivre jusqu'à trois semaines hors de l'hôte.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure de deux à six semaines.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que la personne infectée n'est pas traitée et que les femelles gravides pondent leurs œufs dans la région périanale.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'oxyurose.

Immunité

L'oxyurose ne confère pas d'immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

◆ Habituelles

- Tableau clinique.
- Test du Scotch tape à la région périanale pour examen microscopique.
- Visualisation des vers adultes de la région périanale, faite deux à trois heures après que l'enfant soit endormi.

◆ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement

◆ Spécifique

- Pamoate de pyrantel (offert en comprimés et en suspension) : 11 mg/kg *po* en une dose unique, maximum de 1 g (pour les enfants de plus de 1 an).
- Mébendazole : 100 mg *po* en une dose unique (pour les enfants de plus de 1 an).

Note : Il est recommandé de répéter le traitement après deux semaines.

Particularités associées au service de garde

L'oxyurose est plus fréquente chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire. L'onychophagie (ronger ses ongles) et le fait de sucer son pouce sont des comportements qui augmentent la transmission de l'infection.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Si plusieurs cas sont rapportés, il peut être pertinent de visiter le service de garde.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

Ne pas exclure le sujet.

Note : Un bain le matin aide à éliminer les œufs de la région anale.

◆ Contacts

- En présence d'un seul cas, considérer comme contacts les membres de la famille seulement.
- En présence de plusieurs cas, considérer comme contacts les membres de la famille des personnes atteintes ainsi que les enfants et les membres du personnel appartenant au même groupe que les sujets.
- Faire le test du *Scotch tape* à deux ou trois contacts avec symptômes au service de garde pour confirmation. Si un test est positif, traiter tous les contacts présentant des symptômes.
- Traiter tous les contacts familiaux, qu'ils aient des symptômes ou non.
- Remettre une lettre à tous les contacts.

Environnement

Pendant les deux ou trois jours suivant le début du traitement :

- renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains (porter une attention particulière aux ongles), le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets, toilettes, petits pots et tables à langer;
- réviser la technique de changement de couches;
- changer et laver à l'eau chaude, au moins une fois par jour, la literie, les pyjamas et les sous-vêtements des cas infectés;
- ouvrir les rideaux dans les aires de sieste lorsque c'est possible car les œufs sont détruits par la lumière.

Suivi

Surveiller l'apparition de nouveaux cas au service de garde jusqu'à un mois après le diagnostic du dernier cas.

Note : Exceptionnellement, si le problème persiste, il pourrait être nécessaire de faire le test du Scotch tape à tous les contacts, même s'ils sont asymptomatiques, et de traiter tous les cas positifs. On peut également traiter systématiquement tous les contacts, et répéter ce traitement deux semaines plus tard.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Oxyurose (Entérobiase)

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, des enfants présentent des symptômes compatibles avec une oxyurose. Cette maladie bénigne, causée par un parasite, est fréquente en service de garde. Elle se manifeste le plus souvent par des démangeaisons à l'anus. Elle peut aussi causer de l'irritabilité ou un sommeil agité. La présence de ce parasite ne nécessite pas une exclusion du service de garde.

- Si votre enfant présente des symptômes compatibles avec cette maladie, veuillez en aviser le service de garde afin que les mesures appropriées soient instaurées.
- Votre enfant présente des symptômes compatibles avec cette maladie. Afin de nous aider à confirmer l'éclosion, nous vous demandons de faire le test à votre enfant et de le retourner à : _____.
- Puisque l'éclosion est confirmée et que votre enfant présente des symptômes, nous vous recommandons de lui faire suivre le traitement approprié. Il en va de même pour tous les membres de votre famille, qu'ils présentent des symptômes ou non. Lorsque vous viendrez chercher votre enfant au service de garde, vous recevrez l'information sur la façon de donner le traitement.

Merci de votre collaboration.

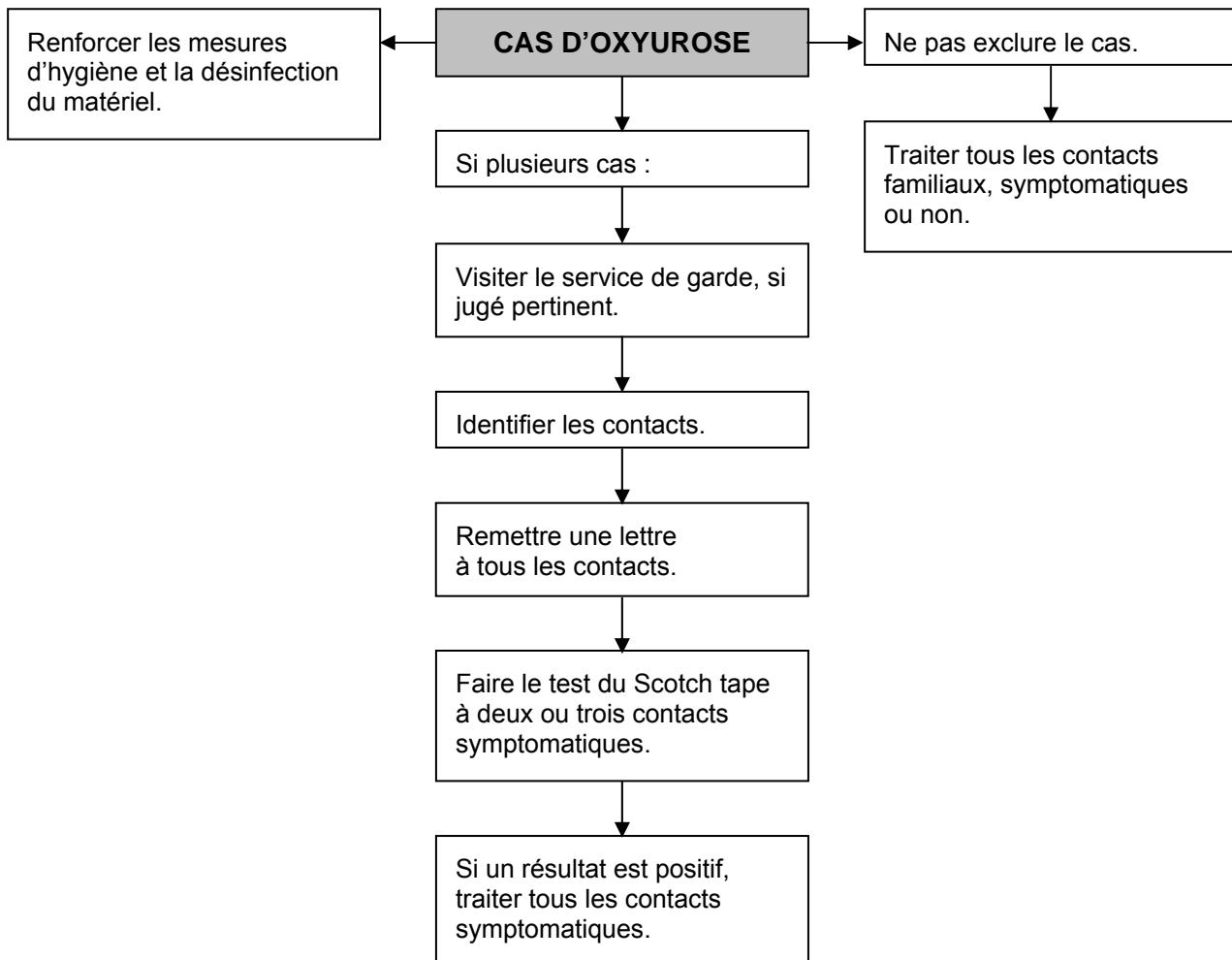
Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

OXYUROSE (ENTÉROBIASE) ARBRE DÉCISIONNEL



PÉDICULOSE (POUX)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La pédiculose consiste en une infestation parasitaire des régions pileuses du corps par le pou de corps (*Pediculus humanus corporis*), par le pou de tête ou du cuir chevelu (*Pediculus humanus capitis*) et par le pou du pubis (*Phthirus pubis*). Ne seront abordés ici que les poux de tête, qui ne transmettent pas de maladie. On constate une recrudescence des poux de tête à l'échelle mondiale et ce, particulièrement chez les enfants.

Cycle de vie

Après l'éclosion, les poux doivent se nourrir dans les 24 heures. C'est pourquoi ils ne survivent que 24 heures en dehors du corps humain. Après une période de maturation d'environ deux semaines, le pou femelle pond ses œufs (lentes); ceux-ci prennent de quatre à dix jours avant d'éclore. Le cycle de vie dure de vingt à trente jours au total.

Tableau clinique

La pédiculose se manifeste par des démangeaisons, des excoriations ou des infections secondaires à l'infestation du cuir chevelu. On note une présence de lentes collées près de la racine des cheveux, derrière les oreilles, à la nuque et, parfois, dans les sourcils.

Complications

La pédiculose peut entraîner des lésions de grattage ainsi qu'une infection secondaire au grattage.

Durée de la maladie

La pédiculose dure tant qu'un traitement efficace n'a pas été administré.

Mode d'acquisition et de transmission

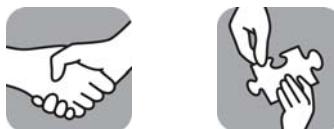
Acquisition

L'être humain est le seul réservoir du pou.

Généralement, l'infestation se fait principalement par contact avec une personne infestée (tête à tête) et, moins souvent, par contact avec ses effets personnels (ex. : brosse, peigne, chapeau). Il n'existe pas de preuves scientifiques de transmission par les tapis, les draps ou les taies d'oreiller.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure environ dix jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure jusqu'à la destruction, par un traitement efficace, des œufs viables et des poux vivants dans les cheveux ou les effets personnels.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la pédiculose. Toutefois, on a rapporté que la prévalence de l'infestation chez les filles du primaire est plus élevée que chez les garçons.

Immunité

La pédiculose ne confère pas d'immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

◆ Habituelles

Tableau clinique et examen du cuir chevelu et des cheveux avec une loupe et un peigne fin.

La présence de lentes n'est indicative que d'une infestation passée qui peut être active ou non.

◆ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement

◆ Spécifique

- En crème après shampooing, perméthrine 1 % (Nix^{MD} 1 %, Kwellada-P^{MD} 1 %).
- En shampooing : pyréthrine et butoxyde de pipéronyle (R&C^{MD} et Pronto^{MD}).
- En cas d'échec avec les traitements recommandés précédemment, la solution de rinçage myristate d'isopropyle 50 % (Resultz^{MD}) pourrait être utilisée, selon les indications et le mode d'emploi du fabricant. L'efficacité de ce nouveau produit est appuyée par des études publiées en 2007 et 2008. Cependant, jusqu'à présent Resultz^{MD} n'est recommandé que pour les enfants âgés de 4 ans et plus.

D'autres produits sont disponibles :

- un composé d'acide acétique, de camphre, de citronnelle et d'éthersulfate sodique de lauryle (SH 206^{MD}) dont le pouvoir insecticide et ovicide n'a fait l'objet que d'études encore non publiées;
- Certains produits à base de lindane (Kwellada^{MD} et Para^{MD}) ne sont plus disponibles sur le marché canadien mais d'autres restent encore disponibles et autorisés comme médicaments sans ordonnance (Hexit^{MD}, PMS Lindane^{MD}). Toutefois, ils sont déconseillés en raison de leur toxicité.

Des études font état d'une certaine utilité des médicaments oraux (triméthoprime-sulfaméthoxazole et ivermectin) pour le traitement des poux de tête, en particulier dans les cas de résistance aux insecticides topiques. Toutefois, les preuves scientifiques sont encore trop limitées pour pouvoir faire une recommandation de santé publique.

Le traitement se fait en deux applications (de sept à dix jours d'intervalle) parce que la première ne détruit pas toujours toutes les lentes.

La perméthrine et la pyréthrine demeurent les premiers choix thérapeutiques parce qu'elles sont peu toxiques. La perméthrine a une activité ovicide supérieure aux autres produits et montre une grande efficacité après la première application. La perméthrine et la pyréthrine peuvent être utilisées pour les nourrissons et les jeunes enfants. Il faut suivre rigoureusement le mode d'emploi pour tous les produits.

Si des poux vivants sont observés 24 à 48 heures après la première application d'un produit pédiculicide, on recommande de reprendre immédiatement le traitement en utilisant un autre produit, la seconde application devant avoir toujours lieu de sept à dix jours plus tard.

Si les sourcils sont atteints, appliquer de la gelée de pétrole (par exemple, Vaseline^{MD} ou Lacri-lube^{MD}) en couches épaisses deux fois par jour pendant une semaine. Retirer les lentes à l'aide d'une pince à sourcils.

Il n'est pas nécessaire de couper les cheveux. Un peigne fin peut être utilisé pour enlever les lentes. Les nouvelles formules décollent les lentes, qui partent après le lavage et le rinçage des cheveux.

Particularités associées au service de garde

Les épidémies de pédiculose sont moins fréquentes en service de garde qu'en milieu scolaire.

Particularités associées à la femme enceinte

La perméthrine et la pyréthrine peuvent être utilisées pour les femmes enceintes, la perméthrine étant le premier choix.

MESURES À PRENDRE

Enquête

On doit identifier les contacts.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- Exclure le sujet à la fin de la journée jusqu'à la première application du traitement. Il peut ensuite retourner au service de garde même s'il a encore des lentes. L'effet résiduel du produit sera suffisant pour détruire tous les parasites dans les jours qui suivent, et le risque de transmission est considérablement réduit après la première application.
- S'assurer qu'une seconde application est faite sept à dix jours après la première pour compléter le traitement.
- Après la seconde application, exclure le sujet s'il présente encore des signes d'infestation active (poux et lentes vivants). Dans cette situation, nous recommandons de consulter un professionnel de la santé qui déterminera la date de retour au service de garde. Il est possible que le traitement ait été mal appliqué ou que les poux de tête soient résistants au traitement (moins fréquent).
- Pour enlever les lentes, on peut utiliser un peigne fin (sans vinaigre). L'emploi du vinaigre pour aider à décoller les lentes est déconseillé car l'acide acétique peut enlever les restes du produit pédiculicide et ainsi, nuire à son action résiduelle.

La « politique sans lentes » est à déconseiller en raison du manque de preuves sur sa pertinence et son efficacité pour le contrôle d'épidémies de pédiculose. Plusieurs études montrent que les diagnostics erronés de lentes sont fréquents.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts toute personne du service de garde (enfant, personnel) ayant eu un contact direct avec une personne infestée et tous les membres de la famille de cette personne.
- Remettre une lettre d'information à tous les parents (lettre n° 1) et informer le personnel du service de garde.
- Examiner ou faire examiner tous les contacts.
- Remettre une lettre aux parents des contacts infestés (lettre n° 2).
- Appliquer le traitement, le même jour, à toutes les personnes infestées.

Environnement

S'assurer que les enfants ne partagent pas leurs peignes, brosses à cheveux, chapeaux.

Il n'est pas nécessaire de faire nettoyer les effets personnels (sauf les peignes et les brosses) ou les lieux si les mesures de contrôle sont respectées et si le mode d'application du traitement est rigoureusement suivi.

Dans certaines situations particulières, nettoyer les peignes et les brosses à cheveux en les faisant tremper, soit dans un shampoing contre les poux pendant une heure, soit dans de l'eau chaude à environ 65 °C (150 °F) pendant cinq à dix minutes.

Suivi

Profiter de l'occasion pour réviser les mesures d'hygiène et donner de l'information au personnel sur le dépistage de la pédiculose.

Si l'épidémie persiste, visiter le service de garde.

S'assurer que le protocole d'intervention en vigueur a été appliqué.

**LETTRE N° 1 AUX PARENTS
DE TOUS LES ENFANTS DU SERVICE DE GARDE**

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Pédiculose

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, des enfants sont porteurs de poux de tête et de lentes. Afin d'éviter la contagion, nous vous demandons d'examiner la tête de votre enfant et des autres membres de votre famille et, si nécessaire, de traiter immédiatement les personnes infestées en suivant les recommandations données.

Vous trouverez ci-joint une liste de conseils et de renseignements pratiques ainsi que des indications de traitement. Nous voulons aussi vous aviser que, afin de contrôler les poux de tête au service de garde, le personnel pourrait examiner les cheveux de votre enfant.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

p.j. Conseils et renseignements pratiques

LETTRE N° 2 AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Pédiculose

Chers parents,

Nous avons constaté que votre enfant souffre de pédiculose (poux de tête et lentes). Afin de prévenir la transmission aux autres enfants et aux membres de la famille, nous vous demandons d'appliquer un traitement dans les plus brefs délais. Votre enfant pourra revenir au service de garde après la première application du produit.

Vous trouverez ci-joint une liste de conseils et de renseignements pratiques ainsi que des indications de traitement.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

p.j. Conseils et renseignements pratiques

PÉDICULOSE (POUX)

CONSEILS ET RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

Nous désirons vous donner de l'information au sujet des poux de tête, car nous croyons que des parents informés peuvent mieux prévenir ou agir, s'il y a lieu.

Tout le monde est susceptible d'attraper des poux. Si on en attrape, on ne doit surtout pas s'alarmer, car les poux de tête n'entraînent pas de complications importantes pour la santé. Cependant, en raison de leur facilité de transmission, on doit s'en défaire le plus rapidement possible. Le traitement avec un insecticide topique recommandé et bien appliqué est efficace.

Le pou étant sensible aux variations de température et d'humidité du corps humain, le fait de se laver et de changer de vêtements régulièrement contribue à interrompre ou à limiter l'infestation.

Identification

Le pou est un petit insecte grisâtre au dos plat, sans ailes, qui peut survivre seulement 24 heures hors de la tête. Ses six pattes se terminent par un crochet avec lequel il s'agrippe aux cheveux. Puisqu'il pique, le premier symptôme est souvent la démangeaison, laquelle entraîne le grattage.

La lente est un œuf que le pou dépose près du cuir chevelu ou sur le cheveu. C'est une petite boule translucide grisâtre qui colle aux cheveux et qui est gluante et résistante. Elle diffère de la pellicule qui, elle, tombe comme un grain de sable lorsqu'on secoue le cheveu.

Les poux de tête se multiplient rapidement. Chaque femelle adulte peut pondre en 30 jours jusqu'à 140 œufs (lentes). Chacune de ces lentes éclôt au bout de dix jours pour donner naissance à des poux minuscules qui deviennent adultes en deux semaines.

Les poux ne sautent pas et ne se transmettent que par contact avec des personnes infestées ou, rarement, par l'intermédiaire des articles personnels contaminés (peignes, brosses à cheveux, chapeaux). Ils ne se transmettent vraisemblablement pas par les dossiers de divans, les tapis, les draps, les taies d'oreiller, les serviettes, les écouteurs, etc.

Prévention

Examinez régulièrement les cheveux de vos enfants pour chercher des poux et des lentes. Le pou est difficile à trouver car il se cache sur la tête. Les lentes sont plus faciles à voir. De couleur blanc grisâtre, ressemblant un peu à une pellicule gonflée, elles se trouvent plus facilement par l'examen des cheveux à la nuque et derrière les oreilles.

Avisez vos enfants de ne pas prêter leurs peignes, leurs brosses à cheveux ni leurs chapeaux.

Traitements

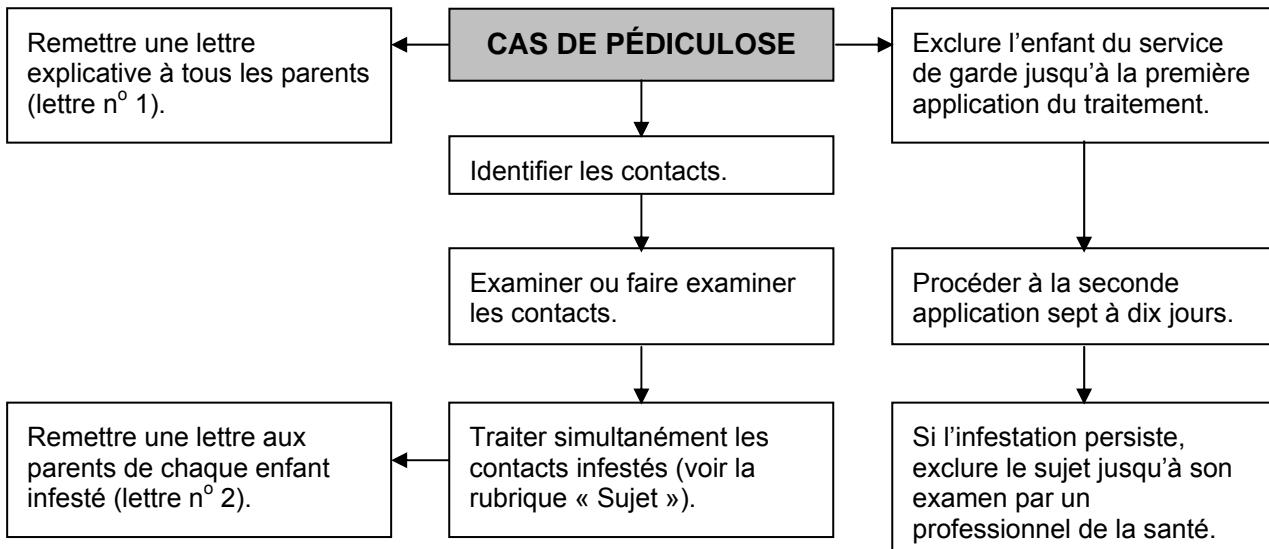
Utilisez des crèmes et des lotions après shampooing ainsi que des shampoings vendus à la pharmacie sans ordonnance. Voici quelques exemples de produits actuellement offerts :

- crèmes après shampooing : perméthrine (Nix^{MD}, Kwellada-P^{MD});
- shampoings : pyréthrine et butoxyde de pipéronyle (R&C^{MD} et Pronto^{MD});
- solution de rinçage : myristate d'isopropyle 50 % (Resultz^{MD}).

Utilisez de préférence les produits à base de perméthrine, qui sont moins toxiques. Ils ont une activité ovicide supérieure aux autres produits et ils montrent plus d'efficacité après un seul traitement. Ceux à base de pyréthrine sont aussi préconisés. En ce qui concerne le myristate d'isopropyle 50 %, son emploi est suggéré pour les enfants âgés de 4 ans et plus, après échec aux premiers traitements ci-dessus préconisés.

Important

- Vérifiez la chevelure des autres membres de la famille et traitez-les s'il y a lieu.
- Ne faites le traitement que s'il y a pédiculose : on ne doit pas appliquer de traitement préventif.
- Respectez les recommandations du fabricant ou du pharmacien quant à l'application des produits pédiculicides.
- Gardez les produits pédiculicides hors de la portée des enfants.
- Si l'infestation persiste après deux traitements, voyez un médecin.

CAS DE PÉDICULOSE
ARBRE DÉCISIONNEL

PHARYNGO-AMYGDALITE STREPTOCOCCIQUE ET SCARLATINE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La pharyngo-amygdalite streptococcique est une infection de la gorge causée par une bactérie, le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (aussi appelé *Streptococcus pyogenes*). La scarlatine est une éruption cutanée qui touche le plus souvent les personnes déjà atteintes d'une pharyngite streptococcique. Plus rarement, elle peut aussi être causée par une infection de la peau (cellulite ou impétigo) au streptocoque bêta-hémolytique du groupe A. Elle survient lorsque la bactérie produit une toxine érythrogénique. La pharyngo-amygdalite streptococcique et la scarlatine sont plus fréquentes en hiver et au printemps.

Tableau clinique

Les principaux signes et symptômes de la pharyngo-amygdalite streptococcique sont les suivants : fièvre, mal de gorge, perte d'appétit, nausées et vomissements, céphalées, hyperémie du pharynx ou des amygdales avec ou sans exsudat, pétéchies au palais, adénopathies cervicales sensibles à la palpation.

Les manifestations cliniques disparaissent habituellement de façon spontanée au bout de trois à cinq jours.

Les principaux signes et symptômes de la scarlatine sont les suivants : une langue framboisée ainsi qu'un érythème cutané fin blanchissant sous la pression, donnant une sensation de papier sablé, apparaissant au cou, à la poitrine, à l'abdomen et à la face interne des cuisses et plus intense aux plis de flexion des coudes et du creux axillaire (signe de Pastia).

L'éruption cutanée disparaît après environ une semaine et l'on peut observer une desquamation de la peau, surtout aux extrémités.

Complications

Pour les infections invasives à streptocoques du groupe A, voir le chapitre correspondant.

Suppuratives

La pharyngo-amygdalite streptococcique peut provoquer une otite moyenne, un abcès périamygdalien ou rétropharyngien, une sinusite, une mastoïdite, une adénite cervicale et un impétigo. Occasionnellement, l'enfant peut avoir une anite ou une vaginite à *Streptococcus pyogenes*.

Non suppuratives

La pharyngo-amygdalite streptococcique peut provoquer un rhumatisme articulaire aigu (RAA), cependant rare chez les enfants de moins de 4 ans, et une glomérulonéphrite aiguë.

Durée de la maladie

La pharyngo-amygdalite streptococcique dure rarement plus de sept jours.

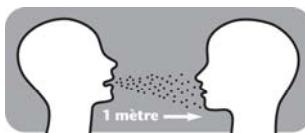
Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

La pharyngo-amygdalite streptococcique s'acquiert à la suite de l'inspiration de gouttelettes projetées dans l'air à proximité d'une personne infectée qui tousse ou qui éternue.

Transmission

Gouttelettes



Note : Environ 5 à 15 % des enfants sont des porteurs sains du streptocoque du groupe A. Le risque de transmission de l'infection par ces enfants est minime.

Période d'incubation

La période d'incubation dure de un à cinq jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure jusqu'à 24 heures après le début du traitement. Si l'infection n'est pas traitée, la contagiosité peut persister de deux à trois semaines et elle est maximale pendant la phase aiguë de la maladie.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la pharyngo-amygdalite streptococcique. La maladie est toutefois plus fréquente chez les enfants de 3 à 15 ans.

Immunité

La pharyngo-amygdalite streptococcique confère une immunité contre le type de streptocoque en cause. Cependant, il est possible d'attraper la maladie plus d'une fois, car il existe plusieurs types de streptocoques du groupe A et plusieurs toxines.

L'immunité contre la toxine érythrogénique se développe dans la semaine suivant le début de l'éruption, et elle est généralement permanente.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ **Habituelles**

Pharyngo-amygdalite

- Culture de gorge bactérienne
- Détection d'antigènes sur un prélèvement de gorge (méthode moins sensible que la culture).
Note : La distinction clinique de la pharyngite virale et de la pharyngite streptococcique est difficile.

Scarlatine

- Tableau clinique
- Culture de gorge.

♦ **Exceptionnelles**

Mesure des ASO (antistreptolysines O), anti-DNase.

Traitement♦ **Spécifique**

Le traitement est administré pour prévenir les complications non suppuratives.

- Chez les 12 ans ou moins : pénicilline V 300 mg *po*, deux doses quotidiennes pendant dix jours.
- Plus de 12 ans : pénicilline V 600 mg *po*, deux doses quotidiennes pendant dix jours.

Note : Les jeunes enfants peuvent avoir de la difficulté à tolérer le goût de la suspension de pénicilline. Dans ce cas, on peut avoir recours à un autre antibiotique, soit l'amoxicilline, les céphalosporines de première génération, la clindamycine ou les macrolides.

Il n'y a pas de résistance à la pénicilline de décrite, mais des résistances aux macrolides et à la clindamycine sont présentes.

♦ **De soutien**

Hydratation, antipyrétiques au besoin.

Particularités associées au service de garde

Les épidémies de pharyngo-amygdalite streptococcique sont fréquentes en service de garde. Le tableau clinique peut être atypique chez les enfants de moins de 3 ans.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

On doit d'abord identifier les contacts.

Si plusieurs cas se déclarent simultanément, on doit chercher une source possible de contamination alimentaire.

Mesures de contrôle♦ **Sujet**

- S'assurer qu'un traitement est amorcé.
- Exclure le sujet jusqu'à 24 heures après le début du traitement et jusqu'à ce que son état lui permette de faire les activités courantes.

♦ **Contacts**

- Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe.
- Remettre une lettre à tous les contacts.
- Surveiller l'apparition des symptômes, en particulier les maux de gorge accompagnés de fièvre ou d'éruption cutanée, et diriger la personne vers le médecin ou le CLSC pour une recherche de streptocoque et un traitement, s'il y a lieu.
- Si la recherche de streptocoque est positive, voir la rubrique « Sujet ».
- Si une personne développe une complication non suppurative (RAA ou glomérulonéphrite aiguë), faire une recherche de streptocoque dans les sécrétions de tous les contacts, qu'ils présentent des symptômes ou non.
- Si des cas de varicelle se déclarent au service de garde, il est important d'orienter rapidement pour diagnostic et traitement tout enfant avec des symptômes suggestifs de pharyngo-amygdalite à streptocoque, parce que les *Streptococcus pyogenes* de la gorge sont la source potentielle de surinfection des lésions varicelleuses.

Environnement

Renforcer l'hygiène respiratoire (voir le chapitre IV).

Suivi

Même si l'épidémie persiste, ne pas chercher les porteurs sains.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Pharyngo-amygdalite streptococcique et scarlatine

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, une ou des personnes souffrent d'une infection à streptocoque. Cette maladie peut causer de la fièvre, des maux de gorge, l'enflure des ganglions et parfois, des nausées et des vomissements. Si la personne a en plus une éruption cutanée, on parle alors de scarlatine.

Le diagnostic se fait habituellement par une culture de la gorge. Si ce test démontre la présence du streptocoque, un antibiotique devrait être prescrit afin de prévenir les complications graves de l'infection.

Si votre enfant présente un des symptômes mentionnés ci-dessus, gardez-le à la maison, prévenez le service de garde et communiquez avec votre médecin ou votre CLSC.

L'enfant infecté par le streptocoque peut retourner au service de garde 24 heures après le début du traitement aux antibiotiques si son état lui permet de faire les activités courantes.

Merci de votre collaboration.

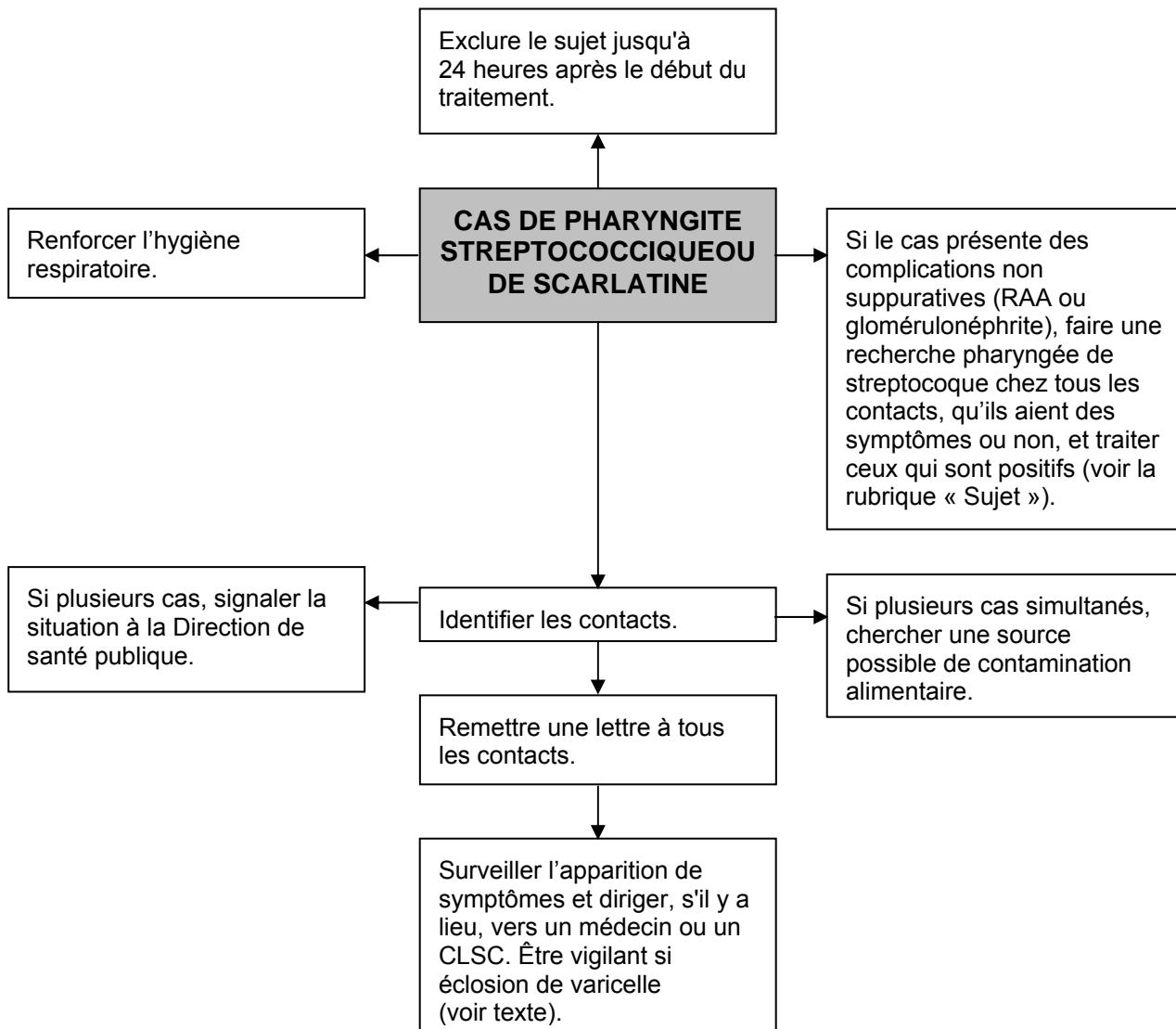
Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

PHARYNGO-AMYGDALITE STREPTOCOCCIQUE ET SCARLATINE ARBRE DÉCISIONNEL



PHARYNGO-AMYGDALITE VIRALE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La pharyngo-amygdalite virale consiste en une angine (mal de gorge) causée par différents virus dont les plus fréquents sont les adénovirus, les coronavirus, les rhinovirus, les entérovirus, le virus d'Epstein-Barr, l'influenza et les para-influenza. Elle survient surtout en hiver et au printemps.

Tableau clinique

Les symptômes de la pharyngo-amygdalite virale varient selon l'agent causal. Les principaux signes et symptômes sont les suivants : hyperémie du pharynx, augmentation du volume des amygdales avec ou sans exsudat, dysphagie, exanthème, coryza, fièvre et adénopathies cervicales. Selon les agents en cause, peuvent aussi être présents : diarrhée, conjonctivite, ulcères pharyngés ou gingivostomatite, bronchite, bronchiolite, pneumonie.

Complications

La pharyngo-amygdalite virale peut se compliquer d'une surinfection bactérienne : otite moyenne aiguë, sinusite, pneumonie.

Durée de la maladie

La pharyngo-amygdalite virale dure habituellement entre deux et sept jours.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

La pharyngo-amygdalite virale peut s'acquérir de deux façons différentes qui varient selon les virus en cause, soit :

- par l'inspiration de gouttelettes projetées dans l'air à proximité d'une personne infectée qui tousse ou qui éternue;
- par l'inoculation des muqueuses par l'entremise des objets ou des mains contaminés par les sécrétions des voies respiratoires d'une personne infectée.

Transmission

- Gouttelettes
- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure de 1 à 14 jours selon l'agent causal.

Période de contagiosité

La période de contagiosité commence un peu avant l'apparition des symptômes et dure pendant toute la maladie.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une pharyngo-amygdalite virale.

Immunité

La pharyngo-amygdalite virale confère une immunité pour le virus en cause seulement.

Il n'existe aucun vaccin, sauf contre l'influenza.

Méthodes diagnostiques

◆ Habituelles

Tableau clinique après avoir éliminé une pharyngite streptococcique par culture de gorge. Il est difficile de distinguer cliniquement la pharyngite virale de la pharyngite à streptocoque.

◆ Exceptionnelles

Culture virale des sécrétions nasopharyngées.

Traitements

◆ Spécifique

Aucun. Les antibiotiques ne sont d'aucune efficacité contre la pharyngo-amygdalite virale.

◆ De soutien

Hydratation, antipyrétique si fièvre.

Particularités associées au service de garde

La pharyngo-amygdalite, comme les autres infections des voies respiratoires supérieures, est plus fréquente chez les enfants fréquentant un service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- Ne pas exclure l'enfant si son état général lui permet de participer aux activités courantes.
- Habituer l'enfant à diriger son visage vers le pli de son coude lorsqu'il tousse et éternue, afin qu'il évite de se contaminer les mains (voir le chapitre IV, section « L'hygiène respiratoire »). Apprendre à l'enfant à se moucher et à se laver les mains par la suite.

◆ Contacts

Aucune intervention.

Environnement

Renforcer l'hygiène respiratoire (voir chapitre IV).

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Suivi

Aucun.

PNEUMOCOQUE (INFECTION À)

MADO (seulement si infection invasive)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le *Streptococcus pneumoniae*, ou pneumocoque, fait partie de la flore bactérienne normale du nasopharynx (colonisation) de nombreux individus. Il peut cependant causer des infections graves. Plus de 90 sérotypes ont été identifiés; 23 d'entre eux sont la cause de plus de 80 % des infections. Le pneumocoque est l'agent étiologique principal des infections bactériennes chez le jeune enfant, dont l'otite, la sinusite, la conjonctivite, la pneumonie et même, des infections plus graves comme la méningite et le sepsis. Il sera parfois la cause d'ostéomyélite et d'arthrite septique.

De 5 à 25 % des sujets sains sont porteurs de pneumocoque, et jusqu'à 95 % des enfants de moins de 2 ans ont été, à un moment donné, l'hôte du pneumocoque. L'état de porteur devient moins fréquent au fur et à mesure que l'enfant grandit.

Environ 40 % des enfants fréquentant les services de garde sont porteurs de pneumocoque, soit une plus grande proportion que les enfants gardés à la maison. Au cours des années 1990, on a constaté au Québec une augmentation des souches de pneumocoque résistantes à la pénicilline, mais la situation semble s'être stabilisée depuis 2006, avec environ 20 % des souches résistantes chez les enfants de moins de 5 ans.

Tableau clinique

Les symptômes de l'infection à pneumocoque varient selon l'organe atteint. La pneumonie est souvent précédée d'une infection virale des voies respiratoires supérieures. Le début peut être brutal : frisson, température qui s'élève rapidement entre 38 °C et 40,5 °C, dyspnée, douleur au côté atteint pendant la respiration (ressemble à un point de côté), toux sèche puis productive.

Dans le cas de la méningite et de la bactériémie, les symptômes sont les mêmes que ceux causés par d'autres agents.

Complications

Les complications liées à l'infection à pneumocoque sont les suivantes :

- bactériémie : septicémie, méningite, pneumonie, décès;
- pneumonie : empyème, péricardite, abcès pulmonaire, endocardite, décès;
- méningite : épanchement sous-dural, abcès cérébral, décès;
- otite : mastoïdite, méningite.

Durée de la maladie

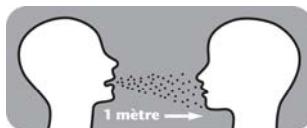
La durée de l'infection à pneumocoque varie selon le type d'atteinte et la précocité du traitement.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'infection à pneumocoque peut s'acquérir par l'inspiration de gouttelettes projetées dans l'air à proximité d'une personne infectée ou colonisée qui tousse ou qui éternue, ou encore à la suite de l'inoculation des muqueuses respiratoires par des sécrétions respiratoires infectées.

Transmission
Gouttelettes



Période d'incubation

La période d'incubation peut être aussi courte que 1 à 3 jours après la colonisation, mais peut aussi être de quelques semaines.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure jusqu'à 24 heures après le début du traitement. La contagion persiste jusqu'à la disparition de la bactérie dans les sécrétions nasopharyngées.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une infection à pneumocoque. Souvent, l'hôte est colonisé par le pneumocoque sans présenter de signes d'infection. Les facteurs qui déterminent le passage de la colonisation vers la véritable infection ne sont pas tous clairement élucidés, mais le risque croît en présence d'une atteinte à l'intégrité anatomique ou physiologique du tractus respiratoire, telle qu'une IVRS, une IVRI, une maladie cardiorespiratoire chronique ou une exposition à des irritants dans l'air. La susceptibilité augmente également en présence d'asplénie fonctionnelle ou anatomique, de diabète, d'insuffisance rénale, de déficit immunitaire ou de fuite du LCR.

Les enfants en service de garde éducatif courent trois fois plus de risques de contracter une infection invasive à pneumocoque que ceux demeurant à la maison.

Immunité

L'infection à pneumocoque confère une immunité pour le sérotype en cause. Cette immunité peut durer plusieurs années.

Depuis l'hiver 2005, tous les jeunes enfants du Québec ont accès à un vaccin conjugué heptavalent contre le pneumocoque (Prevnar). Ce vaccin, administré dès l'âge de 2 mois, ne protège que contre sept sérotypes, mais ceux-ci sont les plus fréquents dans les formes invasives de l'infection à pneumocoque. Ce vaccin a l'avantage d'être immunogène même chez les nourrissons. Son efficacité contre les formes invasives d'infection à pneumocoque est de 90 %.

Le vaccin polysaccharidique confère une immunité contre 23 sérotypes, mais n'est pas aussi immunogène que le vaccin conjugué, surtout dans le cas des jeunes enfants, dont le système immunitaire immature ne permettra pas de répondre à ce vaccin. On le recommande pour certains groupes à risque. Les enfants de plus de 2 ans qui présentent un risque accru de développer une infection invasive devraient être vaccinés avec le vaccin 23 valent. Le vaccin est efficace à plus de 80 % chez les enfants de plus de 5 ans.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

Pneumonie

- Radiographie pulmonaire.
- Culture des expectorations (rarement possible chez les enfants).
- Hémoculture.

Atteintes invasives, dont la méningite

Analyse et culture bactérienne du LCR, du sang et autres liquides biologiques.

♦ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement**♦ Spécifique**

L'antibiothérapie varie en fonction du site et de la gravité de l'infection à traiter.

Méningite

Céfotaxime ou ceftriaxone et vancomycine IV jusqu'à ce que les sensibilités soient connues.

Bactériémie

En général, traitement initial avec hautes doses de pénicilline G IV.

Pneumonie

Le choix d'antibiothérapie parentérale (pénicilline) ou orale (amoxicilline haute dose) dépend de la gravité de l'atteinte.

♦ De soutien

Hydratation, antipyrétiques, aide respiratoire si nécessaire.

Particularités associées au service de garde

Le nombre de porteurs peut être élevé dans ce milieu, et un plus grand pourcentage d'entre eux sont colonisés par des souches résistantes à la pénicilline. Des éclosions d'infection plus invasive avec des souches résistantes sont possibles.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Les infections invasives à *Streptococcus pneumoniae* doivent être déclarées à la Direction de santé publique.

Mesures de contrôle**♦ Sujet**

Ne pas exclure l'enfant si son état général lui permet de participer aux activités courantes.

♦ Contacts

Aucune. Au besoin, remettre une lettre aux parents du même groupe.

Environnement

Renforcer l'hygiène respiratoire (voir le chapitre IV).

Suivi

Aucun.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection à pneumocoque

Chers parents,

Un enfant, au service de garde, a une infection à pneumocoque. Bien des gens (surtout les enfants de moins de 5 ans, mais les adultes aussi) sont porteurs de cette bactérie dans leur nez ou leur gorge sans être malades, mais il arrive, sans que l'on sache exactement pourquoi, que le pneumocoque franchisse les barrières de défense et provoque des maladies. Ces maladies sont parfois des infections sérieuses, comme la bactériémie (présence de bactéries dans le sang), la pneumonie (infection aux poumons) et la méningite (infection des enveloppes du cerveau). Le pneumocoque est aussi la bactérie le plus souvent en cause dans les cas d'otite. Le pneumocoque peut se transmettre d'une personne porteuse à une autre non porteuse, mais la plupart du temps la personne nouvellement infectée ne développera pas d'infection grave.

Un vaccin efficace et sécuritaire est inscrit au calendrier vaccinal québécois dès l'âge de 2 mois afin de prévenir les infections graves à pneumocoque. Pour plus d'information, communiquez avec votre médecin ou votre CLSC.

Si votre enfant présente une forte fièvre, tousse et a de la difficulté à respirer, consultez le médecin ou Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

PNEUMONIE BACTÉRIENNE ET VIRALE

MADO (si legionella)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La pneumonie est une infection des poumons causée par plusieurs types de pathogènes qui sont principalement des bactéries ou des virus. La pneumonie est plus fréquente chez les enfants de moins de 5 ans : son incidence pour cette population, en Amérique du Nord, est de 34 à 40 cas pour 1 000 enfants. L'agent causal d'une pneumonie chez un enfant est rarement détecté puisque l'enfant n'expectore pas. Le médecin doit s'appuyer sur l'évaluation clinique et la radiographie pulmonaire pour présumer la cause la plus probable. Le traitement antibiotique prescrit est donc, souvent, empirique.

L'agent causal varie selon l'âge de l'enfant. Le pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*) cause la majorité des pneumonies bactériennes chez les enfants de moins de 3 ans, tandis que le *Mycoplasma pneumoniae* et la *Chlamydia pneumoniae* jouent un plus grand rôle dans l'infection des enfants plus âgés. D'autres bactéries, telles que *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* et, rarement, *Legionella pneumophila*, peuvent aussi être en cause. Plusieurs de ces pathogènes sont abordés plus particulièrement dans les sections correspondantes.

La pneumonie virale est une infection qui peut être causée par le virus respiratoire syncytial (VRS), le virus influenza, le virus para-influenza, l'adénovirus et le métapneumovirus humain. La varicelle, la rougeole et le CMV peuvent également provoquer une pneumonie virale.

Pour les virus influenza, VRS, varicelle, rougeole et CMV, voir les sections correspondantes.

Tableau clinique

Les manifestations de la pneumonie sont la fièvre, la toux avec ou sans expectoration, les céphalées, les douleurs thoraciques, les myalgies, la dyspnée, la tachypnée, les râles à l'auscultation et la plainte expiratoire chez l'enfant de moins de 1 an. Les pneumonies virales sont plus souvent accompagnées de rhinorrhée, alors que la pneumonie bactérienne se déclare souvent à la suite d'une infection des voies respiratoires supérieures.

Complications

La pneumonie bactérienne peut entraîner une septicémie, un abcès pulmonaire, un empyème et un décès. Ces complications sont plus fréquentes chez les personnes ayant une maladie chronique ou chez les personnes très jeunes ou très âgées.

La pneumonie virale peut entraîner une surinfection bactérienne et une insuffisance respiratoire.

Durée de la maladie

La durée de la pneumonie varie selon l'agent causal.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Les pneumonies bactérienne et virale peuvent s'acquérir de deux façons différentes, selon l'étiologie en cause, soit :

- par l'inspiration de gouttelettes projetées dans l'air à proximité d'une personne infectée qui tousse ou qui éternue;
- par l'inoculation des muqueuses par l'entremise des objets ou des mains contaminés par les sécrétions des voies respiratoires d'une personne infectée.

Dans le cas des pneumonies bactériennes, la personne malade, généralement, est déjà porteuse de la bactérie et développe une pneumonie à la suite d'une IVRS.

Les pneumonies à *Legionella pneumophila* s'acquièrent après inhalation du micro-organisme présent dans les microgouttelettes en suspension dans l'air, qui proviennent de systèmes d'air climatisé, d'humidificateurs ou de pommes de douche contaminés.

Transmission

- Gouttelettes.
- Contact direct
- Contact indirect



Note : La transmission de virus est fréquente mais n'entraîne pas nécessairement de pneumonie. Par ailleurs, la pneumonie à *Legionella pneumophila* ne se transmet pas de personne à personne.

Période d'incubation

Pneumonies bactériennes

La période d'incubation varie selon l'agent causal. Elle dure de quelques jours à quelques semaines.

- *Mycoplasma pneumoniae* : une à quatre semaines.
- *Legionella pneumophila* : un à dix jours.

Pneumonie virale

La période d'incubation dure de un à dix jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dépend du pathogène en cause. Dans le cas de la pneumonie bactérienne, la contagiosité diminue grandement après 24 à 48 heures d'antibiothérapie. Dans le cas de la pneumonie virale, la période de contagiosité débute un peu avant l'apparition des symptômes et dure pendant toute la maladie.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une pneumonie. La pneumonie virale est plus fréquente chez les nouveau-nés et les jeunes enfants.

Immunité

La pneumonie peut conférer une immunité propre à l'agent en cause. L'immunité n'est pas permanente à la suite d'une infection à *Mycoplasma pneumoniae*.

Il n'existe aucun vaccin contre le *Mycoplasma pneumoniae*. Il existe deux vaccins contre le *Streptococcus pneumoniae* (voir la section « Pneumocoque »).

Méthodes diagnostiques

♦ **Habituelles**

- Tableau clinique.
- Radiographie pulmonaire.
- Hémoculture.
- Détection d'antigènes de virus respiratoires dans les sécrétions nasopharyngées (immunofluorescence et EIA).
- Culture bactérienne des sécrétions respiratoires.

◆ **Exceptionnelles**

- Culture virale des sécrétions nasopharyngées.
- Sérologie pour le *Mycoplasma pneumoniae* et le *Legionella pneumophila*.
- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur sécrétions nasopharyngées pour le *Mycoplasma pneumoniae*.
- Détection d'antigènes urinaires si suspicion de *Legionella pneumophila*.
- Culture du liquide pleural.
- Lavage bronchoalvéolaire pour cultures bactérienne et virale.

Traitement

◆ **Spécifique**

La décision de traiter avec des antibiotiques dépendra de l'indice de suspicion d'une pneumonie d'origine bactérienne. Le choix de l'antibiothérapie se fera en fonction du pathogène le plus probablement en cause. La voie d'administration sera adaptée à la gravité de la maladie. Il est à noter que les macrolides doivent être utilisés pour traiter le *Mycoplasma pneumoniae* et le *Legionella pneumophila* chez l'enfant.

Il n'y a souvent pas de traitement spécifique pour la pneumonie virale, sauf pour l'influenza pour lequel un antiviral peut parfois être prescrit.

◆ **De soutien**

Hydratation, oxygène, aide respiratoire au besoin.

Particularités associées au service de garde

La pneumonie virale semble plus fréquente chez les enfants en service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Vérifier si un agent spécifique a été identifié. Si oui, voir la section correspondante.

Si une infection à *Legionella* est diagnostiquée, on doit faire vérifier les systèmes de ventilation et d'humidification ainsi que le chauffe-eau.

Mesures de contrôle

◆ **Sujet**

- Réintégrer l'enfant dans le service de garde dès que son état général le lui permet.
- Habituer l'enfant à diriger son visage vers sa manche lorsqu'il tousse ou éternue afin qu'il évite de se contaminer les mains (voir le chapitre IV, section « L'hygiène respiratoire »).
- Apprendre à l'enfant à se moucher et à se laver les mains par la suite.

◆ **Contacts**

- Surveiller les enfants qui présentent des symptômes cliniques compatibles. Les diriger vers leur médecin.
- Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe.
- Au besoin, remettre une lettre à tous les contacts.

- Selon certains experts, un traitement de prévention avec un macrolide devrait être envisagé pour les contacts des cas de pneumonie à *Mycoplasma pneumoniae*. À l'heure actuelle, le manque de preuves scientifiques ne permet pas d'en faire une recommandation, mais cette mesure pourrait être envisagée pour les contacts souffrant de maladies chroniques ou en cas d'éclosion en service de garde.

Environnement

- Renforcer l'hygiène respiratoire (voir le chapitre IV).
- Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.
- Aérer les locaux.
- S'assurer de l'entretien adéquat des humidificateurs, des chauffe-eau, des climatiseurs et des pommes de douche.

Suivi

Aucun.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Pneumonie

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, des enfants ont une pneumonie. La pneumonie est une infection aiguë qui atteint les poumons et qui est attribuable soit à des bactéries, soit à des virus.

Cette maladie cause de la fièvre, de la toux, une difficulté à respirer et parfois, un point au côté. Elle se transmet par contact avec les sécrétions contaminées venant d'une personne infectée qui tousse ou qui éternue.

Si votre enfant souffre de ces symptômes, nous vous recommandons de consulter votre médecin ou de vous rendre à votre CLSC.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

POLIOMYÉLITE

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La poliomyélite est une infection virale du système nerveux central causée par un poliovirus de type 1, 2 ou 3.

Grâce à la vaccination, cette infection est pratiquement disparue des pays développés, dont le continent américain. Depuis plusieurs années, moins de 2 000 cas sont rapportés annuellement à l'échelle mondiale.

Tableau clinique

La poliomyélite est asymptomatique dans au moins 95 % des cas.

Chez les individus avec symptômes, certains ne présenteront que des symptômes systémiques, tels fièvre, malaise général, anorexie, accompagnés ou non de symptômes gastro-intestinaux. D'autres présenteront un tableau de méningite virale.

Environ, environ 0,1 % des individus infectés développeront une paralysie.

Complications

La complication la plus importante est l'insuffisance respiratoire secondaire à l'atteinte des muscles respiratoires, des nerfs crâniens ou du centre cérébral de la respiration.

Durée de la maladie

La durée de la poliomyélite varie selon le type d'atteinte.

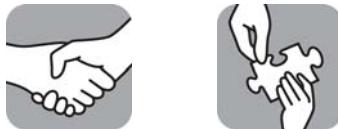
Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

La poliomyélite s'acquiert à la suite de l'ingestion, soit des sécrétions respiratoires d'une personne infectée, soit du virus provenant des selles d'une personne infectée et contaminant les mains ou des objets.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure de 3 à 35 jours, en moyenne de 9 à 12 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité correspond à la période d'excrétion du virus dans les selles. Elle est maximale quelques jours avant et après l'apparition des symptômes. Le virus peut être excrété dans les selles jusqu'à six semaines après l'infection. Les patients immunosupprimés peuvent excréter le virus dans leurs selles pendant plus de six mois.

Réceptivité

Toute personne qui n'a pas été vaccinée adéquatement est susceptible de contracter la poliomyélite.

Immunité

La poliomyélite confère une immunité de longue durée spécifique au type de virus en cause. Il n'existe pas de protection croisée entre les trois types antigéniques de virus de la poliomyélite.

Une vaccination complète confère une bonne immunité (99 à 100 %) contre les trois types antigéniques du virus de la poliomyélite. Cette protection est durable, voire permanente.

Méthodes diagnostiques

- ◆ **Habituelles**
 - Tableau clinique.
 - Culture virale des sécrétions pharyngées, des selles et du LCR.
- ◆ **Exceptionnelles**
 - Sérologie pour recherche d'anticorps.
 - Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN).

Traitement

- ◆ **Spécifique**

Aucun.
- ◆ **De soutien**
 - Repos pour diminuer la gravité de l'atteinte.
 - Aide respiratoire, telle que ventilation mécanique en cas d'insuffisance respiratoire.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Il semble que la gravité de la maladie soit accrue chez la femme enceinte.

MESURES À PRENDRE

Étant donné la gravité et la rareté de la maladie, il faut aviser immédiatement le directeur de santé publique, qui prendra les mesures appropriées.

RAGE

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La rage est une maladie infectieuse aiguë et mortelle sévissant chez les mammifères, lesquels peuvent la transmettre à l'homme. Elle constitue un problème majeur dans les pays en voie de développement, causant plus de 60 000 décès par année. Le Canada a connu, de 1970 à 2006, six cas de rage humaine, dont un au Québec.

Le réservoir principal du virus de la rage en Amérique du Nord se trouve parmi les animaux sauvages (ex. : chauve-souris, raton laveur, mouffette, renard). Les animaux domestiques (chien, chat, bétail) sont des hôtes accidentels. Ils constituent tout de même un intermédiaire ayant la capacité d'infecter l'humain. Les derniers cas de rage humaine aux États-Unis et au Canada étaient dus en majorité à un contact avec des chauves-souris.

Tableau clinique

À partir du lieu d'introduction dans l'organisme, le virus de la rage se déplace le long des nerfs périphériques jusqu'au système nerveux central. Les symptômes sont multiples. Souvent, ils se traduisent par de la fièvre, un malaise généralisé, de l'anxiété, de l'irritabilité, de l'hydrophobie, de la dysphagie et des convulsions qui progressent vers une encéphalite et qui mènent au décès.

Durée de la maladie

Le décès survient en général entre 7 et 14 jours après l'apparition des symptômes, même avec un traitement de soutien.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

La rage s'acquiert le plus fréquemment à la suite d'une morsure. Elle peut également s'acquérir par égratignure ou par contact de la salive d'un animal infecté sur une plaie fraîche (moins de 24 heures) ou sur une muqueuse. Quelques cas de transmission d'humain à humain ont été rapportés à l'occasion de greffes de cornée, poumon, pancréas, foie, rein et artère.

Transmission

Contact direct

Note : Aucun cas de transmission d'humain à humain n'a été rapporté, à l'exception des greffes d'organe.

Période d'incubation

La période d'incubation est variable. Elle peut aller de une semaine à plus d'un an. En moyenne, elle dure de 20 à 90 jours.

L'incubation dépend de la gravité et de la dimension de la blessure, de la quantité de fibres nerveuses au site de la morsure et de la distance de la morsure avec le cerveau. Par exemple, des morsures à la tête et au cou et des morsures multiples et graves sont associées à des périodes d'incubation plus courtes.

Période de contagiosité

La période de contagiosité d'une personne atteinte de rage n'est pas bien définie. Par analogie avec les études réalisées chez le chien, cette période pourrait commencer la semaine précédant le début des symptômes. Les animaux peuvent transmettre le virus plusieurs jours avant la manifestation des signes cliniques.

Le virus de la rage est rapidement inactivé par la sécheresse, la lumière du soleil, la chaleur, les ultraviolets, les détergents et un pH de moins de 3 ou de plus de 11. Par exemple le virus contenu dans la salive, lorsqu'elle est exposée au soleil à une température de 30 °C ou plus, est inactivé en 90 minutes.

Réceptivité

Tous les mammifères, dont l'homme, sont susceptibles de contracter la rage.

Immunité

La vaccination contre la rage confère une immunité pouvant persister au-delà de deux ans. Toutefois, même chez une personne vaccinée, toute exposition potentielle au virus de la rage doit être évaluée rapidement par un professionnel de la santé pour juger de la nécessité d'une vaccination additionnelle ou de tout autre traitement.

Méthodes diagnostiques

Le diagnostic ante mortem de rage est souvent difficile.

◆ Habituelles

- Tableau clinique.
- Détection de l'antigène rabique par technique d'immunofluorescence sur biopsie cutanée provenant de la base de la nuque ou sur du tissu cérébral.
- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur la salive, le LCR ou le tissu cérébral.

◆ Exceptionnelles

Sérologie pour recherche d'anticorps (IgM).

Traitement

◆ Spécifique

Aucun.

◆ De soutien

Sédation, narcotiques analgésiques, antiépileptiques et bloquants neuromusculaires en plus de soutien psychologique au patient et à la famille.

◆ Prophylactique

- Le plus rapidement possible après l'exposition au virus de la rage :
 - ◆ Nettoyage de la plaie à l'eau courante et au savon pendant au moins dix minutes. Utile même si plusieurs heures se sont écoulées depuis l'incident.
 - ◆ Injection d'immunoglobulines antirabiques (RIG) et administration du vaccin antirabique selon le PIQ.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

En cas d'exposition potentielle au virus de la rage

Enquête

En cas d'exposition potentielle au virus de la rage (ex. : morsure d'animal), le CSSS (mission CLSC), la Direction de santé publique, ou l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) lorsque l'animal est disponible, doivent être contactés. L'animal suspect doit être recherché, et capturé en utilisant des mesures de précaution.

Mesures de contrôle

- ◆ **Sujet**
 - Ne pas exclure la personne exposée.
 - Laver la plaie à l'eau courante et au savon pendant au moins dix minutes.
 - Diriger rapidement vers un médecin afin que soient prises les mesures nécessaires, soit l'administration d'immunoglobulines antirabiques (RIG), et du vaccin le cas échéant.
- ◆ **Contacts**
 - Aucune mesure.

En cas de rage humaine

Enquête

Aviser la direction de santé publique immédiatement.

Identifier les contacts.

Mesures de contrôle

- ◆ **Sujet**
 - Exclusion du service de garde.
- ◆ **Contacts**
 - Considérer comme contacts tous les enfants et le personnel du même groupe que le sujet et toute autre personne ayant eu une exposition significative à la personne atteinte de rage.
 - Les expositions significatives sont, entre autres, une morsure, un contact direct de la salive ou autre liquide biologique sur une muqueuse ou une peau non saine, le contact indirect avec la salive par partage d'objets et l'échange de baisers sur la bouche.
 - Administrer rapidement l'immunoglobuline antirabique et le vaccin selon le PIQ.

Environnement

Si cas de rage humaine : renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets, et remplacer toutes les brosses à dents.

Enseigner aux enfants à éviter les contacts avec les animaux inconnus, sauvages ou ayant un comportement inhabituel. Éviter tout contact avec les chauves-souris.

Suivi

S'assurer que la prise en charge d'une personne exposée au virus de la rage est conforme au protocole provincial en vigueur.

RHUME

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le rhume, l'une des infections virales aiguës des voies respiratoires supérieures les plus fréquentes chez l'être humain, est causé le plus souvent par des rhinovirus (20-40 % des cas), et aussi par de nombreux autres virus : le virus respiratoire syncytial, les virus para-influenza, les coronavirus, les adénovirus, les entérovirus et les virus influenza. Le rhume est plus fréquent de la fin août à avril.

Tableau clinique

Les symptômes du rhume sont les suivants : congestion des muqueuses, accès d'éternuements, rhinorrhée, larmoiement, mal de gorge, fatigue légère et, rarement, fièvre.

Complications

Le rhume peut entraîner les complications suivantes : otite moyenne aiguë, sinusite, bronchite, laryngite et, rarement, pneumonie. Le rhume peut occasionner une crise d'asthme.

Durée de la maladie

Le rhume dure de deux à dix jours.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Selon les virus en cause, le rhume peut s'acquérir de deux façons différentes, soit :

- par l'inspiration de gouttelettes projetées dans l'air par une personne infectée qui tousse ou qui éternue;
- par l'inoculation des muqueuses en touchant des objets ou des mains contaminés par les sécrétions des voies respiratoires d'une personne infectée.

Transmission

- Gouttelettes
- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure de 12 à 72 heures et, habituellement, 48 heures.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure de 24 heures avant le début des symptômes jusqu'à 7 à 10 jours après, pouvant aller jusqu'à 3 semaines selon l'étiologie.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter un rhume.

Immunité

Le rhume confère une immunité variable selon le type de virus en cause. Une réinfection est toujours possible.

Il n'existe aucun vaccin.

Le vaccin contre le pneumocoque ne prévient pas le rhume, mais peut contribuer à éviter certaines complications, comme les infections bactériennes (otite et pneumonie).

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

Tableau clinique.

♦ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement

♦ Spécifique

Aucun.

♦ De soutien

- Repos et hydratation.
- Lavage du rhinopharynx avec du soluté physiologique ou de l'eau salée sous forme de gouttes ou de vaporisateur. Le vaporisateur pénètre bien dans les voies nasales et peut être plus efficace que les gouttes.
- Éviter les décongestionnents oraux parce qu'ils ne sont pas très efficaces et qu'ils peuvent causer une accélération du rythme cardiaque, l'insomnie et même la mort chez les jeunes enfants.
- Pour traiter la fièvre, il est préférable d'utiliser l'acétaminophène au lieu de l'acide acétyl-salicylique (AAS, aspirine) en raison de l'association de l'AAS au syndrome de Reye.

Particularités associées au service de garde

Les enfants en service de garde attrapent fréquemment le rhume pendant l'hiver. C'est particulièrement vrai pour les enfants de moins de 3 ans qui en sont à leur première année de fréquentation.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

- Ne pas exclure l'enfant, sauf si son état général ne lui permet pas de participer aux activités normales.
- Apprendre à l'enfant assez âgé à se moucher à l'aide d'un mouchoir en papier, à le jeter immédiatement dans une poubelle après usage et à se laver les mains après s'être mouché ou touché le nez.
- Tousser ou éternuer dans le pli du coude pour éviter la contamination des mains (voir, au Chapitre IV, section « Le mouchage, l'éternuement et la toux »).

♦ Contact

- Dans la mesure du possible, éviter que les bébés de moins de 3 mois ne soient en contact avec des personnes enrhumées.

Environnement

- Renforcer l'hygiène respiratoire (voir le chapitre IV).
- Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.
- Aérer les locaux.

Suivi

Aucun.

ROSÉOLE

(EXANTHÈME SUBIT)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Maladie érythémateuse causée par un agent viral de la famille des herpesviridés (HVH-6 ou HVH-7), la roséole peut se manifester à n'importe quelle période de l'année, mais elle est surtout active au printemps et à l'été.

Tableau clinique

Maladie aiguë qui touche les jeunes enfants, la roséole se caractérise par une fièvre ($> 39,5^\circ \text{C}$) persistant trois à cinq jours. À la disparition de la fièvre, une éruption cutanée érythémateuse maculopapulaire localisée apparaît d'abord au tronc, puis s'étend au cou, au visage et aux membres; elle dure de un à deux jours.

Malgré la fièvre élevée, l'enfant conserve habituellement un bon état général. Dans certains cas, il peut présenter de l'irritabilité et un écoulement nasal. Toutefois, 70 % des personnes infectées par le virus sont asymptomatiques.

Note : D'autres maladies virales peuvent présenter le même tableau clinique.

Complications

La roséole peut entraîner des convulsions pendant la période fébrile et, rarement, une encéphalite, une thrombocytopénie ou une hépatite.

Durée de la maladie

La roséole dure de trois à sept jours.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Le mode d'acquisition de la roséole est mal défini. La transmission à l'enfant se fait probablement par l'inoculation des muqueuses par les sécrétions des voies respiratoires d'une personne infectée (autre enfant, membre de la famille ou toute autre personne en contact étroit avec l'enfant) mais le plus souvent, la source est un adulte infecté dans le passé qui excrète le virus de façon asymptomatique.

Transmission

Contact direct



Période d'incubation

La période d'incubation dure de 5 à 15 jours pour les infections à HVH-6 et est inconnue pour le HVH-7.

Période de contagiosité

La période de contagiosité est inconnue. La roséole est une maladie considérée comme peu contagieuse.

Réceptivité

La roséole touche le plus souvent les enfants de 6 à 24 mois. L'infection s'observe rarement avant 4 mois, en raison de la présence des anticorps maternels, et après 4 ans. En Amérique du Nord, presque tous les enfants ont été infectés par le virus lorsqu'ils atteignent l'âge de 4 ans. Les cas secondaires sont très rares, mais quelques éclosions ont été rapportées, notamment en service de garde à l'enfance.

Immunité

La roséole confère une immunité probablement permanente. Chez les immunosupprimés, des réactivations du virus HVH ont été rapportées.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

La roséole est une maladie difficile à diagnostiquer avant l'apparition de l'éruption érythémateuse cutanée.

- ◆ **Habituelles**

Tableau clinique.

- ◆ **Exceptionnelles**

Aucune.

Traitement

- ◆ **Spécifique**

Aucun.

- ◆ **De soutien**

Antipyrétiques si présence de fièvre.

Particularités associées au service de garde

La roséole est la plus fréquente des maladies éruptives touchant les enfants de moins de 2 ans.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

- Vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant.
- S'assurer qu'il ne s'agit pas d'une maladie éruptive contagieuse telle que la rougeole, la rubéole ou l'érythème infectieux (Cinquième maladie).

Mesures de contrôle

- ◆ **Sujet**

Ne pas exclure le sujet si son état de santé lui permet de participer aux activités.

- ◆ **Contacts**

- Aucune mesure.
- Au besoin, remettre une lettre aux parents des enfants du même groupe.

Environnement

Pratiques de base (voir le chapitre III, section « Contrôle de la transmission des infections »).

Suivi

Aucun.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Roséole (exanthème subit)

Chers parents,

Votre enfant a été en contact, au service de garde, avec une personne qui souffre de roséole, maladie bénigne causée par un virus et généralement considérée comme peu contagieuse. Chez l'enfant malade, la roséole se manifeste par une fièvre qui dure de trois à cinq jours. Quand la fièvre disparaît, une éruption (rougeurs) apparaît habituellement au tronc puis s'étend au cou, au visage et aux membres; elle dure de un à deux jours. L'enfant présente un bon état général, mais il peut aussi être irritable et son nez peut couler. Il n'existe aucun vaccin, aucun médicament ni aucun traitement pour prévenir cette maladie. Les symptômes de la maladie disparaissent spontanément.

Si jamais, au cours des prochains jours, votre enfant a une éruption cutanée ou de la fièvre, veuillez consulter un médecin ou vous rendre à votre CLSC pour confirmer le diagnostic (apportez cette lettre avec vous).

S'il s'agit d'une roséole, votre enfant peut continuer à fréquenter le service de garde pour autant que son état lui permette de participer aux activités.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

ROTAVIRUS (GASTROENTÉRITE À)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La gastroentérite à rotavirus est une maladie causée par le virus du même nom, dont il existe plusieurs sérotypes. Cette maladie survient de façon sporadique, habituellement pendant l'hiver. Elle est la principale cause de diarrhée chez les enfants âgés de moins de 5 ans.

Tableau clinique

La gastroentérite à rotavirus se manifeste par de la diarrhée liquide et des vomissements importants souvent accompagnés de fièvre.

Complications

La gastroentérite à rotavirus peut entraîner, chez les jeunes enfants, une déshydratation qui nécessitera l'hospitalisation de jusqu'à 10 % des cas. Le rotavirus est responsable de près de 60 % des hospitalisations pour gastroentérite chez les enfants d'âge préscolaire. L'infection à rotavirus est la principale infection nosocomiale dans les services de pédiatrie.

Durée de la maladie

La gastroentérite à rotavirus dure habituellement moins d'une semaine.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Le rotavirus s'acquiert facilement à la suite de l'ingestion du virus présent dans les selles d'une personne infectée et contaminant les mains ou objets et surfaces. Il peut aussi être transmis par l'ingestion de gouttelettes produites au cours des vomissements.

Le rotavirus peut survivre jusqu'à plusieurs semaines sur les objets inanimés.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure de 24 à 72 heures.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que le virus est excrété dans les selles. Celui-ci est présent dans les selles avant même le début de la diarrhée et peut persister jusqu'à 21 jours après le début de la symptomatologie.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter le rotavirus. Après l'âge de 3 ans, presque tous les individus possèdent des anticorps contre le rotavirus. Cependant, de 20 à 35 % des contacts familiaux adultes des enfants infectés présenteront des symptômes. Le risque de transmission secondaire est inversement proportionnel à l'âge des enfants infectés.

Immunité

Le rotavirus confère une immunité qui n'empêche pas la réinfection; celle-ci sera toutefois moins grave et pourra même être asymptomatique.

Un vaccin est maintenant disponible et peut être administré à compter de l'âge de 6 semaines. Il peut prévenir jusqu'à 90 % des diarrhées graves.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

- Tableau clinique.
- Détection d'antigènes dans les selles.

♦ Exceptionnelles

Microscopie électronique.

Traitement

♦ Spécifique

Aucun. Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués, particulièrement chez les enfants.

♦ De soutien

Thérapie de remplacement hydroélectrolytique. Les solutions de réhydratation orales sont habituellement suffisantes. Dans les cas très graves, on doit utiliser l'hydratation parentérale.

Particularités associées au service de garde

Le rotavirus est une cause importante de gastroentérite en service de garde. Le risque d'hospitalisation pour une gastroentérite à rotavirus est deux à trois fois plus élevé chez les enfants fréquentant un service de garde. Les enfants aux couches sont plus souvent atteints, et favorisent la transmission.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

On doit prendre contact avec le service de garde dès la confirmation d'un premier cas.

S'il s'agit d'un cas isolé, on peut clore l'enquête.

Si plusieurs cas présentent des symptômes, une visite au service de garde est souhaitable.

Si d'autres enfants ont été hospitalisés ou ont consulté un médecin pour diarrhée, on doit s'informer des résultats des analyses de selles, s'ils sont disponibles.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

Exclure le sujet jusqu'à la fin de la diarrhée.

♦ Contacts

- Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe.
- Remettre une lettre à tous les contacts.
- Exclure s'ils présentent des symptômes. Diriger vers le médecin s'ils vomissent ou si leur diarrhée est fréquente, en raison du danger de déshydratation.
- Aucune intervention auprès des contacts asymptomatiques.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Réviser la technique de changement de couches, prioriser l'utilisation de couches jetables, lingettes à usage unique et de gants au besoin (voir chapitre IV, section « Le changement de couches »).

Interdire aux personnes qui préparent et servent les repas de changer les couches.

Suivi

En présence de plusieurs cas, surveiller le service de garde jusqu'à ce que tous les sujets soient redevenus asymptomatiques.

Note : On peut admettre de nouveaux enfants au service de garde, mais on doit informer les parents de la situation.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Gastroentérite à rotavirus

Chers parents,

Le service de garde est touché présentement par une épidémie de gastroentérite à rotavirus. Cette maladie peut causer de la diarrhée et des vomissements importants avec fièvre. Le traitement consiste principalement à maintenir une bonne hydratation.

- Votre enfant n'a pas de symptômes. S'il présente une diarrhée accompagnée de vomissements dans les prochains jours et si son état le justifie, nous vous conseillons de consulter un médecin ou votre CLSC, d'apporter cette lettre, de prévenir le service de garde et de le garder à la maison.
- Votre enfant souffre présentement de symptômes compatibles avec cette infection. Nous vous recommandons de faire évaluer son état de santé par un médecin ou votre CLSC si son état le justifie et d'apporter cette lettre avec vous. Veuillez le garder à la maison.
- Étant donné l'état de santé de votre enfant, nous vous demandons de la garder à la maison. Il pourra réintégrer le service de garde à la fin des diarrhées si son état de santé le lui permet.

Merci de votre collaboration.

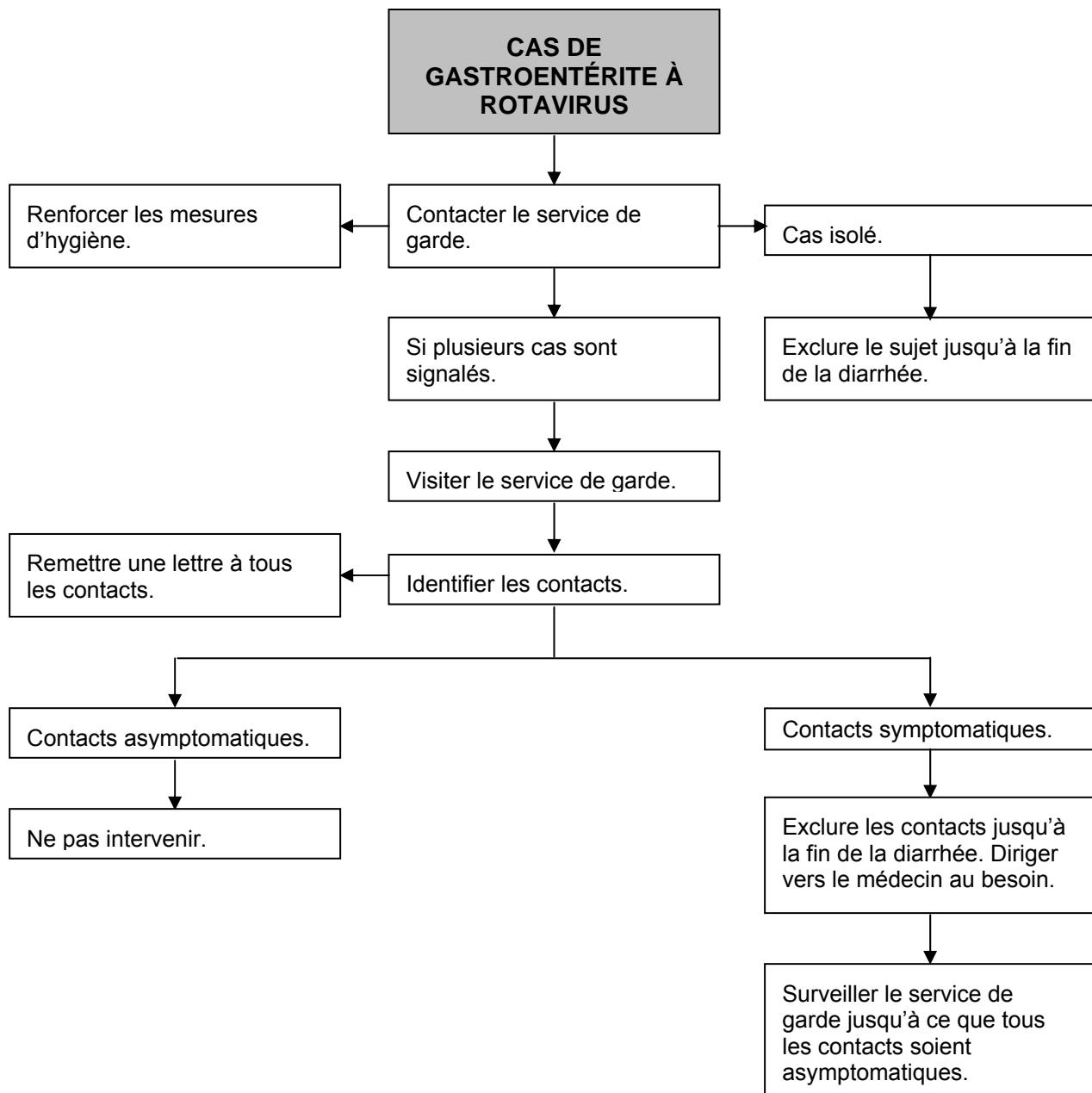
Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

GASTROENTÉRITE À ROTAVIRUS
ARBRE DÉCISIONNEL



ROUGEOLE

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La rougeole est une infection virale aiguë très contagieuse causée par le virus du même nom, de la famille des paramyxovirus. Les éclosions ont lieu surtout en hiver ou au début du printemps. Au Québec, grâce à la vaccination, la maladie est devenue beaucoup moins fréquente.

Tableau clinique

La rougeole débute par une atteinte importante de l'état général, une fièvre élevée (39-40 °C), une conjonctivite, de la photophobie, de la rhinorrhée et de la toux (phase catharrale). Trois à cinq jours plus tard, une éruption cutanée maculopapulaire s'ajoute; elle débute au visage et au cou et s'étend au thorax et aux membres. Des taches blanchâtres (taches de Koplik), présentes avant ou au début de l'éruption, sont pathognomoniques de la rougeole et peuvent s'observer sur la muqueuse buccale. L'éruption dure de quatre à sept jours.

La maladie est en général plus grave chez les nourrissons, les adultes et les immunosupprimés.

Complications

La rougeole peut entraîner les complications suivantes :

- otite moyenne (5 à 9 % des cas), infection pulmonaire, telle que laryngotrachéobronchite, bronchite et pneumonie (1 à 5 % des cas), diarrhée persistante avec entéropathie (surtout chez les jeunes nourrissons);
- encéphalite (1 cas pour 1 000) pouvant laisser des séquelles neurologiques;
- panencéphalite sclérosante subaiguë (1 cas pour 100 000);
- décès (1 à 2 cas pour 1 000 au Canada).

Les complications sont plus fréquentes chez les nourrissons, les adultes, les femmes enceintes et les immunosupprimés.

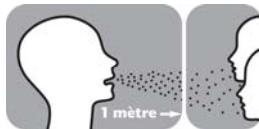
Durée de la maladie

La rougeole dure de sept à dix jours.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

La rougeole est une maladie très contagieuse puisqu'elle s'acquiert par inspiration de gouttelettes projetées dans l'air par une personne infectée qui tousse ou qui éternue et par inhalation de microgouttelettes générées par une personne infectée.



Transmission

Aérienne

Note : La transmission par voie aérienne est très efficace et le seul fait d'avoir partagé le même espace qu'une personne infectée, même durant une courte période de temps, peut suffire à transmettre l'infection.

Période d'incubation

La période d'incubation dure de 7 à 18 jours entre l'exposition et l'apparition de l'éruption, avec une moyenne de 14 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure de trois à cinq jours avant le début de l'éruption et jusqu'à quatre jours après. La contagiosité maximale est atteinte avant l'apparition de l'éruption, pendant la période catarrhale.

Réceptivité

Toute personne n'ayant pas fait la rougeole ou n'ayant pas reçu le vaccin est réceptive, donc susceptible de la contracter.

Immunité

La rougeole confère une immunité permanente.

L'immunité est supérieure à 85 % après l'administration d'une dose de vaccin, et dépasse 99 % après deux doses administrées selon le calendrier.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

- Tableau clinique.
- Dosage d'anticorps d'IgM spécifiques qui sont mesurables entre le 3^e et le 28^e jour après le début de l'exanthème.
- Dosage d'anticorps IgG sur deux sérum, le premier prélevé moins de 7 jours après le début de l'éruption et le second, 14 jours plus tard.
- Culture virale de la gorge, des sécrétions nasopharyngées ou de l'urine rapidement après le début de la phase éruptive.

♦ Exceptionnelles

Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur l'urine disponible dans un laboratoire de référence.

Traitements

♦ Spécifique

Aucun.

♦ De soutien

- Antipyrrétiques.
- Antibiotiques en présence d'une infection bactérienne secondaire.
- On peut envisager de donner des suppléments de vitamine A dans certaines circonstances, en particulier dans le cas d'enfants âgés de 6 mois à 2 ans hospitalisés à cause de complications liées à la rougeole.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

La rougeole pendant la grossesse augmente le risque d'avortement spontané, d'accouchement prématuré et de naissance d'un bébé de petit poids.

Le vaccin vivant contre la rougeole est contre-indiqué pour la femme enceinte.

Pour informations complémentaires, voir, au chapitre VI, la rubrique « La femme enceinte ».

MESURES À PRENDRE

Enquête

- Vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant et s'assurer que les échantillons cliniques appropriés sont acheminés au laboratoire.
Note : On doit aviser le centre de prélèvement ou le médecin qu'on leur dirige un éventuel cas de rougeole, à cause des dangers de transmission dans la salle d'attente.
- Identifier les contacts.

Mesures de contrôle

Ces mesures peuvent être prises lorsque le diagnostic est probable ou qu'il est confirmé.

◆ Sujet

Exclure le sujet du service de garde jusqu'à quatre jours inclusivement après le début de l'éruption.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts les enfants et le personnel du service de garde et les personnes ayant circulé au service de garde durant les heures d'activité dans les espaces utilisés régulièrement par les enfants (y compris les personnes qui vont conduire et viennent chercher les enfants).
- Remettre une lettre à tous les contacts dont les enfants fréquentent le service de garde.
- Identifier les contacts les plus à risque, soit : les enfants âgés de moins de 12 mois, les immunosupprimés, les femmes enceintes réceptives et les personnes infectées par le VIH.
- Administrer des immunoglobulines IM le plus tôt possible (si le premier contact remonte à moins de sept jours) : 0,25 ml/kg (max. de 15 ml) aux enfants âgés de moins de 12 mois et aux femmes enceintes réceptives, et 0,5 ml/kg (max. de 15 ml) aux personnes infectées par le VIH et aux immunosupprimés.
- Avant de recevoir le vaccin contre la rougeole, la personne qui a reçu des immunoglobulines devra attendre cinq mois si la dose était de 0,25 ml/kg, et six mois si la dose était de 0,50 ml/kg.
- Pour les enfants âgés de 6 à 12 mois, on peut utiliser le vaccin seul s'il est possible de l'administrer dans les trois jours suivant le premier contact.
- Mettre à jour la vaccination des autres personnes considérées comme contacts.
- Surveiller l'apparition des symptômes chez les contacts et les diriger vers un médecin ou le CLSC, s'il y a lieu.

Environnement

Renforcer l'hygiène respiratoire (voir le chapitre IV).

Aérer les locaux.

Suivi

Assurer le suivi jusqu'à 14 jours après l'apparition du dernier cas.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Rougeole

Chers parents,

Votre enfant a été en contact avec une personne ayant probablement la rougeole au service de garde. C'est une maladie sérieuse et très contagieuse qui peut être évitée par un vaccin.

La rougeole se manifeste par de la fièvre, la sensibilité des yeux à la lumière, un écoulement nasal et de la toux; ensuite des rougeurs apparaissent au visage puis sur le corps. Ces symptômes disparaissent après une ou deux semaines. La rougeole s'accompagne souvent d'une otite, d'une pneumonie ou de diarrhée et, plus rarement, d'encéphalite (infection au cerveau) pouvant laisser des séquelles (surdité ou retard mental).

Le MSSS recommande que tous les enfants reçoivent deux doses de vaccin contre la rougeole, la première à 12 mois et la seconde à 18 mois. Le vaccin contre la rougeole est associé à ceux contre la rubéole et les oreillons.

Si votre enfant est âgé de 12 mois ou plus, assurez-vous qu'il est adéquatement vacciné contre la rougeole. Faites de même pour les autres membres de votre famille. En cas de doute, informez-vous auprès de votre médecin ou de votre CLSC.

Si votre enfant a moins de 12 mois ou s'il est immuno-supprimé, il devra recevoir pour sa protection une injection d'immunoglobulines (anticorps) ou un vaccin, selon le cas.

À cette fin, veuillez vous adresser sans délai à : _____.

Si votre enfant, qu'il soit vacciné ou non, présente des manifestations de la maladie, veuillez communiquer avec un médecin ou votre CLSC. Apportez cette lettre et prévenez le service de garde.

De plus, toute femme enceinte ou toute personne immuno-supprimée qui s'est présentée au service de garde durant la période du _____ au _____ devrait consulter son médecin afin de vérifier si elle doit recevoir un traitement préventif. Apporter cette lettre.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

p. j. Renseignements et conseils pratiques

LA ROUGEOLE ET LES IMMUNOGLOBULINES

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS PRATIQUES

Rougeole

La rougeole est une maladie virale très contagieuse qui se transmet par l'inhalation de microgouttelettes venant des sécrétions du nez et de la gorge des personnes infectées. Elle s'accompagne souvent d'une otite, d'une infection pulmonaire et, dans 1 cas sur 1 000, d'une complication cérébrale (encéphalite) qui cause souvent des dommages permanents au cerveau et un retard mental. La mort survient dans 1 à 2 cas sur 1 000.

Immunoglobulines

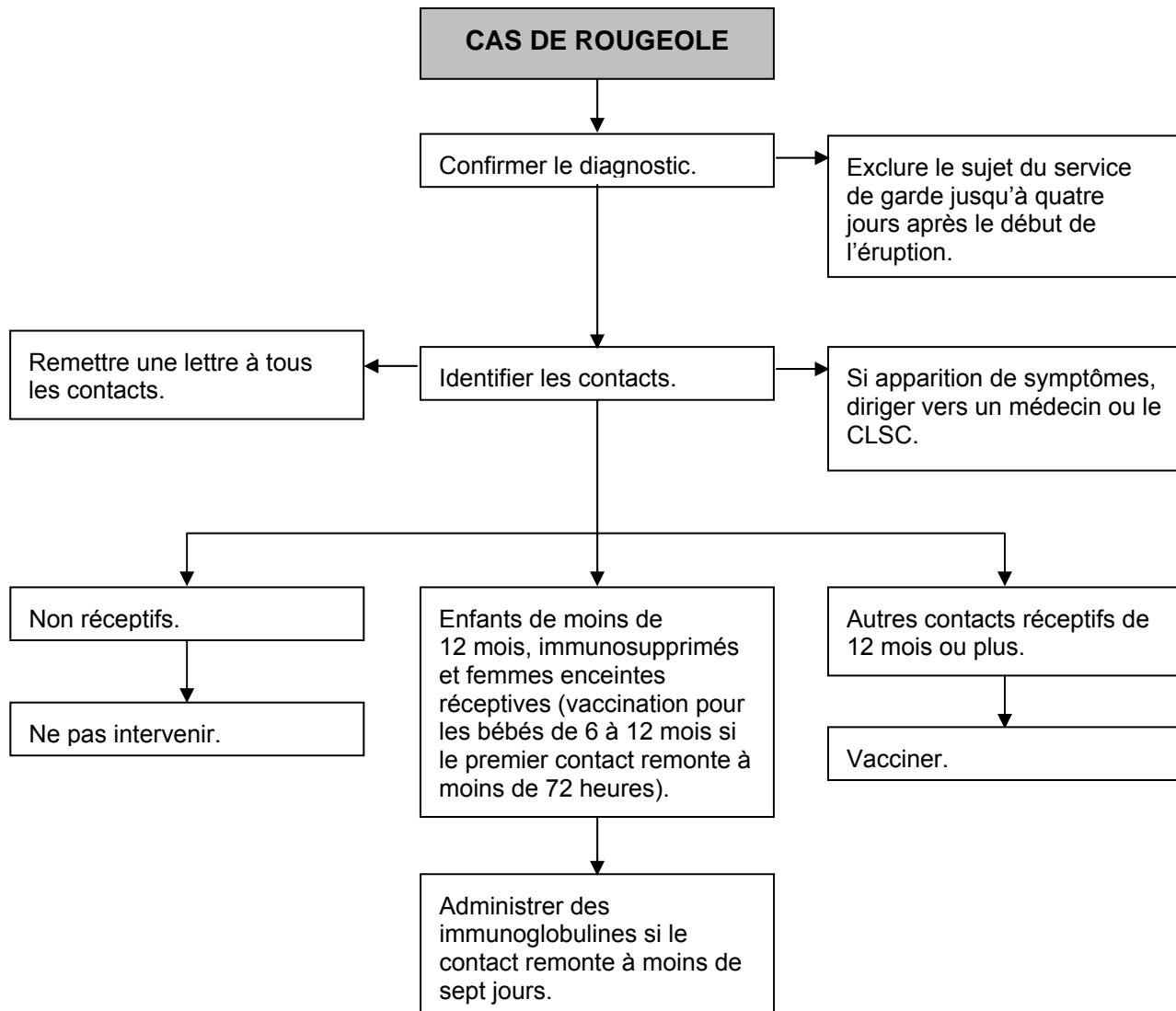
Les immunoglobulines sont des anticorps extraits du sang de plusieurs donneurs. Cette immunisation est dite « passive » parce qu'elle ne fait pas appel aux mécanismes de défense comme dans le cas d'une vaccination. C'est pour cette raison que la durée de protection est très limitée dans le temps. Seul le vaccin protège à long terme.

La méthode d'extraction et de préparation des immunoglobulines à partir de sang humain et leur traitement détruisent les virus qui auraient pu échapper aux tests de dépistage.

Après l'administration des immunoglobulines, il faut respecter un intervalle d'au moins cinq mois avant de recevoir le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons ou un vaccin contre la varicelle.

On peut en effet prévenir la rougeole en administrant des immunoglobulines humaines (gammaglobulines) aux personnes qui ont été en contact une première fois avec un cas de rougeole depuis moins de sept jours. Elles sont recommandées aux personnes considérées comme étant plus à risque. Cependant, dans la majorité des cas, on recommande d'administrer le vaccin contre la rougeole.

ROUGEOLE ARBRE DÉCISIONNEL



RUBÉOLE

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La rubéole est une maladie exanthématuse causée par le virus du même nom, un rubivirus de la famille des togavirus. Les éclosions ont lieu surtout en hiver et au printemps.

Tableau clinique

L'infection est souvent asymptomatique (25 à 50 % des cas). Elle peut toutefois se traduire par les symptômes suivants : prodrome (surtout chez les adultes) : fièvre légère, adénopathies rétroauriculaires, cervicales et sous-occipitales précédant le rash, conjonctivite, coryza léger; éruption maculopapulaire généralisée débutant au visage, progressant vers le corps et d'une durée moyenne de trois jours.

L'infection congénitale peut causer un syndrome de rubéole congénitale (SRC) susceptible d'entraîner un avortement, la mort du fœtus ou des malformations fœtales telles que cardiopathies congénitales, cataractes, surdité ou déficience intellectuelle.

Certaines manifestations peuvent être moins importantes ou/et n'être reconnues que quelques années après la naissance (habituellement avant l'âge de 5 ans), même si elles sont la suite d'une infection transmise *in utero* lorsque la mère contracte la rubéole, surtout dans les vingt premières semaines de grossesse.

Une infection fœtale peut aussi n'entraîner aucune séquelle ou manifestation chez l'enfant.

Complications

Arthralgie et arthrite transitoire, surtout chez les adolescentes et les femmes adultes; rarement, encéphalite ou thrombocytopénie.

Durée de la maladie

La rubéole postnatale dure environ sept jours.

L'atteinte consécutive à une rubéole congénitale peut être chronique avec de nouvelles manifestations cliniques apparaissant au cours de l'enfance et de l'adolescence.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

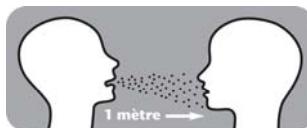
La rubéole peut s'acquérir de différentes façons :

- par voie transplacentaire;
- par l'inhalation de gouttelettes projetées dans l'air par une personne infectée qui tousse ou qui éternue;
- par l'inoculation des muqueuses par des mains contaminées par les sécrétions des voies respiratoires d'une personne infectée.

Les enfants atteints d'une rubéole congénitale peuvent excréter le virus en grandes quantités dans les urines et les sécrétions nasopharyngées jusqu'à l'âge de 1 an. La rubéole peut également s'acquérir par inoculation des muqueuses par le virus de la rubéole présent dans l'urine d'une personne infectée de façon congénitale, et ce par l'intermédiaire d'objets ou mains contaminés.

Transmission

- Gouttelettes
- Contact direct
- Contact indirect (seulement dans les cas de rubéole congénitale).



Période d'incubation

La période d'incubation dure de 14 à 23 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité commence sept jours avant le début de l'éruption et dure jusqu'à sept jours après.

Elle peut persister jusqu'à l'âge de 1 à 2 ans chez l'enfant atteint d'une infection congénitale. L'arrêt de la contagion se détermine par des cultures d'urine et de sécrétions nasopharyngées négatives prélevées à deux reprises après l'âge de 3 mois.

Réceptivité

Toute personne n'ayant pas fait la rubéole ou n'ayant pas reçu le vaccin est susceptible de la contracter.

Immunité

La rubéole confère habituellement une immunité permanente.

Une dose de vaccin confère une immunité dans 95 % des cas.

Méthodes diagnostiques

♦ **Habituelles**

Rubéole

Sérologie pour recherche d'anticorps (IgM), car le diagnostic clinique est peu fiable. Peuvent être mesurés dès le quatrième jour après le début de l'exanthème.

Rubéole congénitale

- Sérologie pour recherche d'anticorps (IgM) présents à la naissance ou persistance des IgG au-delà de six mois de vie. Le diagnostic sérologique est difficile à établir après l'âge de 1 an.
- Culture virale de l'urine et des sécrétions nasopharyngées.

♦ **Exceptionnelles**

Aucune.

Traitements

♦ **Spécifique**

Aucun.

♦ **De soutien**

Antipyrétiques au besoin.

Particularités associées au service de garde

Les enfants et les adultes réceptifs du service de garde peuvent être une source de contamination, s'ils sont infectés, pour les femmes réceptives en âge de procréer.

Particularités associées à la femme enceinte

La femme enceinte ou qui croit l'être doit être dirigée vers son médecin le plus tôt possible après un contact avec un cas de rubéole. Si elle contracte la rubéole durant les vingt premières semaines de grossesse, elle risque de donner naissance à un enfant atteint du syndrome de rubéole congénitale.

Le vaccin vivant contre la rubéole est contre-indiqué pour la femme enceinte. L'administration des Ig en prophylaxie n'est généralement pas recommandée pour les femmes enceintes non immunisées et exposées à la rubéole.

Toute femme en âge de procréer devrait connaître son statut immunitaire. À noter que le vaccin contre la rubéole n'est pas utilisé uniformément dans tous les pays, en particulier dans les pays en voie de développement. Les femmes originaires de ces pays peuvent donc être plus à risque.

Pour informations complémentaires, voir le chapitre VI, section « La femme enceinte ».

MESURES À PRENDRE

Enquête

Au cours de l'enquête, on doit :

- vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant et obtenir une confirmation sérologique;
- identifier les contacts.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

- Exclure le sujet jusqu'à sept jours après l'apparition du rash dans les cas de rubéole.
- Exclure l'enfant atteint de rubéole congénitale tant qu'il est considéré comme contagieux, si présence d'enfants non vaccinés ou de femmes non immunes en âge de procréer.

♦ Contacts

- Considérer comme contact toute personne ayant partagé le même local que le sujet durant sa période de contagiosité, y compris les travailleuses, les femmes qui viennent chercher un enfant au service de garde et les membres de la famille du sujet.
- Remettre une lettre à tous les contacts.
- Vérifier l'état immunitaire des contacts.
- Faire vacciner les contacts non immuns s'ils sont âgés de 12 mois ou plus. Ne pas intervenir auprès des contacts immuns.
- Surveiller l'apparition des symptômes chez les contacts et les diriger vers un médecin ou un CLSC, s'il y a lieu. Diriger rapidement les femmes enceintes vers leur médecin.
- En absence d'immunité, administrer le vaccin RRO aux femmes qui ne sont pas enceintes.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains.

Renforcer l'hygiène respiratoire (voir le chapitre IV).

En présence d'un cas de rubéole congénitale : renforcer aussi le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Suivi

S'assurer que les contacts non immuns ont été vaccinés.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Rubéole

Chers parents,

Votre enfant a été en contact, au service de garde, avec une personne atteinte de la rubéole. C'est une maladie qui peut être évitée par un vaccin.

Chez l'enfant, la rubéole se manifeste par une fièvre légère, l'enflure des ganglions situés derrière les oreilles et des rougeurs apparaissant d'abord au visage puis sur le corps. Certains enfants sont peu malades et n'ont aucune rougeur. Cependant, si une femme enceinte non protégée contracte la rubéole, cela peut être dangereux pour le bébé. Toute femme en âge de procréer doit donc s'assurer qu'elle est bien protégée, soit qu'elle ait reçu le vaccin, soit qu'on ait vérifié par une prise de sang la présence d'anticorps.

Toute femme enceinte en contact avec la rubéole qui n'est pas protégée ou qui ignore si elle l'est doit consulter son médecin immédiatement.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux recommande que tous les enfants soient vaccinés dès l'âge de 12 mois. Le vaccin contre la rubéole est combiné à ceux contre la rougeole et les oreillons.

Nos fiches nous indiquent que :

- Votre enfant est vacciné.
- Votre enfant n'est pas vacciné. Nous vous suggérons donc de communiquer avec votre médecin ou votre CLSC pour le faire vacciner s'il est âgé de 12 mois ou plus.

Si votre enfant, qu'il soit vacciné ou non, présente une des manifestations de la maladie, veuillez prévenir le service de garde et consulter un médecin ou vous rendre à votre CLSC. Apportez cette lettre.

Nous vous recommandons également de faire vacciner les autres membres de votre famille qui ne sont pas vaccinés.

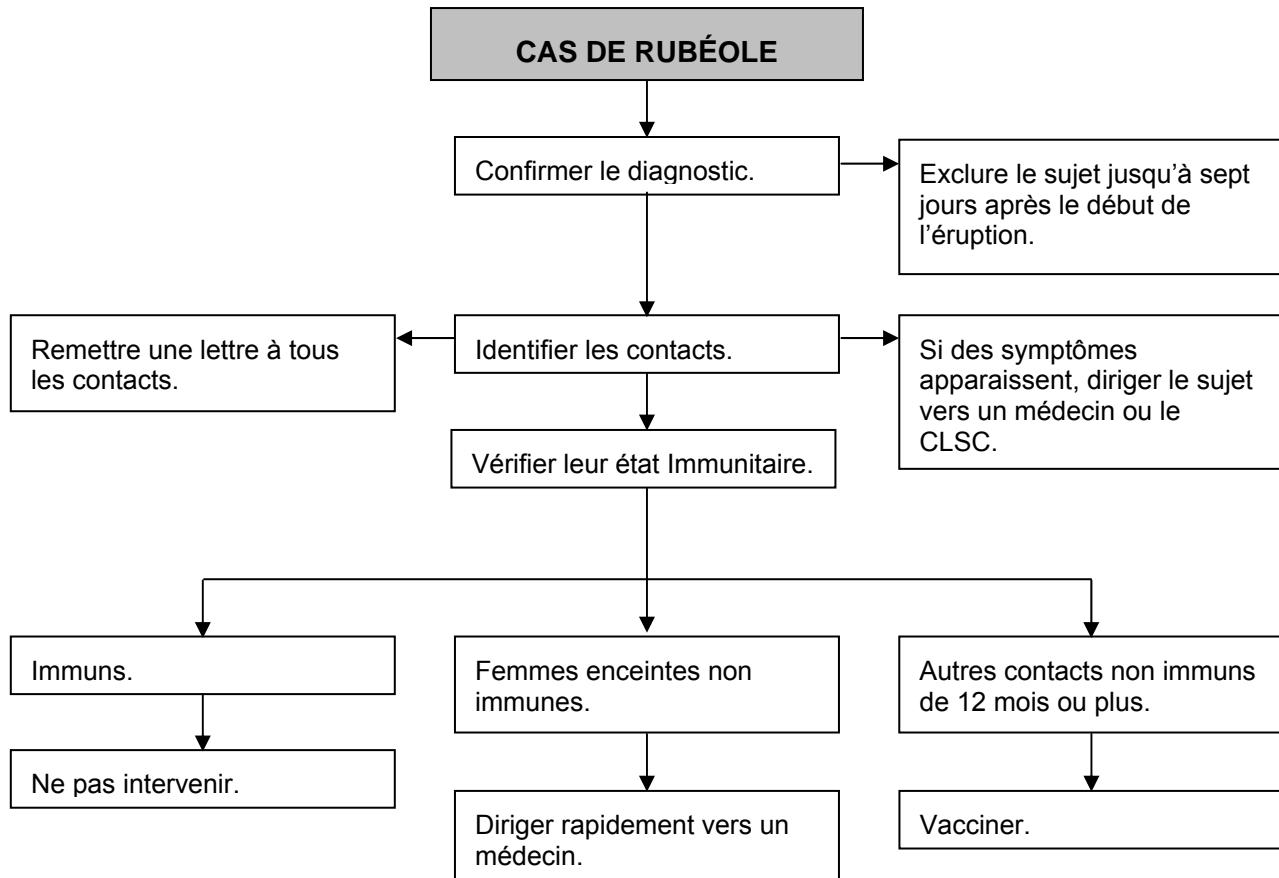
Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

RUBÉOLE
ARBRE DÉCISIONNEL

SALMONELLOSE

(INCLUANT LA FIÈVRE TYPHOÏDE)

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La salmonellose est une infection causée par une bactérie du genre *Salmonella*. Il existe de nombreux sérotypes de *Salmonella* pathogènes chez l'homme. Les plus fréquents en Amérique du Nord sont le *S. enteritidis* et le *S. typhimurium*.

Tableau clinique

La salmonellose est une infection souvent asymptomatique. La manifestation la plus fréquente est la gastroentérite, qui débute soudainement avec de la fièvre, des frissons et de la diarrhée accompagnée de douleurs abdominales, de nausées et, parfois, de vomissements. La diarrhée peut être sanguinolente à l'occasion.

Beaucoup plus rare, la fièvre entérique est le plus souvent associée à la *Salmonella* sérogroupe D sérotype *typhi* (fièvre typhoïde) et à quelques autres souches de salmonellose. Elle se présente sous forme de fièvre, d'atteinte de l'état général, d'hépatosplénomégalie et d'atteinte cutanée (taches rosées ou « rose spots »).

Complications

La salmonellose peut entraîner les complications suivantes :

- déshydratation (parfois importante chez les jeunes enfants);
- septicémie (toujours présente avec la fièvre entérique);
- arthrite, ostéomyélite et méningite (rares).

Les décès sont rares, mais ils surviennent parfois chez les très jeunes enfants (< 6 mois), les personnes âgées et les personnes atteintes de maladie chronique débilitante.

Durée de la maladie

La salmonellose dure habituellement de 2 à 5 jours; rarement, de 10 à 14 jours. La fièvre entérique non traitée peut persister de trois à quatre semaines.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

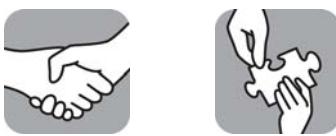
La salmonellose s'acquiert de différentes façons, soit :

- par l'ingestion de bactéries contenues dans des aliments contaminés (ex. : œufs crus, produits laitiers non pasteurisés, viandes et volailles mal cuites) ou, plus rarement, par l'eau contaminée;
- par l'ingestion de la bactérie présente dans les selles d'une personne ou d'un animal infectés (reptiles, amphibiens et rongeurs) et qui contaminent les mains ou objets et surfaces.

Tous les animaux peuvent être porteurs de *Salmonella*, mais l'homme est le seul réservoir de *Salmonella typhi*. Cette dernière est le plus souvent acquise au cours d'un voyage dans un pays en voie de développement.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure de 6 à 72 heures, habituellement, de 12 à 36 heures. Pour la fièvre entérique, la période d'incubation peut aller de 3 à 60 jours, mais elle dure habituellement de 7 à 14 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que la bactérie est présente dans les selles, soit de plusieurs jours à plusieurs semaines (rarement plus de six semaines après la gastroentérite). Cependant un état de porteur peut persister plusieurs mois, surtout chez les jeunes enfants. On appelle porteurs chroniques ceux chez qui l'infection dure plus d'un an. Les antibiotiques peuvent prolonger la période d'excrétion de la bactérie dans les selles.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une salmonellose, mais l'infection est plus fréquente chez les jeunes enfants (< 5 ans), les personnes âgées, les gastrectomisés, les personnes souffrant d'asplénie fonctionnelle ou anatomique et les personnes immunosupprimées.

Immunité

La salmonellose ne confère pas d'immunité.

Deux types de vaccins sont disponibles contre le *Salmonella typhi* : un vivant atténué administré par voie orale, et un inactivé administré par voie IM dont l'efficacité varie de 50 % à 80 %.

Méthodes diagnostiques

◆ **Habituelles**

- Culture de selles.
- Hémoculture.
- Culture d'urine.

◆ **Exceptionnelles**

Ponction de moelle pour culture bactérienne.

Traitement

◆ **Spécifique**

- Dans le cas de gastroentérite, ne pas donner d'antibiotiques, sauf aux patients plus susceptibles de faire une bactériémie (ex. : enfant de moins de 3 mois, enfant avec atteinte importante de l'état général ou en déficit immunitaire, ce qui comprend les asplénies fonctionnelles et anatomiques). À noter que l'antibiothérapie ne diminue pas la durée de la diarrhée et peut prolonger l'état de porteur de la bactérie dans les selles.
- En cas de maladie grave (ex. : fièvre typhoïde, septicémie), administrer un des antibiotiques suivants selon le tableau clinique et les épreuves de sensibilité : céfotaxime, ceftriaxone, ampicilline, amoxicilline, TMP-SMX, azithromycine, fluoroquinolone (≥ 18 ans).

◆ **De soutien**

- Réhydratation.
- Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués.

Particularités associées au service de garde

L'infection est plus fréquente chez les jeunes enfants. Les éclosions à *Salmonella* sont rares en service de garde.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

On doit d'abord communiquer avec le service de garde. S'il s'agit d'un cas isolé (c.-à-d. qu'il n'y a aucune autre personne avec la diarrhée), on peut clore l'enquête.

Si plusieurs personnes présentent des symptômes (deux cas ou plus dans un même groupe à l'intérieur de 72 heures), une visite au service de garde serait souhaitable et une enquête devrait être effectuée par la Direction de santé publique.

Si d'autres enfants ont été hospitalisés ou ont consulté un médecin pour une diarrhée, on doit s'informer des résultats des cultures, s'ils sont disponibles.

On doit également :

- identifier les contacts;
- vérifier si une source de contagion alimentaire commune peut être suspectée (si oui, voir la section « Intoxication alimentaire »);
- vérifier s'il y a un lien entre l'infection et un animal présent au service de garde (ex. : tortue ou poisson) et, si tel est le cas, obtenir du MAPAQ (Vet-Raizo) les cultures appropriées, car l'eau des aquariums est fréquemment colonisée par la *Salmonella*. D'autres types de contact avec les animaux doivent aussi être évalués (ex. : visite au zoo).

Note : S'il s'agit d'un cas de *Salmonella typhi*, on doit aviser immédiatement la Direction de santé publique.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

Infection à *Salmonella* autre que *S typhi* (y compris *paratyphi*)

- Exclure le sujet jusqu'à la disparition de la diarrhée.
- Si le sujet est manipulateur d'aliments, il peut réintégrer le service de garde 48 heures après la disparition des symptômes si les mesures d'hygiène recommandées sont bien suivies.

Salmonella typhi

Exclure le sujet jusqu'à l'obtention de résultats négatifs de trois cultures de selles prélevées à un minimum de 24 heures d'intervalle. Le premier prélèvement doit être fait au minimum 48 heures après la fin de l'antibiothérapie. Les mêmes recommandations s'appliquent si le sujet prépare ou manipule des aliments.

♦ Contacts

Infection à *Salmonella* autre que *S typhi* (y compris *paratyphi*)

- Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe que le sujet.
- Remettre une lettre aux contacts.
- Exclure les contacts avec symptômes jusqu'à la disparition de la diarrhée.
- Faire une culture de selles chez quelques contacts avec symptômes si le nombre de cas de diarrhée est inhabituel.
- Si la culture est positive, voir la rubrique « Sujet ».

- Si la culture est négative, appliquer les mesures de contrôle décrites à la section « Diarrhée ».
- Surveiller l'apparition de nouveaux cas.

Salmonella typhi

- Considérer comme contacts les enfants et le personnel du service de garde.
- Remettre une lettre à tous les contacts.
- S'ils présentent des symptômes, les exclure jusqu'à l'obtention du résultat des cultures et jusqu'à la disparition des symptômes.
- Si la source de l'infection du sujet vient du milieu de garde, une culture de selles de tous les enfants et personnel peut être indiquée pour l'enquête.
- Si la culture est positive, voir la rubrique « Sujet ».

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Réviser la technique de changement de couches, prioriser l'utilisation de couches jetables, lingettes à usage unique et de gants au besoin (voir chapitre IV, section « Le changement de couches »).

Suivi

- Exclure tout nouveau cas avec symptômes.
- Continuer d'admettre des enfants s'il s'agit de *Salmonella* autre que *S. typhi*.
Note : S'il s'agit d'un cas de *Salmonella typhi*, attendre l'avis de la Direction de santé publique pour toute nouvelle admission.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection à *Salmonella*

Chers parents,

Présentement, au service de garde, une personne est atteinte de salmonellose, ou infection à *Salmonella*. Cette infection, causée par une bactérie, débute soudainement par de la fièvre, de la diarrhée, des douleurs abdominales, des nausées et, parfois, du sang dans les selles. Certaines personnes peuvent cependant être porteuses de la bactérie sans présenter de symptômes.

La maladie peut se transmettre d'une personne à une autre, par l'eau, les aliments, les mains et les objets (jouets) contaminés, particulièrement lorsqu'il y a des cas de diarrhée. La présence d'enfants aux couches favorise la transmission, car ces enfants n'ont pas encore acquis les habitudes d'hygiène et à leur âge, ils portent souvent des objets à leur bouche. Certains animaux (ex. : tortue) peuvent aussi être porteurs de l'organisme en cause et le transmettre aux humains.

Le traitement consiste à *réhydrater* (faire boire beaucoup) l'enfant. Il n'est pas toujours utile d'administrer des antibiotiques.

- Votre enfant présente des symptômes. Il peut vous être demandé de fournir un prélèvement de ses selles pour analyse.
- Il vous est demandé de fournir un prélèvement de selles pour analyse.
- Si votre enfant présente des symptômes dans les jours qui viennent, nous vous demandons de le garder à la maison et de communiquer avec : _____.

Nous donnerons ultérieurement d'autres recommandations, s'il y a lieu.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

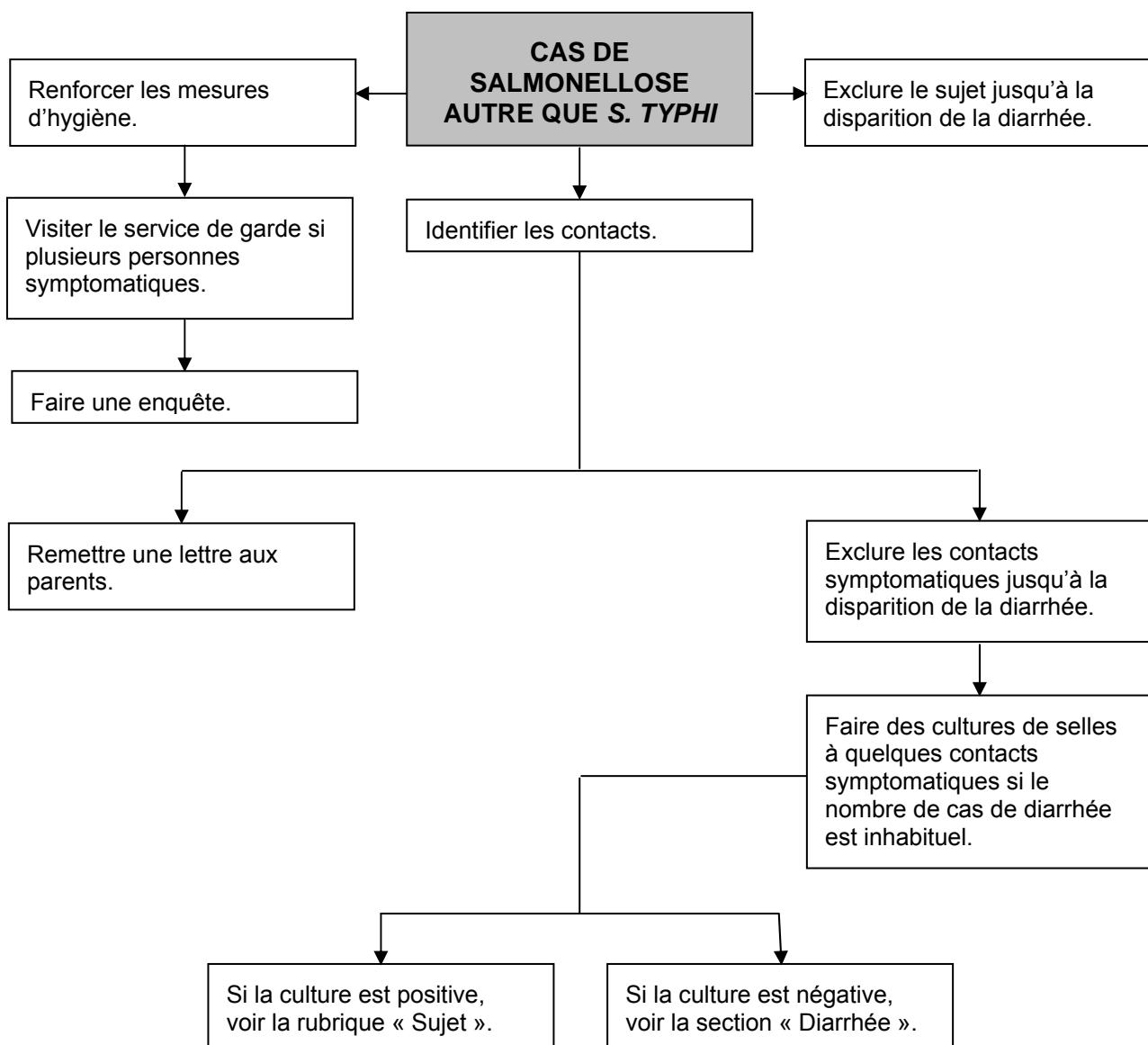
(en lettres moulées)

Signature : _____

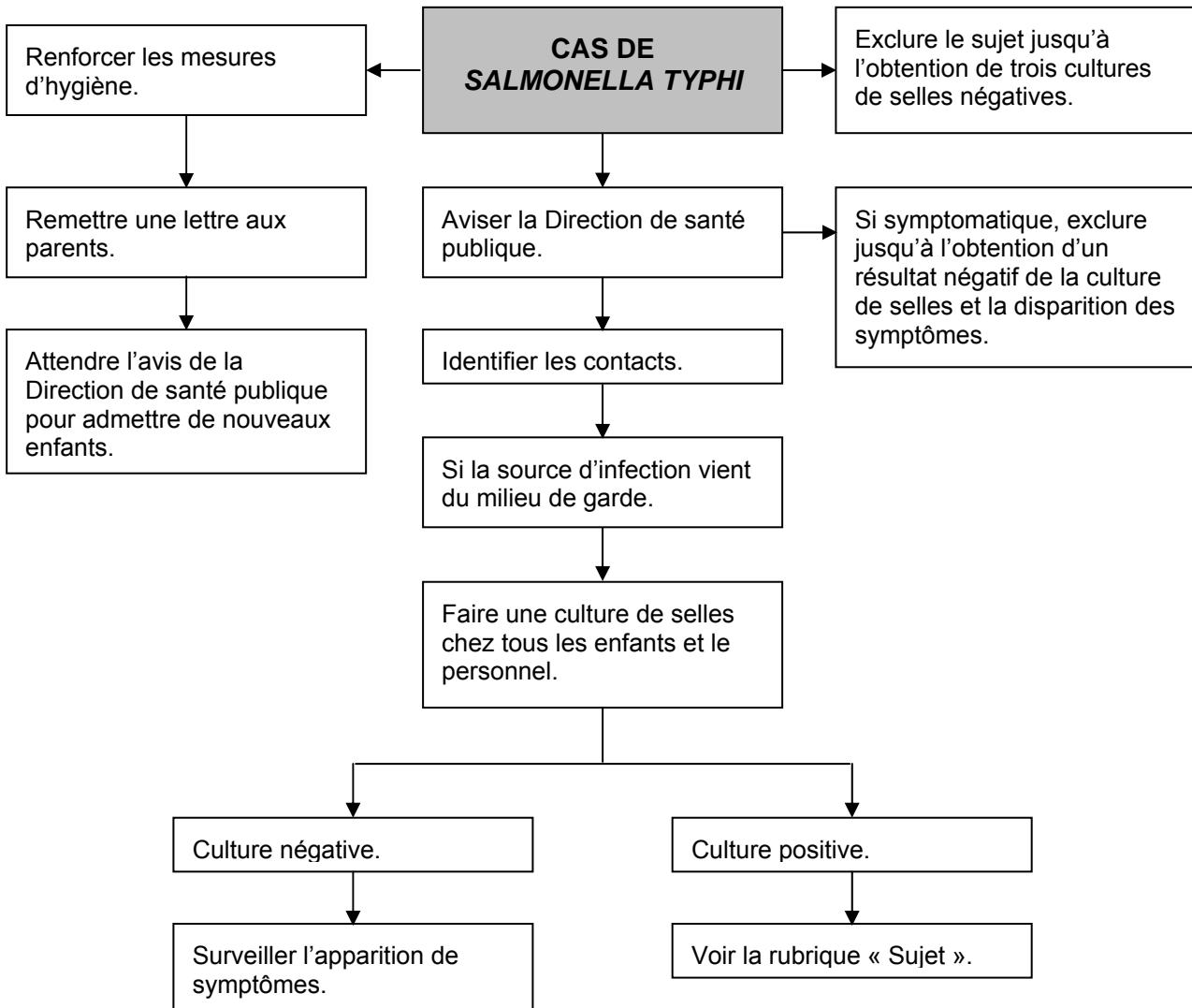
Téléphone : _____ - _____ - _____

SALMONELLOSE AUTRE QUE S. TYPHI (Y COMPRIS PARATYPHI)

ARBRE DÉCISIONNEL



INFECTION À *SALMONELLA TYPHI*
ARBRE DÉCISIONNEL



SHIGELLOSE

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La shigellose est une infection causée par une bactérie du genre *Shigella*. Il en existe quatre espèces : *S. sonnei* (le plus fréquent), *S. flexneri*, *S. dysenteria* et *S. boydii*.

Tableau clinique

La shigellose se manifeste par une diarrhée accompagnée de fièvre et de crampes intestinales. Le tableau clinique débute souvent soudainement et l'enfant peut être toxique. Dans les cas graves, les selles peuvent contenir du sang, du mucus ou du pus.

Complications

La shigellose peut entraîner les complications suivantes :

- déshydratation suivie de désordres électrolytiques pouvant entraîner le décès;
- convulsions;
- syndrome hémolytique-urémique;
- très rarement : bactériémie, perforation colique, encéphalopathie toxique, arthrite réactive, syndrome de Reiter.

Durée de la maladie

La shigellose dure de quelques jours à quelques semaines; en moyenne, elle dure de quatre à sept jours.

Modes d'acquisition et de transmission

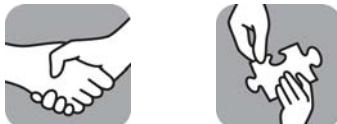
Acquisition

L'être humain est le seul réservoir du *Shigella*. La maladie s'acquiert à la suite de l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés, ou à la suite de l'ingestion de la bactérie présente dans les selles d'une personne infectée et qui contaminent les mains, objets et surfaces. La shigellose peut également s'acquérir par contact sexuel.

Il s'agit d'une maladie très contagieuse; un faible inoculum de bactéries (10 à 200 organismes) suffit à transmettre la maladie.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure de un à sept jours. Elle est habituellement de un à trois jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que la bactérie est présente dans les selles. Habituellement, la bactérie est complètement éliminée dans les quatre semaines suivant la maladie. L'antibiothérapie diminue la période d'excrétion dans les selles.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une shigellose.

Immunité

Des données épidémiologiques permettent de croire qu'une infection antérieure à *Shigella* confère un certain degré de protection contre une maladie subséquente avec des organismes du même type.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

- ◆ **Habituelles**
Culture de selles.
- ◆ **Exceptionnelles**
Aucune.

Traitement

◆ **Spécifique**

La plupart des infections guérissent d'elles-mêmes. Cependant, le traitement diminue la durée de la maladie et élimine plus rapidement la bactérie des selles, et est recommandé dans tous les cas. Les souches résistantes aux antibiotiques sont fréquentes. L'antibiogramme est nécessaire. Si la susceptibilité de la souche est inconnue, utiliser la ceftriaxone, le céfixime, l'azithromycine ou les quinolones (≥ 18 ans). Pour les souches sensibles, l'ampicilline et le TMP-SMX sont efficaces. La durée de l'antibiothérapie est de cinq jours. Pour la femme enceinte, se référer aux «particularités associées à la femme enceinte.»

◆ **De soutien**

- Réhydratation électrolytique, s'il y a lieu.
- Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués. Ils ont pour effet de prolonger la durée de la maladie et l'excrétion de la bactérie.

Particularités associées au service de garde

La shigellose est fréquente et plus grave chez les enfants de 1 à 5 ans.

La transmission est fréquente en service de garde.

Le taux d'attaque est très élevé lorsqu'une éclosion survient dans ce milieu, surtout chez les enfants aux couches.

Particularités associées à la femme enceinte

Les quinolones et le TMP-SMX sont contre-indiqués pour la femme enceinte.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Visiter le service de garde dès qu'un cas est déclaré et identifier les contacts. Si plusieurs cas de diarrhée, vérifier si une source de contamination alimentaire est suspectée et si oui, voir la section « Intoxication alimentaire ».

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- Exclure le sujet du service de garde (dont toute personne qui prépare ou qui sert des aliments) jusqu'à la disparition de la diarrhée et jusqu'à ce que deux cultures de selles prélevées à 24 heures d'intervalle se soient révélées négatives (la première doit être faite au moins 48 heures après la fin du traitement). La mise en place d'une cohorte pourrait permettre le retour des cas traités devenus asymptomatiques.
- Pour les sujets qui demeurent positifs après un premier traitement, tenter un second traitement avec un antibiotique différent auquel le micro-organisme est sensible.
- Le sujet ne doit pas se baigner dans une piscine ou un plan d'eau jusqu'à deux semaines après l'arrêt de la diarrhée.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe que le sujet ou de tout autre groupe où l'on a noté un nombre accru de cas de diarrhée ainsi que les membres de la famille du sujet. Remettre une lettre à tous les contacts.
- Faire une culture à tous les contacts qui présentent des symptômes et les exclure jusqu'à l'obtention des résultats des cultures de selles.
- Si la culture est positive, prendre les mêmes mesures que pour le sujet.
- Si la culture est négative, voir le chapitre V, « Diarrhée ».
- Surveiller l'apparition des symptômes chez les contacts.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Réviser la technique de changement de couches, prioriser l'utilisation de couches jetables, lingettes à usage unique et de gants au besoin (voir chapitre IV, section « Le changement de couches »).

En présence d'éclosion (deux cas ou plus reliés), interdire aux enfants du groupe atteint l'accès aux pataugeoires ou à un autre plan d'eau pendant la durée de l'éclosion.

Interdire à ceux qui préparent et qui servent les repas de changer les couches des nourrissons.

Suivi

Faire systématiquement une culture de selles pour tout nouveau cas de diarrhée qui se déclare pendant la période épidémique.

S'il y a eu formation d'une cohorte, permettre aux enfants de la quitter après l'obtention de deux cultures négatives prélevées à 24 heures d'intervalle.

Ne pas admettre de nouveaux enfants tant que l'éclosion persiste.

Considérer l'éclosion comme étant terminée s'il n'y a pas eu de nouveaux sujets avec symptômes pendant une période de 14 jours.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Shigellose

Chers parents,

Présentement, au service de garde, une personne souffre de shigellose. Cette maladie est causée par une bactérie et se manifeste par des diarrhées abondantes et fréquentes, parfois accompagnées de sang, de mucus ou de pus. La personne atteinte peut également avoir de la fièvre et des crampes abdominales.

La maladie est très contagieuse et se transmet par l'eau, les aliments ou de personne à personne par les mains et objets contaminés (ex. : jouets). La transmission est favorisée par la présence d'enfants aux couches. En effet, ces derniers n'ont pas acquis les habitudes d'hygiène et ont l'habitude de porter les objets à leur bouche. Le traitement consiste à réhydrater (faire boire beaucoup) l'enfant et à administrer des antibiotiques.

- Votre enfant présente des symptômes. Nous vous demandons de le garder à la maison et de consulter votre médecin en apportant cette lettre.
- Si votre enfant présente des symptômes au cours des prochains jours, nous vous demandons de le garder à la maison, de consulter votre médecin en apportant cette lettre et de communiquer avec .

Nous vous informerons ultérieurement des autres mesures à prendre, s'il y a lieu.

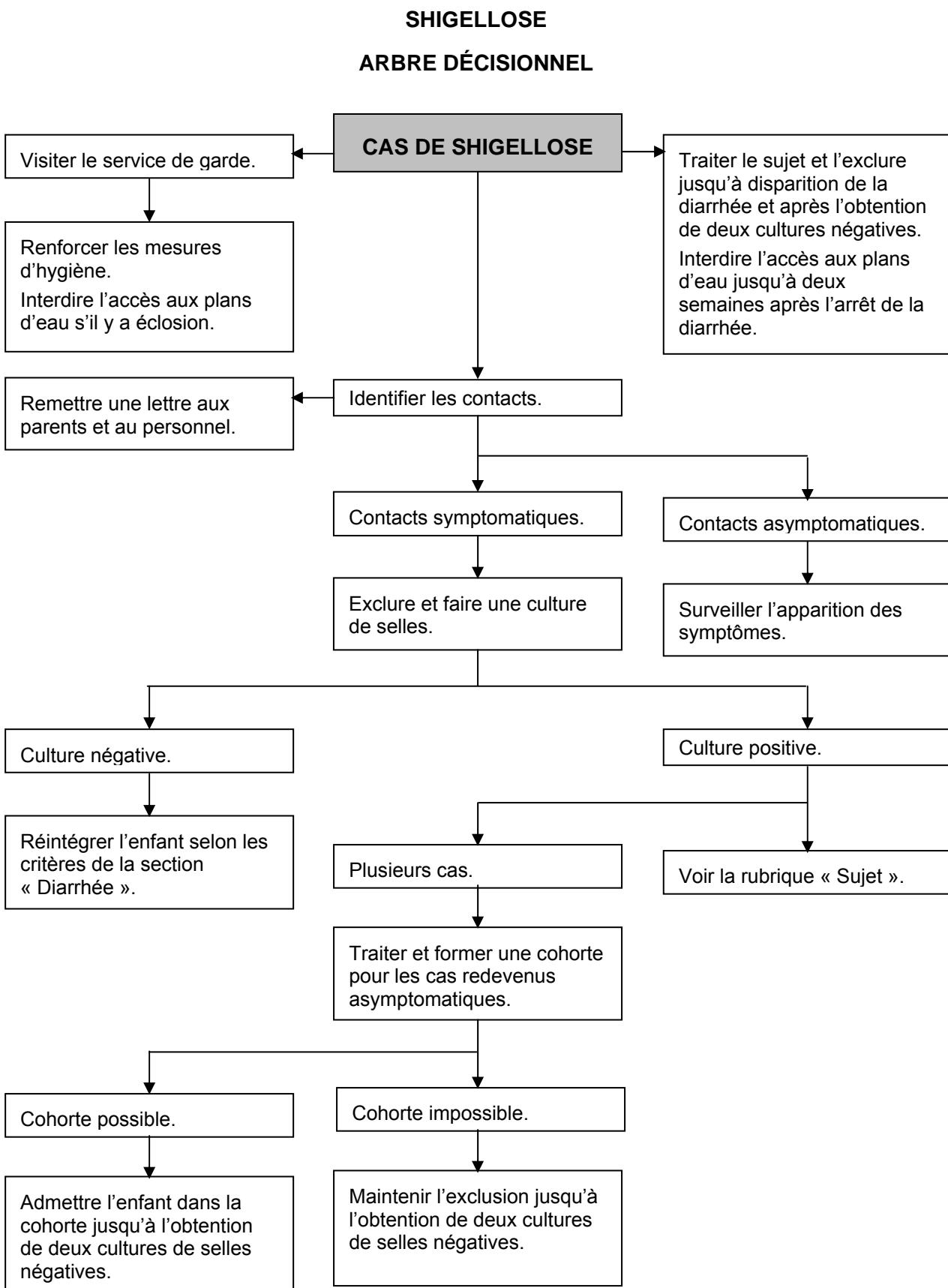
Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____



STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT A LA MÉTHICILLINE (SARM) (INFECTION À)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le *Staphylococcus aureus* est une bactérie qui cause une grande variété d'infections. Il est le pathogène le plus fréquemment retrouvé dans les infections cutanées et les infections des tissus mous, mais peut causer également des ostéomyélites, des endocardites, des pneumonies et des septicémies.

S. aureus colonise la peau et les muqueuses de 10 à 40 % des enfants et adultes en bonne santé. Les narines, la gorge, le périnée, les aisselles, le vagin et le rectum sont les sites le plus fréquemment colonisés.

Historiquement, toutes les souches de *S. aureus* étaient sensibles à la pénicilline, mais des souches résistantes sont apparues progressivement et les pénicillines semi-synthétiques (méthicilline, cloxacilin, oxacilin) ont été mises au point. Malheureusement, dès 1961, des souches résistantes aux pénicillines semi-synthétiques, appelées SARM (*S. aureus* résistant à la méthicilline), ont été observées. Jusqu'à récemment, on les retrouvait chez des personnes ayant des contacts avec le milieu hospitalier, d'où leur appellation de SARM-H (SARM acquis à l'hôpital). Il y a un peu plus de dix ans, des cas de SARM ont été décrits chez des individus jeunes, venant de la communauté et n'ayant eu aucun contact avec des établissements de santé. Ces isolats de SARM associés à la communauté, ou SARM-C, ont atteint des proportions épidémiques dans certaines régions du monde, dont certains États-Unis.

Une infection est probablement causée par un SARM-C si l'individu n'a aucun des facteurs de risque associés au SARM-H, soit :

- antécédent de colonisation ou d'infection antérieure par le SARM;
- cathéter à demeure ou dispositif percutané en place au moment du prélèvement;
- hospitalisation, chirurgie, dialyse ou séjour dans un centre de soins prolongés au cours des 12 derniers mois;
- bactérie isolée en milieu hospitalier plus de 48 heures après l'admission.

Cependant, puisque des souches d'origine hospitalière peuvent se retrouver dans la communauté et que des souches d'origine communautaire peuvent s'introduire dans les hôpitaux, il devient de plus en plus difficile de catégoriser les souches seulement sur une base épidémiologique.

Sur le plan microbiologique, les souches de SARM diffèrent selon qu'il s'agisse d'un SARM-C ou d'un SARM-H. Le gène *mecA*, responsable de la résistance à la méthicilline, est de sous-type différent et les souches SARM-C sont plus souvent sensibles au triméthoprim-sulfaméthoxazole, à la clindamycine, aux macrolides et aux quinolones.

Tableau clinique

Le SARM-H est responsable d'infections nosocomiales diverses comprenant des infections postopératoires ou de cathéters, des infections urinaires et des pneumonies.

Le plus souvent, les manifestations cliniques des infections à SARM-C sont semblables aux infections à *S. aureus* sensible à la méthicilline, soit des atteintes de la peau et des tissus mous : abcès, cellulite, folliculite, furoncule. Des cas d'ostéomyélite, d'otite et de lymphadénite ont aussi été décrits. À l'occasion, les SARM-C peuvent causer des infections invasives chez des individus en bonne santé, en particulier des atteintes importantes des tissus mous, comme des myosites, et des pneumonies nécrosantes.

Complications

Les complications des infections à SARM décrites jusqu'à maintenant sont généralement du même type que celles causées par les infections à *S. aureus* sensibles à la méthicilline, par exemple les septicémies avec ou sans choc septique et les endocardites.

Durée de la maladie

La durée de la maladie est variable et dépend du type d'infection et de la réponse au traitement.

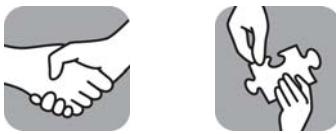
Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Le SARM s'acquiert à la suite du contact avec les lésions cutanées d'une personne infectée ou par les mains et objets contaminés, en particulier lorsque sont partagés des vêtements, des objets personnels (peigne, brosse) ou de l'équipement sportif.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Note : Une hygiène déficiente dans une communauté favoriserait la transmission.

Période d'incubation

La période d'incubation est inconnue.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que l'individu demeure porteur de la bactérie.

Réceptivité

Tous les individus sont susceptibles d'acquérir une infection à *S. aureus* résistant à la méthicilline.

Les enfants, en particulier ceux de moins de 2 ans, semblent présenter un plus grand risque d'acquérir l'infection à SARM-C.

Immunité

L'infection par le SARM ne confère aucune immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

- Culture bactérienne selon le site anatomique atteint et antibiogramme.
- Hémocultures, si suspicion d'une infection invasive.

♦ Exceptionnelles

Aux fins d'enquête épidémiologique, une électrophorèse en champs pulsée (ECP) est disponible au LSPQ, mais il faut communiquer au préalable avec ce laboratoire avant l'envoi des souches.

Traitemen

♦ Spécifique

- Patients en bonne santé et infections bénignes à SARM-C (folliculites, furoncles, petit abcès sans cellulite) : traitement usuel pour le *S. aureus* sensible à la méthicilline, soit le drainage et de la mupirocine topique.

- Pour les infections qui requièrent une antibiothérapie systémique, le choix dépend surtout de la gravité de l'infection, des facteurs de comorbidité et de la disponibilité des épreuves de sensibilité. Pour les infections graves, la vancomycine (ou le linézolide) est le traitement préconisé.
- La décolonisation par un agent topique ou systémique est controversée. Elle est utilisée dans certains centres hospitaliers surtout en situation de très haute prévalence ou dans des unités de soins particulières. Dans la communauté, elle n'est pas recommandée actuellement, à moins d'infections cutanées récurrentes, ou dans le cadre d'une stratégie de santé publique en raison d'une transmission continue dans une collectivité donnée.

♦ **De soutien**

Selon le tableau clinique.

Particularités associées au service de garde

La colonisation par le SARM dans les services de garde a fait l'objet de très peu d'études. Dans l'une des premières, réalisée au Texas en 1998 dans deux services de garde, des taux de 24 % (9/38) et 3 % (2/61) ont été rapportés. Dans une étude réalisée à Taiwan et publiée en 2007, 13,2 % des enfants (9/68) étaient colonisés par un SARM dont les caractéristiques moléculaires étaient compatibles avec un SARM-C.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant.

La présence de plus de un cas de SARM dans un service de garde devrait faire l'objet d'un signalement à la Direction de santé publique.

Mesures de contrôle

♦ **Sujet**

- Ne pas exclure à moins qu'il présente une plaie exsudative qui ne peut être couverte par un pansement.
- Le sujet qui présente une lésion à SARM à une main devra s'abstenir de préparer ou de servir des aliments et s'il a une lésion à SARM à une main, il devra s'abstenir de préparer ou de servir des aliments jusqu'à ce que les lésions soient sèches. S'il a une lésion au bras, à l'avant-bras ou au visage, il pourra préparer des aliments uniquement si la lésion est bien couverte avec un pansement étanche et ne présente aucun écoulement.

♦ **Contacts**

- Considérer comme contacts les enfants et personnel du même groupe.
- Remettre une lettre explicative aux contacts.
- Il n'est pas recommandé de faire le dépistage du SARM chez les contacts.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Éviter le partage d'articles personnels (vêtements, serviettes, peignes, brosses). Éviter le partage de déguisements ou les laver après chaque utilisation.

Suivi

Aucun.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

Chers parents,

Présentement, au service de garde, une personne est porteuse d'une bactérie appelée *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM). Cette bactérie est similaire au *Staphylococcus aureus* qui réside dans les narines ou sur la peau de plusieurs d'entre nous, enfants ou adultes, et qui cause parfois des infections de la peau comme des furoncles ou des infections de plaie. Cependant, les SARM sont plus résistants aux antibiotiques et, dans de rares cas, peuvent causer des infections graves comme la pneumonie.

La bactérie peut se transmettre d'une personne à une autre, par des contacts avec les mains et les objets contaminés (jouets, partage de vêtements). Le lavage des mains est la meilleure méthode de prévention et doit être associé au renforcement de l'hygiène personnelle. Par ailleurs, si votre enfant a une plaie, il est essentiel de bien la couvrir tant qu'elle n'est pas guérie.

Si vous devez consulter pour votre enfant en raison d'un problème potentiellement infectieux (fièvre, symptômes respiratoires, infection de la peau), nous vous suggérons d'apporter cette lettre avec vous.

Nous vous donnerons ultérieurement d'autres recommandations, s'il y a lieu.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

STREPTOCOQUE β -HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A

(INFECTION INVASIVE À)

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'infection à Streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGA) est une infection grave causée par la bactérie du même nom se manifestant par une infection invasive ou non. Les infections sont considérées comme invasives lorsque le SGA est isolé d'un site normalement stérile. Elles sont considérées comme invasives graves dans les cas suivants : nécrose des tissus mous (*fasciite nécrosante, myosite ou gangrène*), pneumonie, méningite, choc toxique streptococcique ou décès. Les infections non invasives sont les plus fréquentes. Les infections des voies respiratoires supérieures (*pharyngite, scarlatine, amygdalite, sinusite et otite*) et celles de la peau et des tissus mous (*impétigo, érysipèle, cellulite*) en sont des exemples. Les infections graves sont rares et ont une fréquence estimée entre 1,7 et 3,7 cas par 100 000 habitants. L'incidence est beaucoup plus élevée dans les régions du nord du Québec (*Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James*).

L'infection invasive est associée à certaines souches de SGA, particulièrement les souches du sérotype M1. Elle touche surtout les jeunes enfants (< 4 ans) et les personnes âgées (60 ans ou plus).

Chez les enfants, la varicelle est le facteur de risque le plus souvent identifié puisqu'elle porte atteinte à l'intégrité de la peau. En effet, 15 à 25 % des cas pédiatriques d'infections invasives à SGA surviennent chez des enfants atteints de varicelle. Ce risque demeure plus élevé dans les deux semaines suivant le début de l'infection à varicelle.

Tableau clinique

Les manifestations cliniques de l'infection invasive à SGA peuvent être graves. Un choc toxique (*hypotension, coagulopathie, insuffisance rénale*) peut survenir.

Fasciite ou myosite nécrosante

La fasciite est l'infection de la gaine musculaire (*fascia*) tandis que la myosite est l'infection du muscle lui-même. Le tableau clinique est le suivant : fièvre, malaise général, bleuissement cutané, apparition de bulles, inflammation cutanée grave qui se répand rapidement (*la vitesse pouvant atteindre trois centimètres à l'heure*), douleur musculaire importante. Comme ce type d'infection commence profondément dans le fascia et le muscle, les changements cutanés (rougeur et bleuissement) sont initialement moins prédominants que la douleur, l'œdème et la toxicité systémique.

Autres infections invasives

Les autres infections invasives se traduisent par de la fièvre et des manifestations variant selon le site atteint. Voici des exemples d'autres infections invasives : bactériémie, arthrite septique ou ostéomyélite, empyème, infection post-partum (*endométrite*) et méningite.

Complications

L'infection invasive à SGA peut entraîner la mort dans 15 à 25 % des cas. La létalité est plus élevée chez les personnes âgées et en présence d'un choc toxique.

Durée de la maladie

La durée de l'infection invasive à SGA varie selon la réponse au traitement.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'infection invasive à SAG peut s'acquérir à la suite :

- de l'inspiration de gouttelettes projetées dans l'air par une personne infectée qui tousse ou qui éternue;
- d'un contact avec une lésion infectée;
- d'un contact avec des mains ou objets contaminés par les exsudats d'une plaie infectée.

Transmission

- Gouttelettes
- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation est généralement très courte, de un à trois jours. La plupart des cas d'infections invasives avec choc toxique streptococcique se sont développés dans les 24 à 72 heures suivant un traumatisme mineur non pénétrant. Les cas subséquents apparaissent à l'intérieur de 1 à 14 jours. Cependant, la majorité se produisent dans les sept jours suivant le dernier contact avec le cas index.

Période de contagiosité

La période de contagiosité d'une infection non compliquée et non traitée à SGA varie de 10 à 21 jours. La contagiosité maximale est atteinte durant la phase aiguë de la maladie et dure jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une infection invasive à SGA.

Immunité

L'infection à SGA confère une immunité seulement contre le sérotype en cause.

Il n'existe aucun vaccin. Cependant, le vaccin contre la varicelle diminue les cas d'infections invasives à SGA chez les enfants.

Méthodes diagnostiques

♦ **Habituelles**

- Tableau clinique.
- Hémoculture et culture d'autres liquides biologiques selon le site atteint.
- Imagerie (tomodensitométrie et IRM) pour le diagnostic d'une fasciite ou myosite nécrosante.

♦ **Exceptionnelles**

Sérotypage et génotypage de la souche de SGA au Centre national du streptocoque par l'entremise du LSPQ.

Traitements

♦ **Spécifique**

- Antibiothérapie avec pénicilline et clindamycine.
- Considérer les immunoglobulines par voie IV.
- Procéder à un débridement chirurgical si nécessaire.

♦ **De soutien**

Traitement de l'état de choc.

♦ **Prophylactique**

- Le premier choix devrait être une céphalosporine de première génération (céphalexine ou céfadroxil) pendant dix jours.
- Céphalexine 25 à 50 mg/kg/jour *po* divisés en deux doses (max. : 500 mg *po bid*) pour 10 jours, ou céfadroxil 30 mg/kg/jour *po* divisés en deux doses (max. 500 mg *po bid*) pour dix jours. Ce médicament n'est pas disponible en suspension.
- Pour les personnes allergiques à la pénicilline, la clindamycine, l'érythromycine ou la clarithromycine peuvent être utilisés. La pénicilline V ou l'amoxicilline peuvent également être utilisées, mais semblent moins efficaces pour éradiquer un état de porteur que les céphalosporines.

Particularités associées au service de garde

Aucune éclosion ni cas subséquent d'infection invasive à SGA en service de garde en installation n'a été documenté aux registres centraux des éclosions et des MADO. Un sujet et un cas subséquent d'infection invasive à SGA ont été rapportés au Québec en 1995, dans un service de garde en milieu familial. Les deux personnes étaient atteintes de varicelle.

Une étude en service de garde a montré que jusqu'à 38 % des contacts partageant la même pièce qu'un cas de maladie invasive à SGA étaient porteurs de streptocoque dans la gorge. Plusieurs des contacts ayant eu une culture positive ont reçu une chimioprophylaxie. Aucun cas subséquent d'infection invasive à SGA n'a été observé parmi les contacts. Le taux d'enfants porteurs était plus élevé s'ils fréquentaient le même groupe que le cas index, et il augmentait avec le nombre d'heures hebdomadaires passées au service de garde. Une autre étude en service de garde, faisant suite au décès d'un enfant dû à une infection invasive à SGA, démontrait qu'au total seulement 18 % des personnes fréquentant ce milieu de garde présentaient une culture de dépistage positive pour le même sérotype que celui du cas. Une prophylaxie avait également été offerte et aucun cas subséquent n'a été documenté. La prévalence du SGA parmi les membres du personnel était faible.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Pendant l'enquête, on doit :

- vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant et s'assurer qu'il correspond à la définition nosologique d'une infection invasive à SGA. Se référer au protocole provincial Infections invasives à streptocoque du groupe A : Situation, orientations et recommandations (2007). Vérifier s'il s'agit d'un cas avec manifestations invasives graves ou comportant d'emblée un degré de contagiosité plus élevé, soit les cas décédés d'une infection invasive, ceux ayant souffert d'une infection invasive avec choc toxique ou les cas confirmés de pneumonie, de myosite ou de fasciite nécrosante et les cas de méningite;
- vérifier la présence de varicelle au service de garde dans les deux dernières semaines;
- identifier les contacts.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- Exclure le sujet jusqu'à ce que son état général lui permette de réintégrer le service de garde et, au plus tôt, 24 heures après le début du traitement antibiotique.

◆ Contacts

- Remettre une lettre à tous les parents et membres du personnel.

En service de garde en milieu familial, considérer comme contacts les enfants fréquentant ce milieu et les personnes de la maison ayant des contacts avec les enfants.

Dans un service de garde en installation, considérer comme contacts les enfants et les éducatrices appartenant au même groupe que le cas d'infection invasive à SGA.

A) En l'absence de cas de varicelle :

- En service de garde en milieu familial, il est recommandé d'administrer une antibioprophylaxie à toutes les personnes considérées comme contact s'il s'agit d'un cas avec manifestations invasives graves ou comportant d'emblée un degré de contagiosité plus élevé, tel que défini ci-dessus.
- Dans un service de garde en installation, il n'est pas conseillé d'administrer une antibioprophylaxie aux contacts. Une antibioprophylaxie est recommandée pour les groupes des cas lorsqu'un premier cas d'infection invasive grave à SGA est suivi de un ou plusieurs cas subséquents d'infections invasives, graves ou non, parmi les enfants ou le personnel dans les 30 jours suivants le premier cas. La décision d'élargir aux autres groupes doit être prise au cas par cas.

B) En présence de cas de varicelle :

En raison de l'association entre la varicelle et l'infection invasive à SGA, il est conseillé d'administrer une antibioprophylaxie aux contacts lorsqu'il y a eu un cas de varicelle ou plus dans le service de garde dans les deux semaines précédent ou dans les sept jours suivant le début des symptômes du cas d'infection invasive grave à SGA. De façon générale, l'intervention devrait être limitée au groupe de l'enfant présentant une infection invasive grave à SGA. La décision d'élargir aux autres groupes doit être prise au cas par cas.

Il est par ailleurs recommandé de profiter de l'occasion pour favoriser le rattrapage de la vaccination contre la varicelle pour tout enfant âgé de 1 an ou plus qui ne serait pas encore vacciné.

L'antibioprophylaxie doit être commencée le plus rapidement possible et, préféablement, dans les 24 heures suivant le diagnostic de la maladie invasive chez le sujet.

Environnement

Renforcer l'hygiène respiratoire (voir chapitre IV).

Renforcer les mesures d'hygiène dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Suivi

Aviser la Direction de santé publique si d'autres cas d'infection invasive à SGA, grave ou non, se déclarent dans le service de garde dans les 30 jours suivant le dernier cas. Surveiller l'apparition des symptômes chez les contacts et diriger vers un médecin ou le CLSC ceux qui présentent des symptômes compatibles avec une infection à SGA (fièvre, pharyngite, pneumonie, cellulite, etc.).

LETTRE AUX PARENTS

Service de garde en milieu familial

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection invasive à Streptocoque β-hémolytique du groupe A

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, une personne est atteinte d'une infection grave causée par une bactérie appelée le Streptocoque β-émolytique du groupe A. Cette maladie, rare chez les enfants, se manifeste le plus souvent par de la fièvre, un malaise général, des maux de tête et parfois, une infection de la peau avec douleur importante. Le traitement, qui consiste principalement en l'administration d'antibiotiques, doit être instauré rapidement.

Le streptocoque peut se trouver dans la gorge ou sur la peau de personnes sans causer de maladie mais peut également causer une infection de la gorge (pharyngite ou amygdalite) ou de la peau (impétigo). Un enfant qui fait la varicelle a un risque plus grand de faire une infection grave à streptocoque.

Il existe un très faible risque qu'un autre cas d'infection grave se déclare parmi les personnes de la même famille ou parmi celles qui ont été en contact étroit, régulier et prolongé avec la personne malade. Pour prévenir ce risque, des antibiotiques sont recommandés aux enfants fréquentant le service de garde en milieu familial et aux adultes de la maison ayant des contacts avec les enfants. Nous recommandons donc à votre enfant de recevoir un traitement antibiotique puisqu'il a été en contact régulier avec la personne malade. Afin de recevoir l'ordonnance, veuillez prendre contact avec : _____.

Nous vous demandons de vérifier si votre enfant a reçu le vaccin contre la varicelle administré habituellement à l'âge de 12 mois. S'il n'a pas été vacciné et s'il n'a pas encore fait la varicelle, le vaccin est recommandé.

Si, au cours des 30 prochains jours, votre enfant présente de la fièvre, des maux de gorge ou de tête, un malaise général ou une infection cutanée avec douleur importante, consultez rapidement un médecin ou rendez-vous à votre CLSC en y apportant cette lettre et avisez le milieu de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

LETTRE AUX PARENTS**Service de garde en installation en l'absence de varicelle – Groupe du cas index**

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection invasive à Streptocoque β -hémolytique du groupe A

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, une personne du même groupe que votre enfant est atteinte d'une infection grave causée par une bactérie appelée Streptocoque β -hémolytique du groupe A. Cette maladie, rare chez les enfants, se manifeste le plus souvent par de la fièvre, un malaise général, des maux de tête et une infection de la peau avec douleur importante. Le traitement, qui consiste principalement en l'administration d'antibiotiques, doit être instauré rapidement.

Le streptocoque peut être retrouvé dans la gorge ou sur la peau de personnes sans causer de maladie mais peut également causer une infection de la gorge (pharyngite ou amygdalite) ou de la peau (impétigo). Un enfant qui fait la varicelle a un risque plus grand de faire une infection grave à streptocoque.

Il existe un très faible risque qu'un autre cas d'infection grave survienne parmi les personnes de la même famille ou parmi celles qui ont été en contact étroit, régulier et prolongé avec la personne malade. Après évaluation de la situation, aucun traitement préventif n'est recommandé pour votre enfant. Nous vous demandons de vérifier si votre enfant a reçu le vaccin contre la varicelle administré habituellement à l'âge de 12 mois. S'il n'a pas été vacciné et s'il n'a pas déjà fait la varicelle, le vaccin est recommandé.

Si, au cours des 30 prochains jours, votre enfant présente de la fièvre, des maux de gorge ou de tête, un malaise général ou une infection cutanée avec douleur importante, consultez rapidement un médecin ou rendez-vous à votre CLSC en apportant cette lettre et avisez le milieu de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

LETTRE AUX PARENTS

Service de garde en installation en présence de varicelle – Groupe du cas index

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection invasive à Streptocoque β -hémolytique du groupe A

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, une personne du même groupe que votre enfant est atteinte d'une infection grave causée par une bactérie appelée le Streptocoque β -hémolytique du groupe A. Cette maladie, rare chez les enfants, se manifeste le plus souvent par de la fièvre, un malaise général, des maux de tête et une infection de la peau avec douleur importante. Le traitement, qui consiste principalement en l'administration d'antibiotiques, doit être instauré rapidement.

Le streptocoque peut être retrouvé dans la gorge ou sur la peau de personnes sans causer de maladie mais peut également causer une infection de la gorge (pharyngite ou amygdalite) ou de la peau (impétigo). Un enfant qui fait la varicelle a un risque plus grand de faire une infection grave à streptocoque.

Il existe un très faible risque qu'un autre cas d'infection grave se déclare parmi les personnes de la même famille ou parmi celles qui ont été en contact étroit, régulier et prolongé avec la personne malade. Pour prévenir ce risque, des antibiotiques sont recommandés à votre enfant parce qu'il est dans le même groupe que la personne malade et parce que des cas de varicelle au service de garde. Nous recommandons donc à votre enfant de recevoir un traitement antibiotique, puisqu'il a été en contact régulier avec la personne malade. Afin de recevoir l'ordonnance, veuillez prendre contact avec : _____.

Nous vous demandons de vérifier si votre enfant a reçu son vaccin contre la varicelle administré habituellement à l'âge de 12 mois. S'il n'a pas été vacciné et s'il n'a pas déjà fait la varicelle, le vaccin est recommandé.

Si, au cours des 30 prochains jours, votre enfant présente de la fièvre, des maux de gorge ou de tête, un malaise général ou une infection cutanée avec douleur importante, consultez rapidement un médecin ou rendez-vous à votre CLSC en apportant cette lettre et avisez le milieu de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

LETTRE AUX PARENTS**Service de garde en installation en présence de varicelle
Autres groupes que celui du cas index**

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection invasive à Streptocoque β -hémolytique du groupe A

Chers parents,

Une personne du service de garde est actuellement atteinte d'une infection grave causée par une bactérie appelée le Streptocoque β -hémolytique du groupe A. Cette maladie, rare chez les enfants, se manifeste le plus souvent par de la fièvre, un malaise général, des maux de tête et une infection de la peau avec douleur importante. Le traitement, qui consiste principalement en l'administration d'antibiotiques, doit être instauré rapidement.

Le streptocoque peut être retrouvé dans la gorge ou sur la peau de personnes sans causer de maladie, mais peut également causer une infection de la gorge (pharyngite ou amygdalite) ou de la peau (impétigo). Un enfant qui fait la varicelle a un risque plus grand de faire une infection grave à streptocoque.

Il existe un très faible risque qu'un autre cas d'infection grave se déclare parmi les personnes de la même famille ou parmi celles qui ont été en contact étroit, régulier et prolongé avec la personne malade. Après évaluation de la situation, aucun traitement préventif n'est recommandé pour votre enfant.

Nous vous demandons de vérifier si votre enfant a reçu le vaccin contre la varicelle administré habituellement à l'âge de 12 mois. S'il n'a pas été vacciné et s'il n'a pas déjà fait la varicelle, le vaccin est recommandé.

Si, au cours des 30 prochains jours, votre enfant présente de la fièvre, des maux de gorge ou de tête, un malaise général ou une infection cutanée avec douleur importante, consultez rapidement un médecin ou rendez-vous à votre CLSC en apportant cette lettre et avisez le milieu de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

LETTRE AUX PARENTS

**Service de garde en installation en l'absence de varicelle
(deux cas et plus d'infections invasives)**

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection invasive à Streptocoque β-hémolytique du groupe A – deuxième cas

Chers parents,

Un deuxième cas d'infection invasive à Streptocoque β-hémolytique du groupe A s'est déclaré au service de garde que fréquente votre enfant. Cette maladie, qui demeure rare chez les enfants, se manifeste le plus souvent par de la fièvre, un malaise général, des maux de tête et une infection de la peau avec douleur importante. Le traitement, qui consiste principalement en l'administration d'antibiotiques, doit être instauré rapidement.

Le streptocoque peut être retrouvé dans la gorge ou sur la peau de personnes sans causer de maladie mais peut également causer une infection de la gorge (pharyngite ou amygdalite) ou de la peau (impétigo). Un enfant qui fait la varicelle a un risque plus grand de faire une infection grave à streptocoque.

Compte tenu de l'apparition de ce deuxième cas, nous recommandons à votre enfant de recevoir un traitement antibiotique, puisqu'il a été en contact régulier avec la personne malade. Afin de recevoir l'ordonnance, veuillez prendre contact avec : _____.

Nous vous demandons de vérifier si votre enfant a reçu le vaccin contre la varicelle administré habituellement à l'âge de 12 mois. S'il n'a pas été vacciné et s'il n'a pas déjà fait la varicelle, le vaccin est recommandé.

Si, au cours des 30 prochains jours, votre enfant présente de la fièvre, des maux de gorge ou de tête, un malaise général ou une infection cutanée avec douleur importante, consultez rapidement un médecin ou rendez-vous à votre CLSC en apportant cette lettre et avisez le milieu de garde.

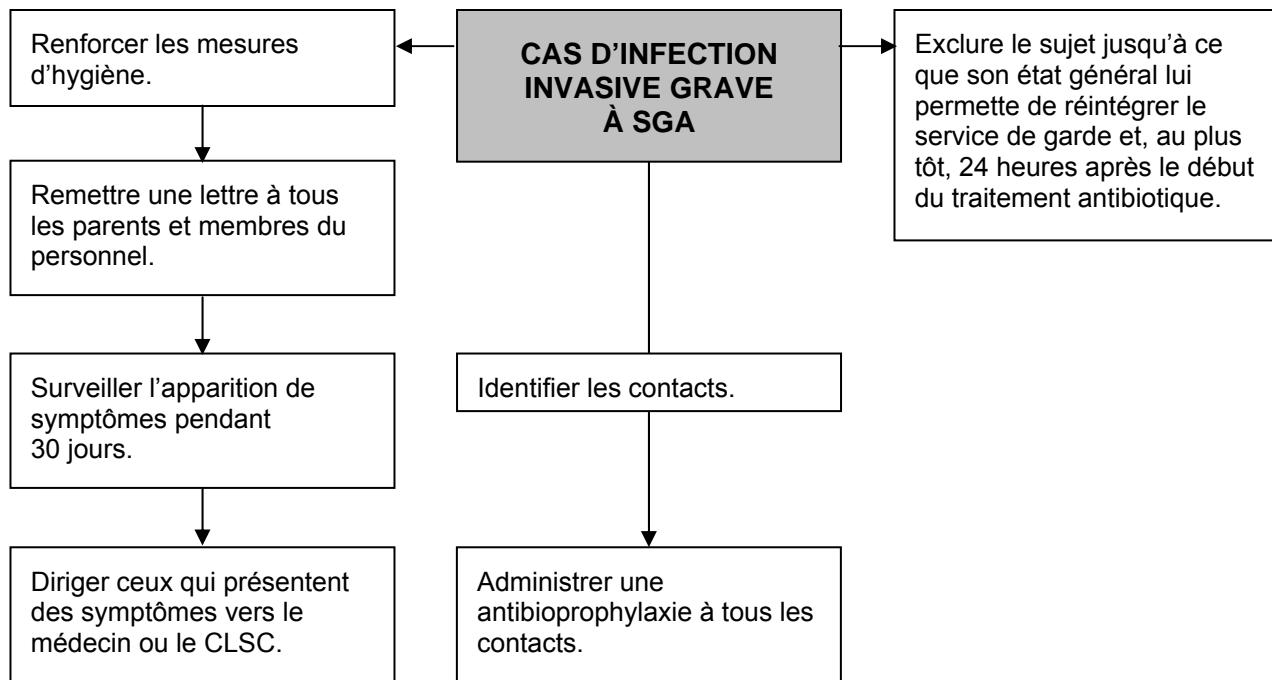
Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

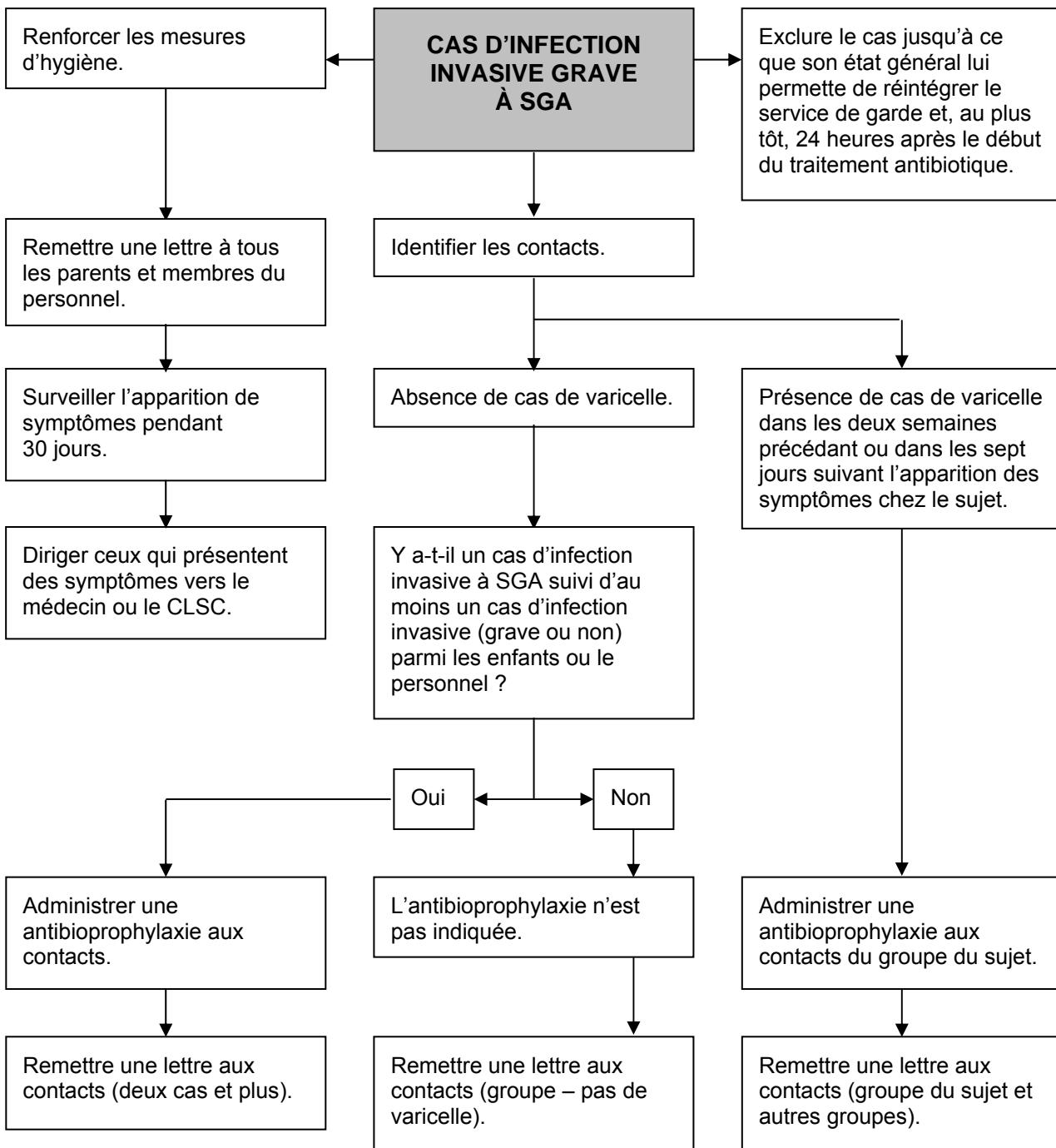
Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

STREPTOCOQUE β -HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A
ARBRE DÉCISIONNEL**Service de garde en milieu familial**

STREPTOCOQUE β -HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A
ARBRE DÉCISIONNEL

Service de garde en installation



TÉTANOS

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le tétanos est une maladie neurologique d'origine bactérienne se caractérisant par des contractions musculaires douloureuses attribuables à la toxine du bacille tétanique, le *Clostridium tetani*. Depuis l'utilisation étendue de la vaccination antitétanique, le tétanos est une maladie très rare sur le continent nord-américain, particulièrement chez les enfants et les adolescents.

Tableau clinique

Le tétanos se manifeste de la façon suivante :

- contractions musculaires douloureuses du masséter (trismus) et des muscles du cou, raideur de la langue, difficulté à avaler. Ces spasmes causent le rictus sardonique caractéristique (risus sardonicus), c'est-à-dire la grimace persistante;
- extension des manifestations par l'apparition de spasmes douloureux des muscles abdominaux, des membres et du dos, causant un aspect en arc-en-ciel (opisthotonus);
- convulsions et épisodes de spasmes généralisés paroxystiques des muscles;
- troubles neurovégétatifs.

Complications

- Fractures de vertèbres ou des os longs, cardiomyopathie, pneumonie.
- Un laryngospasme, une insuffisance respiratoire et des troubles du rythme cardiaque peuvent causer le décès dans six cas sur dix.

Durée de la maladie

La durée du tétanos est variable. Il évolue généralement durant une période de quatre à six semaines.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

On retrouve la spore du bacille du tétanos partout dans l'environnement. Elle pénètre dans l'organisme par une blessure contaminée par de la terre, de la poussière, des fèces d'humains ou d'animaux. La production de toxine est favorisée par la présence de tissus dévitalisés, de corps étrangers ou de plaies punctiformes profondes. Ainsi, même des lacérations, piqûres, brûlures, engelures et blessures en apparence anodines peuvent être des sites de production de toxine.

Le tétanos néonatal survient à la suite de l'infection de l'ombilic dans le cas où la mère n'a pas transmis suffisamment d'anticorps antitétaniques. Il est très rare en Amérique du Nord.

Transmission

Aucune transmission de personne à personne.

Période d'incubation

La période d'incubation dure habituellement de 3 à 21 jours. Elle est en moyenne de 14 jours. Elle peut cependant s'étendre de deux jours à quelques mois. Une incubation brève est associée à des plaies très contaminées. Chez les nouveau-nés, elle est habituellement de 5 à 14 jours.

Période de contagiosité

Il n'y a pas de période de contagiosité.

Réceptivité

Toute personne dont la couverture vaccinale n'est pas adéquate est susceptible de contracter le tétanos.

Immunité

Le tétanos ne confère pas d'immunité. Une vaccination adéquate confère une immunité à plus de 99 %.

Méthodes diagnostiques

◆ Habituelles

- Tableau clinique.
- Électromyographie (EMG).

◆ Exceptionnelles

Culture de plaie, même si elle est rarement positive.

Traitement

◆ Spécifique

- Débridement de la plaie.
- Immunoglobulines antitétaniques humaines.
- Antibiothérapie : métronidazole ou pénicilline G.

◆ De soutien

- Intubation.
- Contrôle du spasme musculaire.
- Contrôle de l'hyperactivité sympathique.
- Diminution des stimuli.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

Peut réintégrer le service de garde si son état de santé le lui permet.

◆ Contacts

Profiter de l'occasion pour mettre à jour la vaccination des enfants et des membres du personnel.

Environnement

Pratiques de base (voir chapitre III, section « Contrôle de la transmission des infections »).

Suivi

Vacciner le sujet après la convalescence car la maladie ne confère pas d'immunité.

Revoir avec le personnel du service de garde la conduite à suivre en cas de blessure :

- Laver rigoureusement la plaie à l'eau et au savon et la désinfecter;
- Consulter un médecin pour la prophylaxie du tétanos.

TINEA CAPITIS

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le Tinea capitis est une infection mycotique (fongique) du cuir chevelu communément appelée teigne. Le champignon *Trichophyton tonsurans* en est la cause dans plus de 90 % des cas en Amérique du Nord et en Amérique centrale; les infections à *Microsporum* y sont moins courantes.

Tableau clinique

Le Tinea capitis se manifeste par les symptômes suivants :

- petites papules laissant des plaques squameuses s'apparentant à des pellicules;
- alopecie et cheveux cassants;
- nombreuses petites pustules et perte de cheveux entraînant des zones dénudées sur le cuir chevelu;
- plus rarement, lésions suppuratives (kérions) pouvant être accompagnées de fièvre et de lymphadénopathie.

Le tableau clinique peut ressembler à ceux de la dermatite séborrhéique, de la dermatite atopique, de l'impétigo et du psoriasis.

Complications

Le Tinea capitis peut entraîner des plaques d'alopecie permanente du cuir chevelu.

Durée de la maladie

Le Tinea capitis dure tant qu'un traitement efficace n'a pas été administré.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Le Tinea capitis s'acquiert à la suite d'un contact étroit avec la peau d'une personne infectée, ainsi que par l'entremise d'objets (ex. : peignes, brosses, chapeaux, poupées), de cheveux humains ou de poils d'animaux contaminés. Les porteurs asymptomatiques représentent une source importante de transmission du *T. tonsurans*.

Le *Trichophyton* s'acquiert par contact avec une personne, alors que le *Microsporum* s'acquiert généralement par contact avec un animal (surtout les animaux domestiques, chats ou chiens).

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure de 2 à 14 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure aussi longtemps que les lésions persistent.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter un Tinea capitis.

Immunité

Le Tinea capitis semble conférer un certain degré d'immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

- Tableau clinique.
- Examen microscopique de cheveux.
- Examen du cuir chevelu à la lampe de Wood.
- Culture fongique.

♦ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement

♦ Spécifique

Antifongiques par voie orale, dont la terbinafine, la griséofulvine, l'itraconazole, et le fluconazole. Le traitement dure généralement plusieurs semaines.

♦ De soutien

Un shampooing au sulfure de sélénium à 2,5 %, appliqué deux fois par semaine, diminue la dissémination du micro-organisme et peut aider à prévenir la transmission.

Particularités associées au service de garde

Quelques éclosions de Tinea capitis ont été rapportées en service de garde.

L'infection à *T. tonsurans* est plus fréquente chez les enfants âgés de 3 à 9 ans.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant.

Visiter le service de garde si deux cas ou plus sont rapportés. On doit ensuite :

- identifier les contacts;
- trouver les sources possibles de contamination;
- dans les cas de *Microsporum*, si un animal (chat ou chien) est suspecté, le faire examiner par le vétérinaire et traiter si nécessaire.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

- S'assurer de l'administration d'un traitement antifongique.
- Ne pas exclure le sujet si un traitement adéquat est administré.
- S'assurer que le sujet ne partage pas ses objets personnels (ex. : brosses, peignes, chapeaux).

◆ Contacts

- Remettre une lettre aux contacts.
- Considérer comme contacts toutes les personnes du même groupe et les membres de la famille du sujet, s'il n'y a qu'un seul cas. Si deux cas ou plus dans deux groupes différents, considérer comme contacts toutes les personnes fréquentant le service de garde et les membres de la famille des sujets.
- Faire examiner les contacts.
- Diriger les personnes qui présentent des symptômes vers un médecin ou le CLSC pour préciser le diagnostic. Si le diagnostic est confirmé, appliquer les mêmes mesures que pour le sujet.

Environnement

S'assurer que les objets (ex. : brosses, peignes, chapeaux, poupées, draps, etc.) ayant été en contact avec des cheveux ou des poils infectés sont nettoyés et désinfectés.

S'assurer que les enfants ne partagent pas leurs brosses à cheveux, peignes et chapeaux.

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains.

Suivi

Si présence de deux cas ou plus, examiner les enfants fréquentant le service de garde à intervalles réguliers pour dépister les nouveaux cas, et ce, jusqu'à huit semaines après l'apparition des symptômes du dernier cas rapporté.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Tinea capitis

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, un enfant est atteint de Tinea capitis, communément appelé teigne. Vous trouverez ci-joint des explications sur cette maladie.

Si votre enfant présente une perte anormale de cheveux laissant des plaques dénudées, ou s'il a des lésions au cuir chevelu, consultez un médecin ou votre CLSC le plus tôt possible. Apportez cette lettre.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

p.j. Renseignements et conseils pratiques

TINEA CAPITIS OU TEIGNE

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS PRATIQUES

Définition

Le Tinea capitis est causé par un champignon qui se loge au niveau du cuir chevelu.

Manifestations

Le Tinea capitis se manifeste par des cheveux cassants, une perte de cheveux qui laisse des plaques dénudées sur le cuir chevelu, de nombreuses pustules pouvant quelquefois être accompagnées de fièvre et d'une enflure des ganglions.

Transmission

La maladie se transmet par contact peau à peau avec une personne infectée, par des objets contaminés (ex. : peignes, brosses, chapeaux, poupées), ou par des cheveux humains ou des poils d'animaux infectés.

Prévention

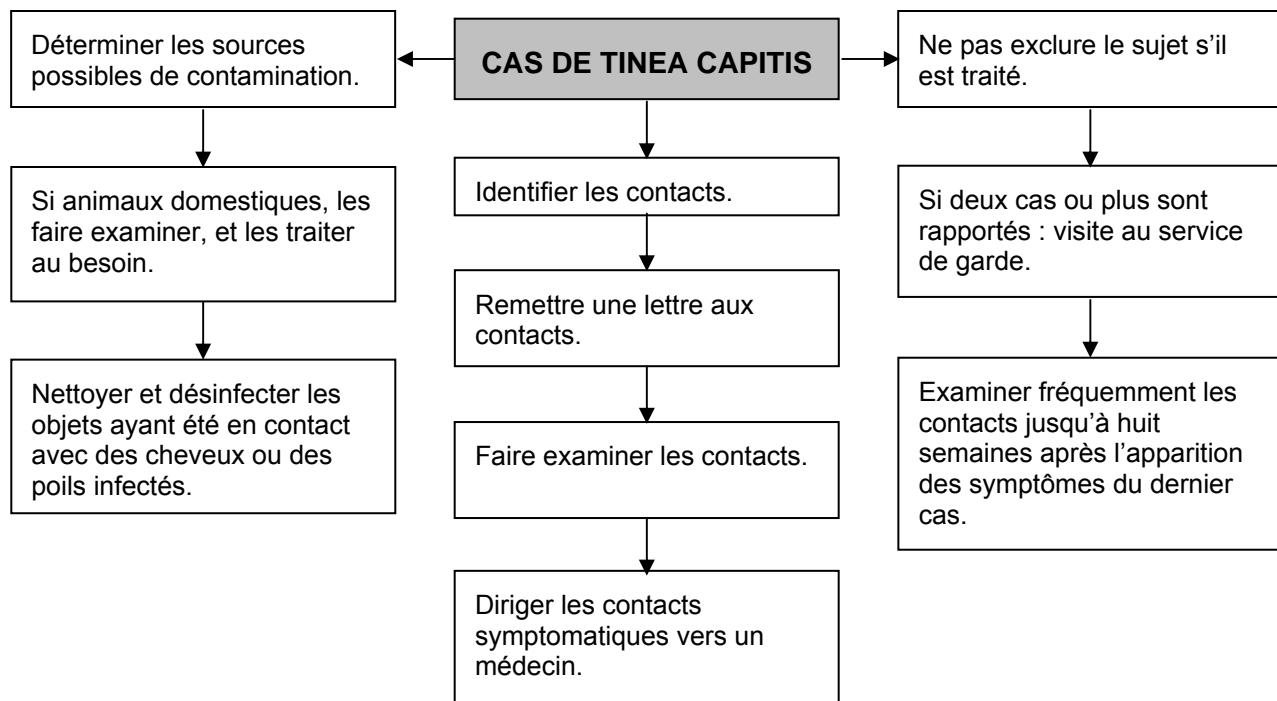
La personne infectée devra prendre un médicament par voie orale pendant quatre à six semaines. Un shampooing au sulfure de sélénium pourra aider à diminuer la dissémination de l'infection et à prévenir la transmission. La personne sous traitement peut continuer à fréquenter le service de garde.

En même temps que l'on applique le traitement, il faut nettoyer et désinfecter les objets (ex. : brosses, peignes, poupées, chapeaux, draps, etc.) ayant été en contact avec des cheveux ou des poils infectés. Il faut également s'assurer que les membres de la famille ne partagent pas leurs brosses à cheveux, peignes et chapeaux.

Les animaux domestiques, spécialement les chats et les chiens, doivent être examinés par un vétérinaire, et traités si nécessaire.

TINEA CAPITIS

ARBRE DÉCISIONNEL



TINEA CORPORIS

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le Tinea corporis est une infection fongique, qui atteint toutes les parties du corps, à l'exception du cuir chevelu, des régions pileuses, des aines, des mains et des pieds. L'infection est généralement causée par un champignon des genres *Trichophyton*, *Microsporum* et *Epidermophyton*.

Tableau clinique

Le Tinea corporis se présente par des lésions annulaires plates dont la périphérie est érythémateuse et peut être papulo-vésiculaire ou squameuse. Le prurit est fréquent.

Complications

Aucune.

Durée de la maladie

Le Tinea corporis dure tant qu'un traitement efficace n'a pas été administré.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Le Tinea corporis s'acquiert à la suite d'un contact avec les lésions de personnes et d'animaux infectés et avec des objets ou surfaces contaminés.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure de quatre à dix jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure aussi longtemps que les lésions persistent.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter un Tinea corporis.

Immunité

Le Tinea corporis semble conférer un certain degré d'immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ **Habituelles**

- Tableau clinique.
- Examen microscopique de squames.
- Culture fongique.

◆ **Exceptionnelles**

Aucune.

Traitement

◆ **Spécifique**

- Antifongique topique pendant quatre semaines.
- Pour les cas réfractaires ou en présence de lésions étendues, un antifongique par voie orale est le traitement recommandé.

◆ **De soutien**

Bain à l'eau savonneuse pour faciliter la desquamation.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

- Vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant.
- Une visite au service de garde est suggérée en présence de deux cas ou plus.
- Identifier les contacts.
- Déterminer les sources possibles de contamination (s'il s'agit d'un animal, le faire examiner par le vétérinaire, et traiter si nécessaire).

Mesures de contrôle

◆ **Sujet**

- Ne pas exclure le sujet du service de garde si un traitement adéquat est administré. Si possible, couvrir la zone atteinte.
- Il est conseillé d'éviter de fréquenter la piscine jusqu'à la guérison des lésions (environ deux semaines) à moins que les lésions puissent être recouvertes. Le risque de transmission de l'infection augmente dans un milieu humide (piscine, baignoire, etc.).

◆ **Contacts**

- Remettre une lettre aux contacts.
- Si un seul cas est rapporté, considérer comme contacts toutes les personnes du même groupe que le sujet et les membres de sa famille. En présence de deux cas ou plus, considérer comme contacts toutes les personnes fréquentant le service de garde et les membres de la famille des sujets.
- Faire examiner les contacts.
- S'ils présentent des symptômes, les diriger vers un médecin ou un CLSC pour confirmer le diagnostic. Si le diagnostic est confirmé, appliquer les mêmes mesures que pour le sujet.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

S'assurer que tous les objets et surfaces qui ont été en contact avec la personne infectée sont nettoyés et désinfectés (ex. : literie, serviettes et jouets).

S'assurer qu'il n'y a pas de partage de vêtements, de serviettes ni de literie.

Suivi

En présence de deux cas ou plus, examiner les contacts périodiquement pour détecter les nouvelles lésions, et ce, jusqu'à six semaines après l'apparition des symptômes du dernier cas.

Renforcer les mesures d'hygiène et s'assurer que les recommandations pour la désinfection des surfaces sont appliquées.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Tinea corporis

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, un enfant est atteint de Tinea corporis. Vous trouverez ci-joint des explications sur cette maladie.

Si votre enfant présente sur le corps des lésions de forme arrondie et plate dont le pourtour est rougeâtre, consultez un médecin ou le CLSC le plus tôt possible, et apportez cette lettre.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

p. j. : Renseignements et conseils pratiques

TINEA CORPORIS

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS PRATIQUES

Définition

Le Tinea corporis est causé par un champignon qui atteint toutes les parties du corps à l'exception du cuir chevelu, des régions pileuses, des aines, des mains et des pieds.

Manifestations

Il se manifeste par des lésions plates de forme arrondie. Le pourtour est rougeâtre et peut être sec et peler ou être humide et croûteux. La démangeaison est fréquente.

Transmission

Il se transmet par contact avec les lésions de personnes et d'animaux infectés ou avec des surfaces ou objets contaminés.

Traitement

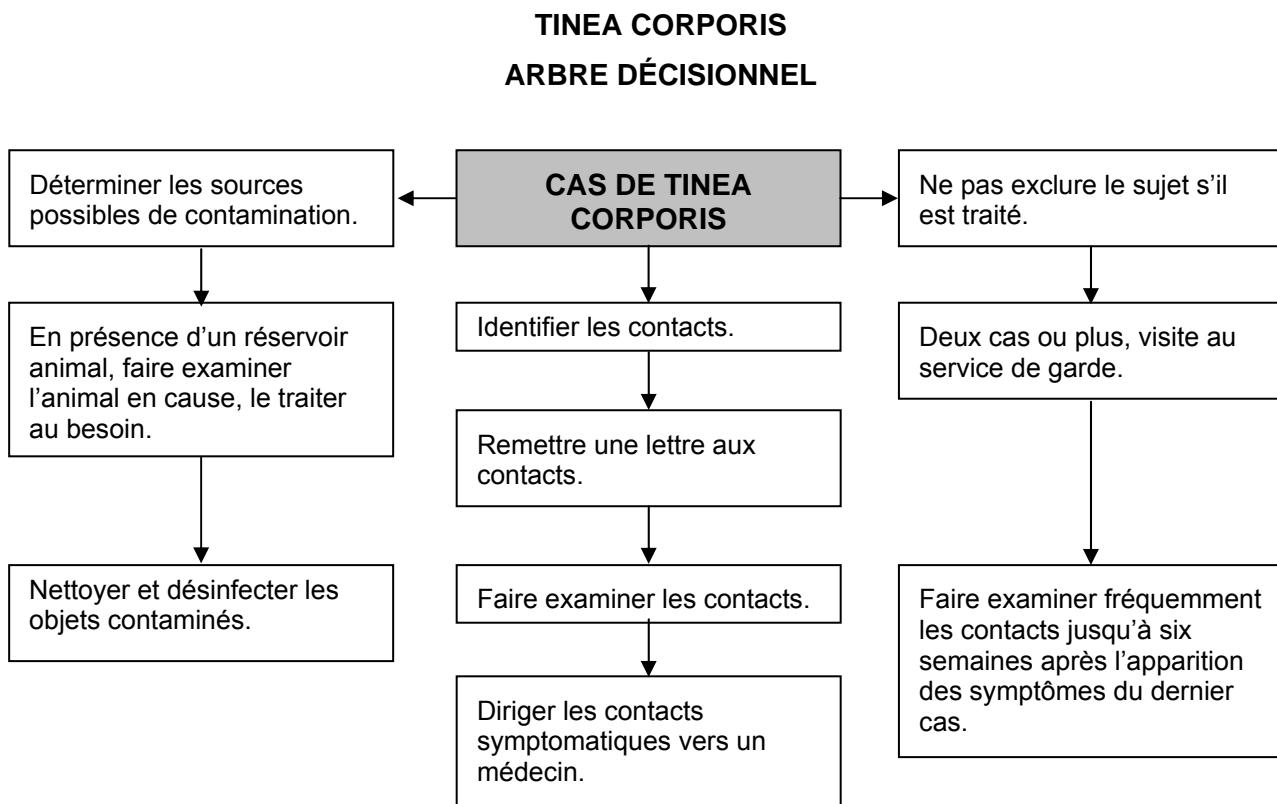
La personne infectée est habituellement traitée à l'aide d'un onguent. Un médicament par voie orale peut également être administré pendant quatre semaines. Des bains à l'eau savonneuse facilitent la desquamation et favorisent la guérison.

Prévention

La personne infectée est exclue du service de garde jusqu'à ce qu'un traitement adéquat soit amorcé. Elle doit s'abstenir de fréquenter la piscine jusqu'à la guérison de ses lésions (environ deux semaines), à moins que les lésions soient couvertes.

En même temps qu'on applique le traitement, il faut nettoyer et désinfecter tous les objets et surfaces qui ont été en contact avec la personne infectée (ex. : literie, serviettes, vêtements, jouets).

Les animaux domestiques doivent être examinés et traités par le vétérinaire, si nécessaire.



TINEA PEDIS

(PIED D'ATHLÈTE)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le Tinea pedis est une infection mycotique (fongique) se trouvant principalement entre les orteils et à la plante des pieds. On l'appelle communément « pied d'athlète ». Les champignons le plus souvent en cause sont le *Trichophyton rubrum*, le *Trichophyton mentagrophytes* et l'*Epidermophyton floccosum*. C'est une infection commune chez les adolescents et les adultes (plus fréquente chez les hommes que chez les femmes), mais rare chez les jeunes enfants.

Tableau clinique

Le Tinea pedis se manifeste par les symptômes suivants :

- les espaces interdigitaux des orteils latéraux sont souvent fissurés et présentent une desquamation;
- de petites lésions vésiculopustulaires ou squameuses apparaissent aux pieds;
- la région atteinte peut être douloureuse; elle peut présenter une odeur fétide, et les démangeaisons sont fréquentes;
- l'infection des ongles peut être présente et est généralement causée par le *T. rubrum*.

Note : Une infection à *Candida albicans* ou à certaines bactéries peut être confondue et même coexister avec le Tinea pedis. Une dermatite de contact, un eczéma et une dermatite atopique peuvent aussi lui ressembler.

Complications

La complication la plus fréquente est la surinfection bactérienne.

Durée de la maladie

Le Tinea pedis dure tant qu'un traitement efficace n'a pas été administré. Malgré cela, les récurrences sont fréquentes, surtout dans le cas d'infections à *T. rubrum*, peu importe le traitement utilisé.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Le Tinea pedis s'acquiert à la suite d'un contact avec les lésions de la peau d'une personne infectée ou après avoir marché sur des planchers contaminés, surtout dans les douches, les vestiaires et les piscines publiques.

Plusieurs facteurs prédisposent à l'infection, tels des chaussures serrées qui gardent l'humidité et un environnement chaud et humide.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation est inconnue.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure aussi longtemps que les lésions sont présentes et que des spores viables persistent sur des surfaces contaminées.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter un Tinea pedis.

Immunité

Le Tinea pedis ne semble pas conférer d'immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

- Tableau clinique.
- Examen microscopique de squames.
- Culture fongique.

♦ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement

♦ Spécifique

Plusieurs antifongiques sont disponibles, par voie topique ou, pour les cas plus graves, par voie orale. Lorsque les ongles sont atteints, l'infection peut être plus difficile à traiter.

♦ De soutien

- Hygiène des pieds comprenant un lavage doux, l'assèchement de la peau entre les orteils et l'utilisation d'une poudre antifongique. À la maison, laisser fréquemment les régions atteintes à l'air libre (porter des sandales); éviter de porter des chaussures trop serrées et des chaussettes en nylon ou d'autres tissus qui empêchent la sueur de se dissiper.
- Après le bain ou la baignade, sécher le corps avant les pieds afin d'éviter la contamination des régions saines.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

Ne pas exclure le sujet. Il devra éviter de se promener pieds nus. Éviter la piscine en présence de lésions actives sauf s'il est possible de porter des souliers de baignade.

♦ Contacts

- Aucune.
- Au besoin, envoyer une lettre au personnel et aux parents des enfants du même groupe.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, particulièrement les planchers.

Suivi

S'assurer que le sujet est adéquatement traité et qu'il porte des chaussettes de coton jusqu'à la guérison de ses lésions.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Tinea pedis

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, un enfant est atteint de Tinea pedis. Vous trouverez ci-joint des explications sur cette maladie.

Si votre enfant présente des lésions squameuses sur les pieds ou les espaces interdigitaux, consultez un médecin ou le CLSC le plus tôt possible, et apportez cette lettre.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

p. j. : Renseignements et conseils pratiques

TINEA PEDIS

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS PRATIQUES

Définition

Le Tinea pedis est causé par un champignon qui atteint les orteils et la plante des pieds (et, moins fréquemment, les mains).

Manifestations

Il se manifeste par des lésions squameuses. Des démangeaisons et une odeur fétide persistante sont caractéristiques.

Transmission

Le Tinea pedis se transmet par contact avec les lésions des personnes infectées ou avec les sols contaminés, surtout dans les douches, les salles de déshabillage et les piscines publiques.

Traitements

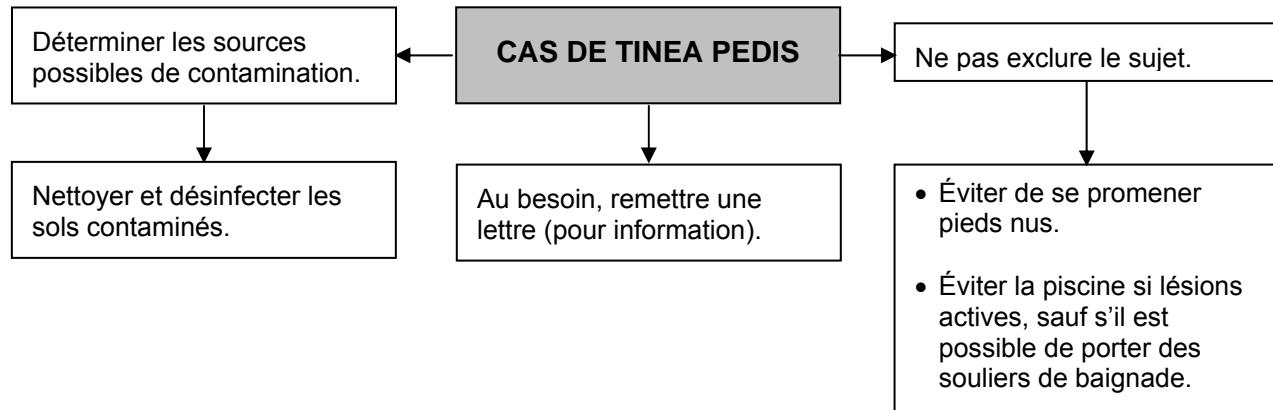
La personne infectée est habituellement traitée à l'aide d'un onguent. Pour les cas graves, chroniques et récurrents, un médicament par voie orale peut également être administré pendant six à huit semaines, jusqu'à six mois. L'hygiène des pieds comprend un lavage doux, l'assèchement de la peau entre les orteils et l'utilisation d'une poudre antifongique.

Prévention

La personne infectée n'est pas exclue du service de garde, mais elle doit couvrir ses plaies si possible et s'abstenir de fréquenter la piscine jusqu'à la guérison de ses lésions.

En même temps qu'on applique le traitement, il faut nettoyer et désinfecter tout sol qui peut être de source de contamination (ex. : douche).

TINEA PEDIS ARBRE DÉCISIONNEL



TOXOCAROSE

INFORMATION GÉNÉRALE

Définition

La toxocarose est une infection humaine causée par les vers ronds des chiens ou des chats : *Toxocara canis* et *Toxocara cati*. Cette infection accidentelle dans le cycle de vie de ces vers est cependant beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense.

Cycle de vie

Les œufs de *Toxocara* sont éliminés dans les selles des chiens et des chats, et ils contaminent des endroits facilement accessibles aux enfants (sable, terre des parcs, etc.) L'humain est infecté en ingérant du sable, de la terre ou des aliments crus contaminés avec les œufs. Les œufs se transforment en larves, lesquelles traversent la paroi intestinale et migrent vers le foie et les poumons et, plus rarement, vers les yeux. Les larves continuent cette migration vers d'autres organes, d'où le nom de *larva migrans visceralis*. Elles ne peuvent jamais atteindre leur maturité, car elles ne sont pas dans leur habitat naturel. Elles meurent normalement après une période d'environ 18 mois.

Tableau clinique

Les symptômes de la toxocarose sont généralement liés à la quantité d'œufs ingérés. Asymptomatique dans la plupart des cas, elle peut causer des manifestations cliniques qui varient selon l'organe ou le tissu atteint.

Complications

Les complications liées à la toxocarose se produisent dans les cas d'infections intenses ou s'il y a atteinte du globe oculaire (ex. : lésions ophthalmiques).

Durée de la maladie

La toxocarose dure de 12 à 18 mois.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

La toxocarose s'acquiert à la suite de l'ingestion de terre contaminée par des œufs provenant des selles de chien ou de chat infecté, soit par pica ou par légumes crus contaminés et non lavés.

Transmission :

Aucune transmission de personne à personne.

Période d'incubation

La période d'incubation est très variable, allant de quelques semaines à plusieurs mois.

Période de contagiosité

L'infection humaine à toxocarose n'est pas contagieuse.

Les œufs peuvent, dans des conditions climatiques favorables d'humidité et de température, survivre plusieurs mois dans l'environnement.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la toxocarose, mais les adultes sont rarement infectés.

Immunité

La toxocarose ne confère pas d'immunité permanente.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

- Tableau clinique.
- Formule sanguine (éosinophilie périphérique).
- Sérologie pour recherche d'anticorps.

♦ Exceptionnelles

Biopsie hépatique.

Traitement

♦ Spécifique

Mébendazole ou albendazole.

♦ De soutien

Corticostéroïdes parfois et, exceptionnellement, chirurgie ophtalmique, selon le cas.

Particularités associées au service de garde

Les carrés de sable et les aires de jeu peuvent présenter un risque de contamination par les selles des chiens ou des chats.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

Ne pas exclure le sujet.

♦ Contacts

Remettre une lettre aux parents des enfants du service de garde si jugé nécessaire.

Environnement

Renforcer l'hygiène des mains.

Éviter la géophagie (manger de la terre ou du sable) chez les enfants.

Assurer un entretien adéquat des carrés de sable et des aires de jeux (voir le chapitre IV, « La désinfection des objets, des surfaces et des locaux »).

Suivi

Empêcher la géophagie chez les enfants.

Promouvoir le lavage des mains après un contact avec du sable et avant de manger.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Toxocarose

Chers parents,

Présentement, le service de garde compte un cas de toxocarose. Cette maladie est causée par un parasite qu'on appelle le ver rond du chien ou du chat. Cette infection est fréquente chez ces animaux et accidentelle chez l'humain. L'individu s'infecte par contact avec des matières fécales ou du matériel contaminé par des selles de chien ou de chat. Les jeunes enfants peuvent être contaminés s'ils portent à leur bouche le sable et la terre contaminés dans lesquels ils jouent. L'infection n'est pas transmise de personne à personne.

La plupart des infections humaines sont asymptomatiques. Lorsqu'il y a des symptômes, leur gravité est liée à l'intensité de l'infection. Un traitement antiparasitaire est possible.

Même si le danger de transmission par le sable ou la terre est faible, soyez assurés que le service de garde prend toutes les précautions nécessaires pour assurer une bonne hygiène de l'environnement, afin d'éviter la contamination par les selles animales.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez prendre contact avec : _____.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

TUBERCULOSE

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La tuberculose est une maladie contagieuse causée par le *Mycobacterium tuberculosis* aussi appelé bacille de Koch. Au moment de l'inhalation du bacille dans les poumons, les mécanismes de défense de l'hôte arrivent généralement à contrôler l'infection qui ainsi peut demeurer latente pour se réactiver des mois ou des années plus tard. Dans certains cas (en particulier chez les jeunes enfants), l'infection peut évoluer rapidement vers la maladie (tuberculose active), et sous des formes particulièrement graves. La phase asymptomatique de l'infection s'appelle tuberculose latente. Elle se traduit habituellement par une sensibilité au test cutané à la tuberculine (TCT, épreuve de Mantoux ou PPD). L'infection demeurerait asymptomatique chez 40 à 50 % des enfants de moins de 1 an et chez 80 à 90 % des enfants plus âgés.

La tuberculose est encore l'un des grands fléaux qui tuent les enfants dans le monde. Globalement, le tiers de la population mondiale est infecté par cette bactérie (tuberculose latente). Au Canada, un enfant atteint de tuberculose active doit toujours mener à la recherche de l'adulte malade et contagieux qui aurait pu lui transmettre la maladie.

Tableau clinique

La tuberculose latente est asymptomatique.

Les manifestations cliniques et radiologiques de la tuberculose active varient selon l'âge et la région atteinte. Dans plus de 75 % des cas, l'atteinte est pulmonaire. Les symptômes sont les suivants : fièvre intermittente, anorexie, perte de poids, toux, hémoptysie, sudation nocturne et, occasionnellement, bronchospasme. Chez l'adulte, le tableau radiologique démontre souvent l'atteinte classique de pneumonie cavitaire. Chez l'enfant, et ce, jusqu'à l'adolescence, le tableau radiologique démontrera principalement des adénopathies médiastinales et hilaires accompagnées parfois d'infiltrat parenchymateux.

La forme extrapulmonaire portera le nom de l'organe atteint (tuberculose rénale, osseuse, méningée ou adénite tuberculeuse).

Complications

Les complications les plus fréquentes de la tuberculose sont la pleurésie, la méningite et la tuberculose miliaire. Le risque de complications graves est plus élevé pour les enfants de moins de 5 ans.

Durée de la maladie

La durée de la tuberculose est variable. Un traitement efficace raccourcit la durée de la maladie. Certains malades peuvent être symptomatiques pendant des mois avant qu'un diagnostic ne soit posé.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

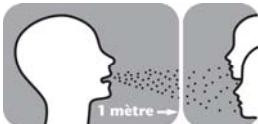
La tuberculose s'acquiert à la suite de l'inhalation d'aérosols (microgouttelettes en suspension dans l'air) provenant d'une personne atteinte de tuberculose pulmonaire ou laryngée. Le risque de transmission dépend du degré de contagiosité, du type de contacts (durée, proximité) et du milieu environnemental (ventilation, éclairage).

La tuberculose latente ne se transmet pas et les formes extrapulmonaires ne se transmettent que rarement (par exemple, si du pus s'écoule de la zone atteinte).

Les jeunes enfants souffrant d'une tuberculose pulmonaire sont généralement considérés comme moins contagieux que les adultes parce que chez l'enfant, l'atteinte est principalement dans les ganglions médiastinaux et hilaires, les lésions parenchymateuses, lorsque présentes, sont petites et non cavitaires, et la toux est peu puissante. Les bacilles ne peuvent donc pas être projetés efficacement et rester en suspension dans l'air. S'il y a preuve de contagiosité (frottis positif, lésions cavitaires ou parenchymateuses significatives), on adoptera pour l'enfant la même approche que pour l'adulte.

Transmission

Aérienne



Note : La transmission par voie aérienne est très efficace et le seul fait de partager le même espace qu'une personne infectée, même durant un court laps de temps, peut suffire à transmettre l'infection.

Période d'incubation

La période d'incubation est variable. Le risque de progresser vers la maladie active est plus important dans les deux années qui suivent l'infection tuberculeuse, mais il persiste durant toute la vie chez les personnes non traitées. Chez les nourrissons, le risque de progresser vers une tuberculose active est très élevé (environ 50 %).

Période de contagiosité

La période de contagiosité chez l'adulte atteint de tuberculose pulmonaire dure aussi longtemps qu'il crache des bacilles tuberculeux dans ses expectorations. La contagion diminue après quelques jours d'un traitement efficace, et persiste rarement après deux semaines. En pratique, à cause de la possibilité de résistance à la médication antituberculeuse, on doit tout de même considérer que l'adulte est contagieux jusqu'à ce que les frottis de ses expectorations soient négatifs, surtout lorsqu'il y a de jeunes enfants dans son entourage.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la tuberculose. Cependant, le risque de progresser vers la maladie est particulièrement élevé chez les enfants de moins de 5 ans. Ce risque est également accru en présence de certaines conditions telles que la sous-alimentation, l'immunodéficience, le diabète mal contrôlé et la vieillesse. Les enfants originaires de zones endémiques pour la tuberculose (sud-est de l'Asie, Afrique, Inde, Haïti, etc.) et de certaines communautés risquent davantage d'avoir été exposés au bacille de Koch et ont donc un plus grand risque d'être atteint de tuberculose latente ou active.

Immunité

À la suite d'une première infection avec le *Mycobacterium tuberculosis*, il existe une certaine immunité contre les réinfections, mais l'apparition ultérieure d'une tuberculose active est toujours possible.

L'immunité conférée par le vaccin est un sujet de controverse. Cependant, la plupart des études laissent entendre que la vaccination des nouveau-nés avec le BCG leur confère surtout une protection partielle contre les formes les plus dangereuses de tuberculose, telles la méningite et la tuberculose miliaire. En Amérique du Nord, le BCG n'est utilisé que pour certaines communautés présentant un risque particulièrement élevé d'exposition au bacille de Koch. L'usage exceptionnel du BCG est justifié par l'incidence peu élevée de la tuberculose, les difficultés d'interprétation du test cutané à la TCT après la vaccination au BCG, le manque d'efficacité du vaccin et les effets secondaires possibles de cette vaccination.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

Tuberculose latente

- Test cutané à la TCT, 5 UT.
- Radiographie pulmonaire.

Tuberculose pulmonaire

- Recherche de mycobactéries dans les expectorations (examen microscopique pour bacilles acido-alcoolo-résistants et culture).
- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN).
- Imagerie pulmonaire (radiographie ou tomodensitométrie).

Autres sites d'infection

Recherche de mycobactéries sur le LCR ou autres liquides biologiques selon le site atteint (examen microscopique pour bacilles acido-alcoolo-résistants et culture).

♦ Exceptionnelles

TAAN pour sites autres que pulmonaire.

Traitement

♦ Spécifique

Tuberculose active

- Enfant et adulte

Administrer trois médicaments (isoniazide, rifampicine et pyrazinamide) pour une période de deux mois, suivis d'isoniazide et de rifampicine pendant quatre mois supplémentaires au minimum. Si on suspecte une résistance, ce qui est le cas des enfants provenant des pays endémiques pour la tuberculose, il y a ajout d'un quatrième médicament (éthambutol ou streptomycine) pendant les deux premiers mois ou jusqu'à l'obtention des résultats des tests de sensibilité.

Chez l'enfant, le traitement curatif doit être administré sous observation directe (TOD).

Le traitement de la tuberculose active fait l'objet d'un programme de gratuité. Le code 2K doit être indiqué sur l'ordonnance lorsqu'il s'agit d'un traitement curatif.

♦ Prophylactique

Tuberculose latente

- Enfant

Isoniazide (INH) pendant neuf mois ou selon les circonstances.

- Adulte

INH pendant 6 à 12 mois selon les circonstances.

La prévention de la tuberculose fait l'objet d'un programme de gratuité. Le code 2L doit être indiqué sur l'ordonnance lorsqu'il s'agit d'un traitement préventif.

Si le cas index est connu, surveiller la culture et la sensibilité pour ajuster le traitement.

Particularités associées au service de garde

En service de garde, lorsqu'il y a transmission de tuberculose, elle se fait presque toujours d'un adulte vers un enfant et non d'un enfant vers un adulte ou un autre enfant. Ainsi, lorsqu'un enfant a un TCT positif ou présente des symptômes cliniques de la maladie, l'enquête épidémiologique visera à retracer la source d'infection parmi les adultes.

Particularités associées à la femme enceinte

La femme enceinte qui présente une tuberculose latente devra commencer un traitement immédiatement si elle est séropositive au test de dépistage du VIH. Dans les autres circonstances, il peut être préférable d'attendre après l'accouchement. En revanche, si la femme enceinte a un contact récent de tuberculose, il peut être plus prudent de ne pas retarder le début de son traitement.

MESURES À PRENDRE

Enquête

♦ Si le sujet est un enfant

L'enquête vise à retrouver la source d'infection parmi les adultes en contact étroit avec l'enfant, c'est-à-dire les membres de sa famille. Si cette étape ne permet pas de préciser la source d'infection, on élargira la recherche au personnel du service de garde et aux autres adultes qui ont été en contact étroit et prolongé avec l'enfant.

♦ Si le sujet est un adulte

- Le but de l'enquête est d'identifier les contacts qui ont pu être infectés par le sujet. Il faudra donc procéder à un dépistage si l'adulte souffre d'une tuberculose active. La priorité sera de dépister rapidement les jeunes enfants afin d'éviter une progression vers la maladie active.
- Dans le cas d'une tuberculose latente (donc non contagieuse), il ne sera pas nécessaire de procéder à un tel dépistage.

Mesures de contrôle

Les mesures de contrôle varient selon qu'il s'agit d'une tuberculose latente ou d'une tuberculose active chez un enfant ou un adulte, et selon la contagiosité. Seule la tuberculose active est à déclaration obligatoire à la DSP.

♦ Sujet

Tuberculose latente chez un enfant ou un adulte

Ne pas exclure.

Administrer un traitement selon l'évaluation médicale.

Tuberculose active

Aviser la DSP.

- Adulte

- o Exclure jusqu'à la fin de la période de contagiosité.
- o Administrer un traitement curatif. Ce traitement est obligatoire.

- Enfant

- o L'enfant n'est habituellement pas contagieux et n'a pas besoin d'être exclu. Par ailleurs, l'enfant peut être contagieux s'il présente un frottis des expectorations positif, une forme cavitaire ou parenchymateuse extensive ou une adénite suppurée. Dans ce cas, l'exclure jusqu'à la fin de la période de contagiosité.
- o Amorcer un traitement curatif. Ce traitement est obligatoire.

◆ **Contacts**

Tuberculose latente chez un enfant ou un adulte

Aucune intervention.

Tuberculose active

- Si le sujet est considéré comme contagieux : rechercher les contacts étroits.
- La définition de contact étroit varie selon les caractéristiques du sujet. Se référer au Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse de l'Agence de la santé publique du Canada (2007). Si plusieurs contacts doivent être évalués, procéder de façon organisée, comme décrit dans le protocole d'intervention canadien en vigueur.
- Les contacts démontrant une réaction positive au TCT devront recevoir, après évaluation médicale, un traitement de tuberculose latente et une radiographie pulmonaire.
- Les jeunes enfants (5 ans ou moins) qui sont dépistés doivent recevoir un traitement prophylactique jusqu'à huit semaines après le dernier contact, peu importe le résultat du TCT. Ceux dont le second test, après huit semaines, est toujours négatif peuvent cesser la prophylaxie et ceux qui ont un premier ou second test positif devront continuer, généralement pendant neuf mois.
- Remettre une lettre aux contacts.
- Si le sujet n'est pas contagieux, aucune intervention.

Environnement

Renforcer l'hygiène respiratoire (voir chapitre IV).

Aérer les locaux.

Suivi

Tuberculose active

S'assurer que les contacts sont suivis et que les mesures de contrôle recommandées ont été appliquées.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Tuberculose

Chers parents,

Une personne du service de garde a une tuberculose. La tuberculose est une infection qui, en général, ne donne aucun symptôme au début et se détecte par un test appelé test cutané tuberculinique (TCT). Cette infection peut mener, plusieurs mois ou plusieurs années plus tard, à une maladie qui se localise le plus souvent aux poumons et qui se manifeste par de la fatigue, de la fièvre, une perte de poids, de la toux et des crachats. De nos jours, il existe des médicaments efficaces pour traiter cette maladie.

Votre enfant a été en contact avec une personne souffrant de tuberculose et peut avoir été infecté. Il doit être évalué le plus tôt possible par un médecin qui, en plus de l'examiner, procédera probablement au test cutané tuberculinique et à une radiographie pulmonaire. Si le résultat des examens démontre une infection chez votre enfant, un traitement préventif vous sera proposé, et ce, même s'il n'est pas contagieux.

Nous avons pris des arrangements avec : _____ où votre enfant pourra être évalué. Si vous préférez, vous pouvez consulter chez votre médecin ou votre CLSC en apportant cette lettre

Merci de votre collaboration.

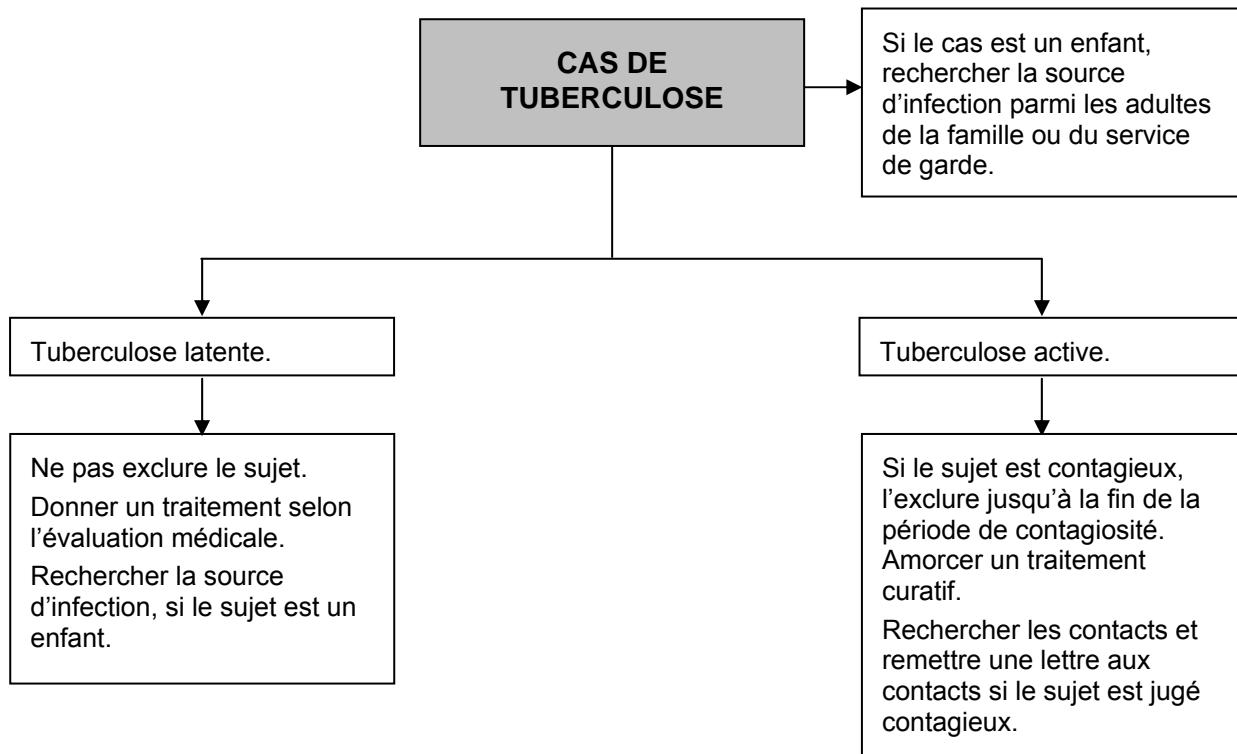
Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

TUBERCULOSE ARBRE DÉCISIONNEL



VARICELLE ET ZONA

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Varicelle

La varicelle est une primo-infection causée par un virus de la famille des herpesviridés appelé varicella zoster. Dans les pays à climat tempéré, on estime qu'au moins 90 % des individus de moins de 15 ans et au moins 95 % des jeunes adultes ont déjà été infectés par le virus ou vaccinés. Cette infection se produit à un âge plus tardif dans les pays tropicaux. Les cas de varicelle se déclarent le plus souvent à la fin de l'hiver et au début du printemps.

Zona

Après la primo-infection, le virus de la varicelle demeure à l'état de latence dans les ganglions nerveux sensitifs. Le virus pourra se réactiver des années, voire des décennies plus tard, se propager le long du nerf sensitif correspondant pour atteindre la peau, et ainsi causer le zona.

Tableau clinique

Varicelle

La varicelle est caractérisée par une fièvre souvent accompagnée d'une éruption maculopapulaire devenant rapidement vésiculaire, généralisée et prurigineuse, qui commencera à croûter en 24-48 heures. Diverses muqueuses (conjonctives, oropharynx, muqueuses génitales) peuvent également être atteintes. La maladie se révèle souvent plus grave chez l'adulte et chez les cas secondaires d'une même maisonnée.

Chez les enfants immuno-supprimés, elle peut se prolonger et se caractériser par l'apparition continue de nouvelles lésions qui pourront devenir hémorragiques, et par une fièvre élevée persistante. Les cas de varicelle chez des enfants ayant reçu le vaccin sont habituellement bénins (< 50 lésions comparativement à 200-400 lésions si non vaccinés), moins contagieux, et leur risque de complications est moindre.

Zona

Le zona est caractérisé par des lésions vésiculaires groupées qui suivent la distribution d'un dermatome, le plus souvent unilatéral, et accompagnées de douleur. Les lésions sont en général précédées de 48-72 heures de douleur au site du dermatome atteint. Le zona est généralement localisé au niveau cervical et sacré chez le jeune enfant alors qu'il est le plus souvent localisé au niveau thoracique bas ou lombaire chez l'adulte. La maladie touche surtout les personnes de plus de 50 ans.

Complications

Varicelle

La complication la plus fréquente de la varicelle est l'infection bactérienne secondaire, qui touche 5 % des enfants. Les agents pathogènes les plus courants sont le *Streptococcus pyogenes* et le *Staphylococcus aureus*. Outre les surinfections cutanées, les infections invasives (pneumonie, arthrite, ostéomyélite et septicémie) peuvent être fatales. Il est à noter que la varicelle augmente le risque d'infection invasive à Streptocoque β -émolytique du groupe A (infection cutanée grave, fasciite nécrosante) de 58 fois chez des enfants auparavant en bonne santé.

Les autres complications associées à la varicelle sont l'encéphalite, dont l'ataxie, la pneumonie varicelleuse et les hémorragies. Les personnes immuno-supprimées développent généralement une varicelle plus grave avec un risque de dissémination viscérale, de pneumonie et de coagulopathie. Le risque de varicelle grave est particulièrement élevé chez les enfants recevant des stéroïdes par voie

systémique pendant la période d'incubation. Le nouveau-né peut être atteint d'une varicelle disséminée grave si la mère fait la maladie dans les cinq jours précédent l'accouchement et jusqu'à deux jours après.

Zona

Le zona peut entraîner chez les adultes une névralgie post-herpétique, soit une douleur qui persiste plus de 120 jours après la disparition de l'éruption cutanée. Cette complication est rare chez les enfants. Un zona disséminé est possible chez les personnes immunosupprimées.

Durée de la maladie

Varicelle

La varicelle guérit habituellement en une à deux semaines.

Zona

Le zona dure moins de deux semaines.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Varicelle

L'humain est le seul réservoir du virus de la varicelle. Elle s'acquiert par inhalation de microgouttelettes produites par une personne infectée, principalement dans les 48 heures précédent l'éruption et jusqu'à ce que toutes les lésions soient croûtées. La varicelle s'acquiert également par contact avec le matériel infectieux des vésicules d'une personne présentant une varicelle ou un zona. C'est une maladie très contagieuse, avec des taux d'attaque variant entre 61 et 100 % des personnes non immunes. Toutefois, le zona est beaucoup moins contagieux.

Zona

On ne peut pas acquérir le zona après un contact avec le zona puisqu'il s'agit de la réactivation d'un virus contracté il y a plusieurs années. Par ailleurs, un épisode de zona n'est pas déclenché par un contact avec un cas de varicelle.

Transmission

Varicelle

- Aérienne
- Contact direct
- Contact indirect



Zona

- Contact direct
- Contact indirect
- Aérienne (s'applique seulement au zona disséminé ou hôte immunocompromis)



Période d'incubation

Varicelle

La période d'incubation dure de 10 à 21 jours. Elle est le plus souvent de 14 à 16 jours.

Zona

Il n'y a pas de période d'incubation.

Période de contagiosité

Varicelle

La période de contagiosité débute un ou deux jours avant le début de l'éruption et persiste jusqu'à cinq jours après ou jusqu'à ce que toutes les lésions soient croûtées. Dans les cas bénins, les lésions peuvent devenir croûtées plus rapidement. Les individus immunosupprimés qui font une varicelle prolongée peuvent être contagieux aussi longtemps que dure l'éruption de nouvelles lésions.

Zona

La période de contagiosité dure jusqu'à ce que les lésions vésiculaires soient croûtées (environ une semaine).

Réceptivité

Varicelle

Toute personne n'ayant pas eu la varicelle ou n'ayant pas reçu le vaccin est susceptible de contracter cette maladie.

Zona

Toute personne ayant déjà fait la varicelle est susceptible de développer un zona.

Immunité

Varicelle

Cette maladie confère normalement une immunité permanente. Un second épisode se produit rarement, mais la littérature a tout de même rapporté des cas. Une immunité temporaire (de trois semaines) peut être procurée par l'administration d'immunoglobulines hyperimmunes (VZIG ou VariZIG) lorsqu'elles sont données à des contacts à risque (voir la rubrique « Mesures de contrôle »).

Le calendrier vaccinal prévoit l'administration d'une dose de vaccin contre la varicelle à l'âge de 12 mois. L'administration de ce vaccin à tous les enfants diminuerait les cas d'infection envahissante à Streptocoque β -hémolytique du groupe A d'au moins 15 %. Le personnel des services de garde n'ayant jamais fait la maladie et dont la sérologie est négative devrait recevoir deux doses de vaccin.

Zona

Les récidives sont estimées à moins de 5 %. Un vaccin contre le zona sera disponible sous peu pour les personnes de 50 ans ou plus.

Méthodes diagnostiques

♦ **Habituelles**

Varicelle

Tableau clinique.

Zona

Tableau clinique.

♦ **Exceptionnelles**

Varicelle

- Détection d'antigènes sur frottis des lésions (immunofluorescence).
- Culture virale des lésions.
- Sérologie pour recherche d'anticorps (IgM).

Zona

- Détection d'antigènes sur frottis des lésions (immunofluorescence).
- Culture virale des lésions.

Traitement

♦ **Spécifique**

Varicelle

Acyclovir ou autre antiviral pour les individus immunosupprimés ou recevant un traitement d'AAS ainsi que pour tout individu présentant un risque de varicelle grave.

Zona

Lorsqu'ils sont administrés par voie orale, le valacyclovir et le famciclovir peuvent diminuer la durée des symptômes et l'intensité de la douleur chez l'adulte, surtout s'ils sont administrés moins de 72 heures après le début des lésions. Chez l'enfant, l'acyclovir peut être utilisé si la localisation ou la gravité de l'atteinte le justifie.

♦ **De soutien**

Varicelle

- Garder la peau bien propre.
- Crème hydratante non parfumée au besoin.
- Sirop antihistaminique si démangeaisons incommodantes.
- Acétaminophène si fièvre.
- Pas d'acide acétylsalicylique (AAS ou AspirineMD).
- Attention : de nombreux produits peuvent contenir de l'AAS en association.

Zona

Traitement de la douleur.

Particularités associées au service de garde

Varicelle

Si un cas de varicelle se déclare au service de garde, il est probable que la plupart des autres personnes non immunes contracteront la maladie.

Zona

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Varicelle et zona

Les femmes enceintes n'ayant jamais fait la varicelle ou n'ayant pas été vaccinées doivent consulter rapidement leur médecin après un contact avec un cas de varicelle ou de zona.

Le risque qu'un syndrome de varicelle congénitale apparaisse à la suite d'une infection maternelle pendant le premier trimestre de la grossesse est faible (0,4 à 2 %). Le nouveau-né atteint pourrait présenter une atrophie des membres ou des cicatrices sur la peau des extrémités.

Une varicelle grave peut survenir chez le nouveau-né si la mère fait la maladie dans les cinq jours avant l'accouchement et jusqu'à deux jours après.

Pour informations complémentaires, voir le chapitre VI, section « La femme enceinte ».

MESURES À PRENDRE

Enquête

Varicelle et zona

Identifier les contacts.

Mesures de contrôle

♦ Sujet

Varicelle

- Ne pas exclure le sujet sauf si son état général ne lui permet pas de participer aux activités habituelles. L'exclusion ne s'est pas révélée efficace pour interrompre la transmission du virus, parce que les enfants sont plus contagieux avant l'apparition de l'éruption.
- Si le sujet est un enfant immunosupprimé, on doit le diriger rapidement vers son médecin pour un traitement avec un agent antiviral.

Zona

- Ne pas exclure le sujet sauf si son état général ne lui permet pas de participer aux activités habituelles. Si possible, couvrir les lésions.
- Si le sujet est immunosupprimé, il doit être dirigé vers son médecin pour un traitement avec un agent antiviral.

♦ Contacts

Varicelle

- Remettre une lettre explicative à tous les contacts.
- Considérer comme contacts tous les individus fréquentant le service de garde ou toute personne présente dans le service de garde pendant au moins une heure.
- Donner priorité à la recherche des contacts immunosupprimés, à ceux qui présentent une dermatite importante et aux femmes enceintes, qui seront dirigés immédiatement vers leur médecin afin de recevoir des immunoglobulines hyperimmunes (VZIG ou VariZIG) si nécessaire. Cette administration se fera dans un délai de 96 heures suivant le premier contact avec une personne atteinte (préféablement dans un délai de 48 heures). Ces contacts à risque ne devraient revenir au service de garde que 28 jours après le dernier cas de varicelle déclaré.
- L'administration du vaccin à une personne non immune âgée d'au moins 12 mois dans les cinq jours suivant un contact avec un cas de varicelle s'est avérée efficace à 90 % ou plus dans la prévention de la maladie. Les personnes non immunes pourront recevoir ce vaccin aux fins de protection personnelle si elles le désirent.

Zona

- Remettre une lettre aux contacts.
- Dans le cas de zona, considérer comme contacts les individus partageant le même groupe qu'un cas dont les lésions n'étaient pas couvertes. Éviter les contacts directs avec les lésions de zona.
- Donner priorité à la recherche des contacts non immuns immunosupprimés et aux femmes enceintes, qui seront dirigés vers leur médecin afin d'évaluer la nécessité de recevoir des immunoglobulines hyperimmunes (VZIG). Celles-ci doivent être administrées dans un délai inférieur à 96 heures après le contact (préféablement dans un délai de 48 heures).
- L'administration du vaccin à une personne non immune âgée d'au moins 12 mois dans les cinq jours suivant un contact avec un cas de zona est envisageable. Ces personnes pourront recevoir le vaccin si elles le désirent.

Environnement

Varicelle et zona

Renforcer les mesures d'hygiène, dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Aérer les locaux.

Suivi

Varicelle et zona

Surveiller l'état général des enfants atteints.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Varicelle

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, une personne fait une varicelle (« picote »), une des maladies les plus contagieuses. Généralement bénigne, elle entraîne parfois des complications graves.

Si votre enfant prend des médicaments (cortisone, traitement contre le cancer) ou souffre d'une maladie qui diminue ses défenses contre les infections (leucémie, sida), votre médecin vous a sans doute avisé que la varicelle pouvait être plus grave pour lui. Si tel est le cas, nous vous suggérons de communiquer immédiatement avec votre médecin pour lui expliquer la situation. Il pourra conseiller l'administration d'un traitement préventif.

La varicelle se manifeste par une éruption cutanée pouvant s'accompagner de fièvre et de démangeaisons. L'éruption consiste en l'apparition de taches rouges qui se transforment en vésicules remplies de liquide (« bulles d'eau »). La formation de nouvelles vésicules peut se poursuivre pendant quelques jours. Peu après, les lésions se couvrent d'une croûte.

Les enfants sont contagieux un ou deux jours avant l'apparition de l'éruption, jusqu'à ce que toutes les lésions soient croûtées. Lorsque l'infection est transmise, elle se manifeste deux ou trois semaines après le contact.

Un vaccin contre la varicelle existe, et est recommandé aux personnes âgées de 12 mois ou plus. Il prévient la maladie et les complications que celle-ci peut entraîner. Ce vaccin peut aussi prévenir la maladie s'il est administré rapidement après un contact avec un cas de varicelle. Si votre enfant n'a pas été vacciné ou qu'il n'a pas encore fait la varicelle, consultez votre médecin ou votre CLSC pour savoir s'il devrait recevoir ce vaccin maintenant.

Si votre enfant contracte la varicelle, ne lui administrez pas d'aspirine (acide acétylsalicylique, ou AAS) ni aucun autre produit contenant de l'aspirine. L'aspirine accroît le risque de syndrome de Reye, une affection grave pouvant porter atteinte au foie et au cerveau. Pour maîtriser la fièvre en toute sécurité, employez de l'acétaminophène (TylenolMD, TempramMD, etc.).

Pour le bien-être de votre enfant, gardez sa peau bien propre, appliquez-lui une crème hydratante non parfumée au besoin et donnez-lui un sirop antihistaminique si les démangeaisons sont incommodantes.

Veuillez également aviser le service de garde et communiquer avec votre médecin ou votre CLSC au besoin. Votre enfant pourra revenir au service de garde lorsque son état de santé lui permettra de participer aux activités.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Zona

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, une personne est atteinte de zona. Le zona est une manifestation tardive du virus de la varicelle qui survient après une période de latence, habituellement de plusieurs années. Le zona est rare chez les enfants.

Le zona se manifeste par des lésions vésiculaires groupées, souvent localisées à un seul côté du corps et accompagnées de douleur.

Les personnes atteintes de zona peuvent transmettre le virus de la varicelle jusqu'à ce que toutes leurs lésions soient croûtées, soit environ une semaine après l'apparition des symptômes. Le zona est beaucoup moins contagieux que la varicelle. Un contact direct avec les lésions de zona est nécessaire pour qu'il y ait transmission du virus de la varicelle. On ne peut toutefois pas contracter le zona à la suite d'un contact avec une personne atteinte de zona.

Cependant, si votre enfant prend des médicaments (cortisone, traitement contre le cancer) ou qu'il souffre d'une maladie qui diminue ses défenses contre les infections (leucémie, sida), et qu'il n'a pas encore fait la varicelle ni été vacciné contre celle-ci, la varicelle peut être plus grave pour lui. Si tel est le cas, nous vous suggérons de communiquer immédiatement avec votre médecin pour lui expliquer la situation. Il pourra conseiller l'administration d'un traitement préventif.

Un vaccin contre la varicelle existe, et est recommandé aux personnes âgées de 12 mois ou plus. Il prévient la maladie et ses complications éventuelles. Il peut aussi prévenir la varicelle s'il est administré rapidement après un contact avec un cas de zona. Si votre enfant n'a jamais fait la varicelle et qu'il n'a pas été vacciné contre celle-ci, consultez votre médecin ou votre CLSC pour savoir si votre enfant devrait recevoir ce vaccin maintenant.

Si votre enfant contracte la varicelle, ne lui administrez pas d'aspirine (acide acétylsalicylique, ou AAS) ni aucun autre produit contenant de l'aspirine. L'aspirine accroît le risque de syndrome de Reye, une affection grave pouvant porter atteinte au foie et au cerveau. Pour maîtriser la fièvre en toute sécurité, employez de l'acétaminophène (Tylenol^{MD}, Tempra^{MD}, etc.). Pour le bien-être de votre enfant, gardez sa peau bien propre, appliquez-lui une crème hydratante non parfumée au besoin et donnez-lui un sirop antihistaminique si démangeaisons incommodantes.

Veuillez aviser le service de garde et communiquer avec votre médecin ou votre CLSC au besoin. Votre enfant pourra revenir au service de garde lorsque son état de santé lui permettra de participer aux activités.

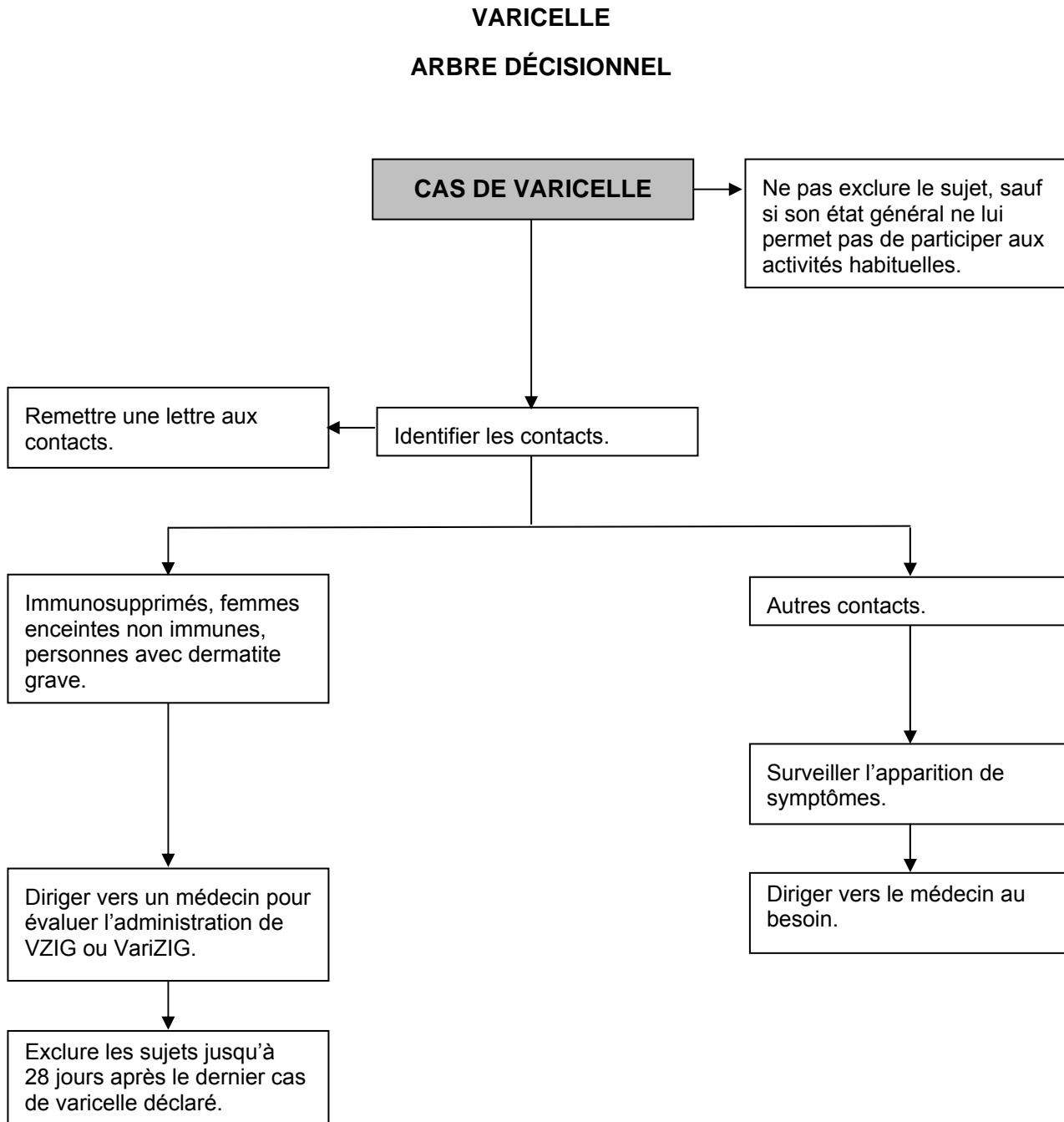
Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

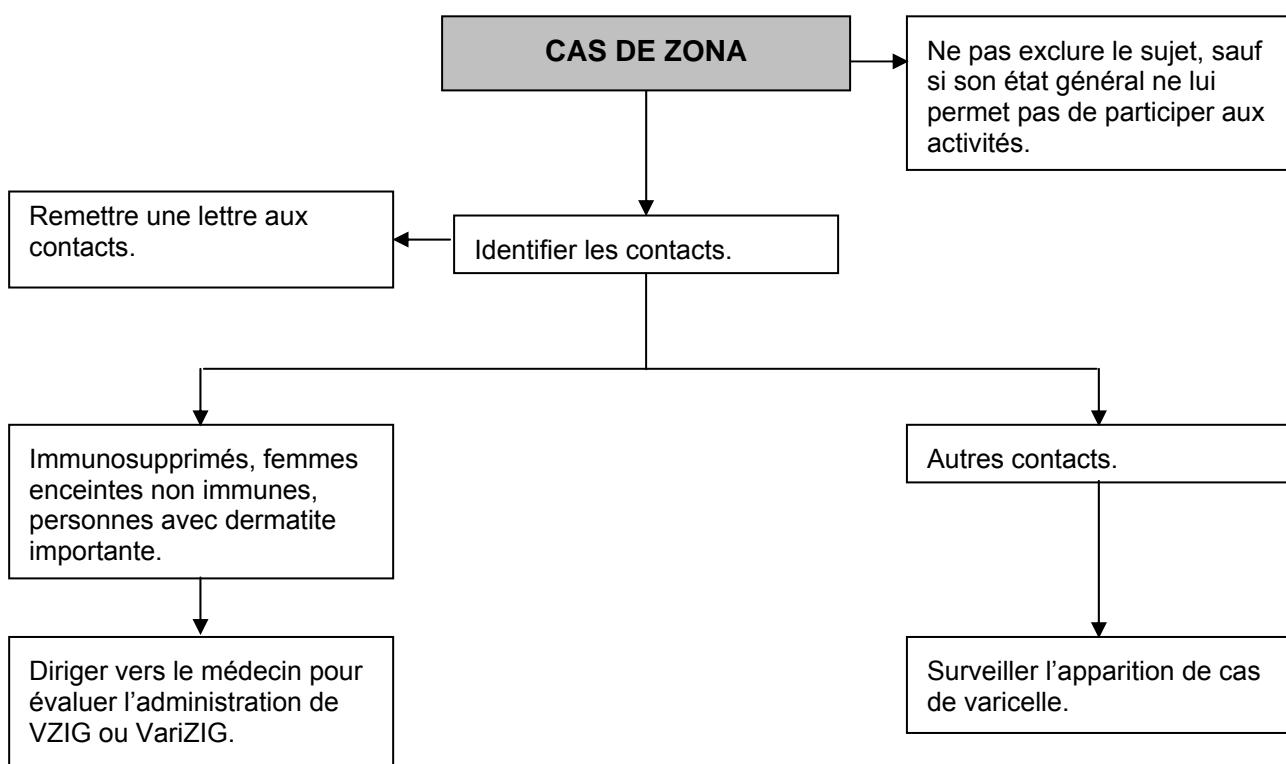
Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____



ZONA

ARBRE DÉCISIONNEL



VERRUES

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Les verrues consistent en des lésions papillaires de la peau fréquentes et causées par des virus du groupe papillomavirus humain (VPH).

Tableau clinique

Les verrues se présentent comme des papules à surface cornée dont l'apparence varie selon la région corporelle atteinte et le type de virus responsable.

Verrues vulgaires

Des papules bien délimitées et présentant une surface épaisse ou des protubérances papillaires. Ces lésions bénignes se présentent à la région palmaire, plantaire ou périunguéeale. Elles sont fréquentes chez les enfants.

Verrues planes

Des lésions aplatis et rondes de la couleur de la peau. Elles se situent habituellement au visage, au cou ou sur le dos des mains. Elles surviennent essentiellement chez les enfants et les adolescents.

Complications

Les verrues vulgaires et planes sont bénignes et guérissent sans séquelles.

Durée de la maladie

La durée des verrues est variable (moins de deux ans). La disparition spontanée est fréquente. Le traitement raccourcit la durée.

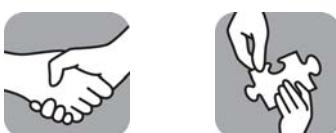
Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Les verrues s'acquièrent à la suite d'un contact avec les lésions d'une personne infectée ou avec des objets ou des surfaces contaminés (ex. : planchers). L'auto-inoculation est fréquente.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure environ trois mois. Elle peut s'étendre à plusieurs années.

Période de contagiosité

La période de contagiosité est inconnue. Elle dure probablement tant qu'il y a des lésions.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter des verrues. Cependant, on observe une réceptivité accrue chez les personnes immunosupprimées.

Immunité

La disparition spontanée des verrues et l'absence de récidives chez certaines personnes immunocompétentes portent à croire à un certain degré d'immunité pour quelques types de verrues.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

- ◆ **Habituelles**

Tableau clinique.

- ◆ **Exceptionnelles**

Aucune.

Traitement

- ◆ **Spécifique**

- Agents kératolytiques locaux, cryothérapie, électrocautérisation, curetage.
- Il n'est pas toujours nécessaire de traiter, les verrues peuvent se guérir spontanément.

- ◆ **De soutien**

Aucun.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- ◆ **Sujet**

Ne pas exclure le sujet. Le sujet atteint de verrue plantaire ne devrait pas circuler pieds nus. Ne pas exclure de la baignade et lorsque c'est possible, couvrir les lésions.

- ◆ **Contacts**

Éviter de toucher les lésions des personnes infectées.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Rappeler aux enfants et au personnel de ne pas marcher pieds nus dans des endroits publics.

Suivi

Aucun.

VERS INTESTINAUX (INFECTION PAR DES)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'infection par des parasites ou des vers intestinaux est très rare en Amérique du Nord. Les infections causées par trois de ces parasites, soit *l'Ascaris lumbricoides*, le ver à crochet (l'ankylostome) et l'oxyure *Enterobius vermicularis*, ont été décrites dans les sections « Ascardiase », « Ankylostomiasis » et « Oxyurose ». Cette section porte sur les catégories de parasites ci-dessous.

Nématodes

- *Strongyloides stercoralis* (anguillule responsable de l'anguillulose).
- *Trichuris trichiura* (ver à fouet responsable de la trichocéphalose).

Tænias

- *Diphyllobothrium spp* (responsable de la diphyllobothriase).
- *Echinococcus granulosus* (responsable de l'hydatidose).
- *Taenia solium* ou ver solitaire (responsable de la tæniase et de la cysticercose).
- *Taenia saginata* (responsable de la tæniase).

Cycle de vie

Malgré des cycles de vie fort complexes, tous ces parasites, sauf *Strongyloides stercoralis*, doivent être ingérés pour provoquer l'infection. Ils peuvent être ingérés lorsque les larves ou les œufs infectieux se retrouvent dans l'eau, les aliments ou le sol, sur des surfaces ou des objets. L'infection à nématode se produit principalement lorsque des selles humaines contaminent des aliments ou de l'eau. La chair de plusieurs espèces animales, telles que le poisson (pour *Diphyllobothrium spp*), le bœuf (pour *Taenia saginata*) ou le porc (pour *Taenia solium*), constitue la principale source d'infection à *taenia*. Une fois ingérés, les œufs ou les larves passent par de multiples phases de développement et de migration dans le corps avant d'atteindre l'état adulte dans les intestins de l'hôte. Les œufs pondus par les femelles adultes sont éliminés dans les selles et contaminent l'environnement.

La cysticercose et l'hydatidose représentent des maladies particulières chez les humains. Elles se produisent à la suite de l'ingestion des œufs de *Taenia solium* ou d'*Echinococcus granulosus* provenant d'un environnement contaminé par des excréments de porcs ou de canins infectés plutôt que de larves enkystées provenant de la viande. Les œufs qui se transforment en larves dans le corps humain s'enkystent ensuite dans les tissus, et cause ainsi des complications potentiellement graves.

Tableau clinique

La plupart des infections par des vers intestinaux donnent peu de symptômes cliniques.

Complications

Les complications liées à une infection par des vers intestinaux se produisent lorsque l'infection est grave ou lorsque le sujet souffre de malnutrition.

Durée de la maladie

Sans traitement, l'infection par des vers intestinaux peut durer des dizaines d'années. L'infection à *Trichuris trichiura* dure généralement moins d'un an dans les régions non endémiques.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Ces parasites s'acquièrent à la suite de l'ingestion d'aliments et d'eau contaminés ou par ingestion de parasites qui contaminent les objets ou les mains ayant eux-mêmes été en contact avec un sol contaminé par des selles humaines.

L'anguillule (*Strongyloides*) constitue cependant l'exception à la règle, car elle s'acquiert par la larve qui traverse la peau et son cycle est auto-infectant. Autrement dit, une personne peut se réinfecter elle-même sans que l'environnement intervienne dans le mode de transmission.

Transmission

Aucune transmission de personne à personne.

Période d'incubation

La période d'incubation dure quelques semaines.

Période de contagiosité

À l'exception des personnes infectées par l'*Echinococcus granulosus*, qui n'arrive jamais à maturité, la période de contagiosité pour les autres parasites dure tant que la personne infectée excrète les œufs et qu'un traitement efficace n'est pas administré. Les œufs éliminés par une personne infectée ne peuvent survivre dans l'environnement que sous des conditions climatiques particulières (chaleur, humidité).

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une infection par des vers intestinaux.

Immunité

L'infection par des vers intestinaux ne confère aucune immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ **Habituelles**

- Recherche de parasites dans les selles.
- Examen macroscopique des vers adultes.
- Sérologie pour recherche d'anticorps pour parasites tissulaires (*Strongyloides*, *Echinococcus*).
- Imagerie médicale pour la cysticercose et l'hydatidose.

♦ **Exceptionnelles**

Aucune.

Traitement

♦ **Spécifique**

Varie selon le parasite.

Particularités associées au service de garde

L'environnement des services de garde ne comporte qu'un risque minime de transmission, puisque l'infection par des vers intestinaux, très rare, ne s'acquiert que dans des régions où le sol peut être contaminé par des selles humaines ou animales.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- ♦ **Sujet**
 - Ne pas exclure le sujet.
 - Assurer un traitement efficace.
- ♦ **Contacts**
 - Aucune mesure.

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Bien cuire le poisson et la viande.

Suivi

Aucun.

VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)

(INFECTION AU)

MADO (si don ou réception de sang, produits sanguins, organes ou tissus)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus qui peut être de type 1 (VIH-1) ou 2 (VIH-2). Le second type est extrêmement rare en Amérique. Les premiers cas d'infection au VIH ont été décrits en 1983 et depuis l'épidémie, l'infection à VIH s'est répandue sur tous les continents. La majorité des cas d'infection infantile au VIH résultent d'une transmission de la mère infectée à son enfant. Les programmes de dépistage et de prévention de la transmission de l'infection au VIH pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale sont tellement efficaces que l'on a observé une chute spectaculaire du nombre de nouveau-nés infectés dans les pays industrialisés. Malheureusement, ces programmes ne sont pas toujours accessibles dans les pays où ils sont le plus nécessaires et leur mise en application soulève toutes sortes de difficultés éthiques.

Tableau clinique

L'infection au VIH donne une variété de manifestations cliniques allant de l'infection asymptomatique jusqu'au sida (syndrome d'immunodéficience acquise). Les manifestations cliniques les plus fréquentes du sida chez les enfants sont les suivantes : lymphadénopathies généralisées, retard de croissance, diarrhées récurrentes, pneumonie interstitielle lymphoïde et infections opportunistes.

Complications

Les complications sont les infections opportunistes, les néoplasies et le décès.

Durée de la maladie

L'infection au virus de l'immunodéficience humaine est incurable et durera toute la vie de l'individu. Quoique les thérapies antirétrovirales aient beaucoup amélioré la survie des enfants infectés par le VIH, le pronostic demeure sombre pour ceux infectés en période périnatale et qui deviennent symptomatiques de l'infection durant la première année de vie.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'infection au virus de l'immunodéficience humaine s'acquiert de trois façons :

- par relations sexuelles (mode de transmission le plus fréquent);
- de la mère à l'enfant durant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement;
- par voie sanguine.

Le contact du sang avec une peau saine n'est pas un mode d'acquisition du VIH. Afin d'être transmis, le VIH présent dans le sang doit être inoculé par voie percutanée (ex. : piqûre d'aiguille contaminée), ou être en contact avec une muqueuse (ex. : nez, œil, bouche) ou une plaie cutanée. Dans ces deux derniers cas, le risque de transmission est jugé presque nul. De plus, les occasions permettant de tels contacts sont rares en service de garde.

Une morsure sans bris cutané n'est pas une porte d'entrée pour le VIH. Seule une morsure avec bris cutané pourrait transmettre le VIH si l'agresseur a du sang dans la bouche. Cette situation est exceptionnelle en service de garde.

La personne infectée dont la maladie est mal contrôlée (charge virale élevée, lymphocytes CD4 effondrés) risque davantage de transmettre le virus que celle dont la maladie est bien contrôlée.

Transmission

Exposition des muqueuses ou percutanée à des liquides biologiques infectieux.



Période d'incubation

La période d'incubation est variable, allant de quelques mois à quelques années. Les symptômes apparaissent souvent autour de l'âge de 12 à 18 mois chez les enfants infectés en période périnatale et non traités, mais certains sont asymptomatiques pendant plusieurs années. Sous thérapie antirétrovirale, de plus en plus d'enfants sont encore asymptomatiques à l'adolescence.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure toute la vie.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'infection au virus de l'immunodéficience humaine.

Immunité

L'infection au virus de l'immunodéficience humaine ne confère aucune immunité. La présence d'anticorps n'est pas protectrice.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

◆ Habituelles

- Sérologie : jusqu'à l'âge de 18 mois, les anticorps de la mère peuvent encore être présents et une sérologie positive ne signifie pas que l'enfant est infecté.
- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN).
- Détection de l'antigène p-24.
- Culture virale pour VIH (pour diagnostic d'infection périnatale dans les premiers mois de vie).

◆ Exceptionnelles

Aucune.

Traitement

◆ Spécifique

Thérapie antirétrovirale selon certains critères cliniques, immunologiques et de laboratoire.

◆ De soutien

Prophylaxie des infections opportunistes, traitement des infections et des néoplasies.

◆ Prophylactique

Thérapie antirétrovirale à la suite d'une exposition à risque.

Particularités associées au service de garde

Aucun cas de transmission du VIH en service de garde n'a été rapporté dans la littérature mondiale. Un enfant infecté par le VIH ne représente pas un risque de transmission du virus aux autres enfants par les contacts de la vie courante (boire dans le même verre, donner une accolade, partager des jeux, utiliser le même siège de toilettes, etc.).

En service de garde, le seul liquide biologique avec lequel il faut prendre des précautions est le sang. Les larmes, la salive, l'urine, les sécrétions nasales, la sueur et les selles ne représentent aucun risque de transmission du VIH s'ils ne sont pas visiblement teintés de sang.

Pour plus d'information, voir le document Prévention des infections chez les personnes travaillant en service de garde à l'enfance incluant les stagiaires (2007).

Particularités associées à la femme enceinte

L'administration d'antirétroviraux, durant la grossesse et l'accouchement, aux femmes enceintes infectées par le VIH diminue considérablement le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Rien n'oblige les parents à divulguer l'état sérologique de leur enfant au service de garde. C'est aux parents qu'il revient de considérer les avantages (protection de l'enfant) et les inconvénients (discrimination, rejet) pouvant découler de leur décision.

Le droit de l'enfant et de ses parents à la confidentialité doit être respecté.

Mesures de contrôle

♦ **Sujet**

- Ne pas exclure le sujet pour la seule raison d'une infection au VIH.
- C'est le médecin traitant qui, en collaboration avec les parents, décide de la pertinence pour l'enfant infecté de fréquenter un service de garde. L'état du système immunitaire, le comportement de l'enfant, l'état général, les soins requis et la médication sont des facteurs à considérer.

♦ **Contacts**

- Aucune intervention n'est justifiée pour les contacts à moins d'une exposition significative à du sang. Dans un tel cas, diriger immédiatement la personne exposée vers son CSSS ou un centre hospitalier (selon l'organisation locale) afin d'évaluer la nécessité d'une prophylaxie post-exposition. Lorsqu'elle est indiquée, la prophylaxie post-exposition devrait être administrée dans les heures qui suivent l'exposition.
- Toute mesure visant à dépister le VIH chez les enfants ou le personnel susceptibles d'être infectés est à proscrire.

Environnement

Pratiques de base.

S'assurer que les mesures de prévention des maladies transmissibles par le sang sont appliquées au service de garde.

Voir le chapitre III, section « Contrôle de la transmission des infections ».

Suivi

Fournir au personnel toute l'information et tout le soutien nécessaires.

Organiser des séances d'information à l'intention des parents au besoin.

VIRUS DU NIL OCCIDENTAL (VNO)

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le virus du Nil occidental (VNO) est la cause d'une infection virale transmise aux humains par la piqûre d'un moustique (Culex) infecté. Il s'agit d'une infection récemment observée au Canada. Des cas sont dénombrés depuis 2002.

Tableau clinique

La majorité des cas sont asymptomatiques, surtout chez les enfants. Parmi ceux qui ont des symptômes, les manifestations les plus fréquentes sont la fièvre, les frissons, les myalgies et les céphalées. Un érythème peut aussi être présent, en particulier chez les enfants.

Complications

Rarement (moins de 1 % des cas), des complications neurologiques comme l'encéphalite, la méningite, la paralysie flasque peuvent se produire. Elles touchent le plus souvent les personnes de plus de 60 ans.

Durée de la maladie

L'infection dure en général une semaine, mais la fatigue et les malaises peuvent persister des semaines.

Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

Le virus est transmis par la piqûre d'un moustique (Culex) infecté. Les moustiques eux-mêmes s'infectent en se nourrissant du sang d'oiseaux infectés. Les moustiques sont plus actifs à l'aube et à la brunante. Rarement, l'infection peut être acquise à la suite d'une transfusion sanguine ou d'une greffe d'organe.

Transmission

Aucune transmission de personne à personne.

Période d'incubation

La période d'incubation dure entre 2 et 14 jours (et jusqu'à 21 jours chez les personnes immunosupprimées).

Période de contagiosité

Il n'y a pas de période de contagiosité.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'infection à VNO.

Immunité

La durée de l'immunité à la suite de la maladie est mal connue.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

- ◆ **Habituelles**
 - Tableau clinique.
 - Sérologie pour recherche d'anticorps (IgM).
- ◆ **Exceptionnelles**
 - Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN).

Traitement

- ◆ **Spécifique**
 - Il n'y a pas de traitement prouvé efficace.
- ◆ **De soutien**
 - Selon les symptômes.

Particularités associées au service de garde

Aucune.

Particularités associées à la femme enceinte

L'infection congénitale est possible, mais rare. Toute mère ayant fait une infection au VNO durant la grossesse doit être suivie par un obstétricien-gynécologue et le nouveau-né devrait être évalué.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

- ◆ **Sujet**
 - Ne pas exclure le sujet du service de garde.
- ◆ **Contacts**
 - Aucune.

Environnement

Éliminer tout endroit autour du service de garde où les moustiques peuvent se reproduire (ex. : bassin d'eau stagnante, vieux pneus, chaudières).

Voir le Protocole réglementé pour l'application d'insectifuge du ministère de la Famille et des Aînés (MFA) qui précise les mesures de protection contre les moustiques.

Suivi

Aucun.

YERSINIOSE

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La yersiniose est une maladie entérique causée par une bactérie du genre *Yersinia*, autre que *Yersinia pestis* (responsable de la peste). Il existe deux types de *Yersinia* responsables de cette condition chez l'humain : *Yersinia pseudotuberculosis* et *Yersinia enterocolitica*.

Le *Yersinia enterocolitica* est l'agent le plus fréquemment isolé chez les jeunes enfants.

Tableau clinique

La yersiniose est une maladie entérique aiguë qui se caractérise par de la diarrhée, des crampes abdominales et de la fièvre (surtout chez les jeunes enfants). Les enfants plus âgés et les jeunes adultes peuvent présenter une entérocolite ou une lymphadénite mésentérique pouvant être confondue avec une appendicite. Exceptionnellement il peut y avoir des infections plus localisées, telles pharyngite, méningite, ostéomyélite.

Complications

Chez les enfants de moins de 1 an mais surtout de moins de 3 mois, la bactériémie peut survenir. Toutefois, les complications liées à la yersiniose sont plus fréquentes chez les adultes, et il s'agit d'erythème noueux, d'arthrite réactive et de gloméruleonéphrite.

Durée de la maladie

La yersiniose dure habituellement moins d'une semaine.

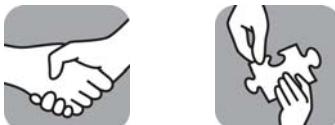
Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

La yersiniose s'acquierte à la suite de l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés (lait non pasteurisé, légumes non lavés, viande crue ou insuffisamment cuite, surtout le porc) ou de l'ingestion de la bactérie présente dans les selles d'animaux infectés – et plus rarement d'une personne infectée – et contaminant les mains les objets ou les surfaces. Une attention particulière devrait être portée à la manipulation d'intestins de porc.

Transmission

- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation dure habituellement de 4 à 6 jours, pouvant aller jusqu'à 14 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que la bactérie est excrétée dans les selles, c'est-à-dire pendant toute la durée de la maladie et jusqu'à deux à trois semaines après le début des symptômes. Elle peut se prolonger si elle est non traitée.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la yersiniose, mais c'est une maladie plus fréquente chez les enfants et plus grave chez les adolescents et les adultes.

Immunité

La yersiniose ne confère aucune immunité.

Il n'existe aucun vaccin.

Méthodes diagnostiques

♦ Habituelles

Culture de selles.

Note : Il pourrait être utile de préciser « Recherche de *Yersinia* » sur la requête pour s'assurer que le milieu de culture approprié est utilisé.

♦ Exceptionnelles

- Hémoculture.
- Culture du liquide synovial, péritonéal et adénopathies mésentériques.

Traitement

♦ Spécifique

- Dans les cas de gravité modérée ou complications, on recommande le traitement au TMP-SMX. Un traitement parentéral aux antibiotiques peut être indiqué. Le traitement diminue l'excrétion du micro-organisme, mais n'a généralement pas d'effet sur la symptomatologie intestinale.
- Les autres traitements sont les aminoglycosides, certaines céphalosporines et les fluoroquinolones (≥ 18 ans).

♦ De soutien

- Selon les symptômes, réhydratation électrolytique.
- Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués, particulièrement chez les enfants.

Particularités associées au service de garde

Aucune éclosion de yersiniose n'a été rapportée en service de garde à ce jour.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Au cours de l'enquête, on doit :

- téléphoner au service de garde dès la confirmation d'un cas;
- visiter le service de garde si on constate un nombre accru de cas de diarrhée;
- identifier les contacts et s'informer s'ils ont présenté des symptômes;
- vérifier si des animaux domestiques peuvent être une source d'infection;
- faire une enquête alimentaire si plusieurs cas apparaissent simultanément (voir la section « Intoxication alimentaire ») et vérifier s'il y a eu manipulation d'intestins de porc.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- Exclure le sujet jusqu'à la disparition de la diarrhée.
- Si le sujet prépare ou manipule des aliments, il peut réintégrer le service de garde 48 heures après la disparition des symptômes si les mesures d'hygiène recommandées sont bien suivies.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe que le sujet.
- Remettre une lettre aux contacts.
- Exclure les contacts qui présentent des symptômes jusqu'à la disparition de la diarrhée.
- Faire une culture de selles à quelques-uns d'entre eux si augmentation du nombre de cas de diarrhée dans le groupe.
- Si la culture est positive, appliquer les mêmes mesures que pour le sujet.
- Si la culture est négative, voir la rubrique « Mesures de contrôle » de la section « Diarrhée ».

Environnement

Renforcer les mesures d'hygiène dont le lavage des mains, le nettoyage et la désinfection des surfaces, y compris les jouets.

Réviser la technique de changement de couches, prioriser l'utilisation de couches jetables, lingettes à usage unique et de gants au besoin (voir le chapitre IV, section « Le changement de couches »).

Interdire à ceux qui préparent et qui servent les repas de changer les couches des nourrissons.

Suivi

Surveiller l'apparition de nouveaux cas jusqu'à la fin de l'écllosion s'il y a lieu.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Yersiniose

Chers parents,

Présentement, au service de garde, une personne souffre de yersinias. Cette maladie causée par une bactérie se manifeste par de la diarrhée, parfois de la fièvre, des vomissements et des douleurs abdominales qui peuvent être importantes.

La maladie peut se transmettre par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés (lait non pasteurisé, légumes non lavés, viande crue ou insuffisamment cuite, surtout le porc) ou par contact avec des animaux infectés. Plus rarement, la transmission se fera de personne à personne par les mains ou les objets contaminés (jouets). La transmission est favorisée par la présence d'enfants aux couches, car ceux-ci n'ont pas acquis d'habitudes d'hygiène et ils ont l'habitude de porter les objets à leur bouche. Le traitement consiste à réhydrater l'enfant et à administrer des antibiotiques au besoin.

- Votre enfant présente des symptômes. Nous vous demandons de le garder à la maison et de fournir un prélèvement de ses selles pour analyse. Veuillez retourner le prélèvement à : _____.
- Votre enfant présente des symptômes. Nous vous demandons de le garder à la maison.
- Si votre enfant présente des symptômes dans les jours qui suivent, nous vous demandons de le garder à la maison et de communiquer avec : _____.

Dans tous les cas, vous devez consulter un médecin si son état se détériore.

Nous vous informerons ultérieurement de la marche à suivre, s'il y a lieu.

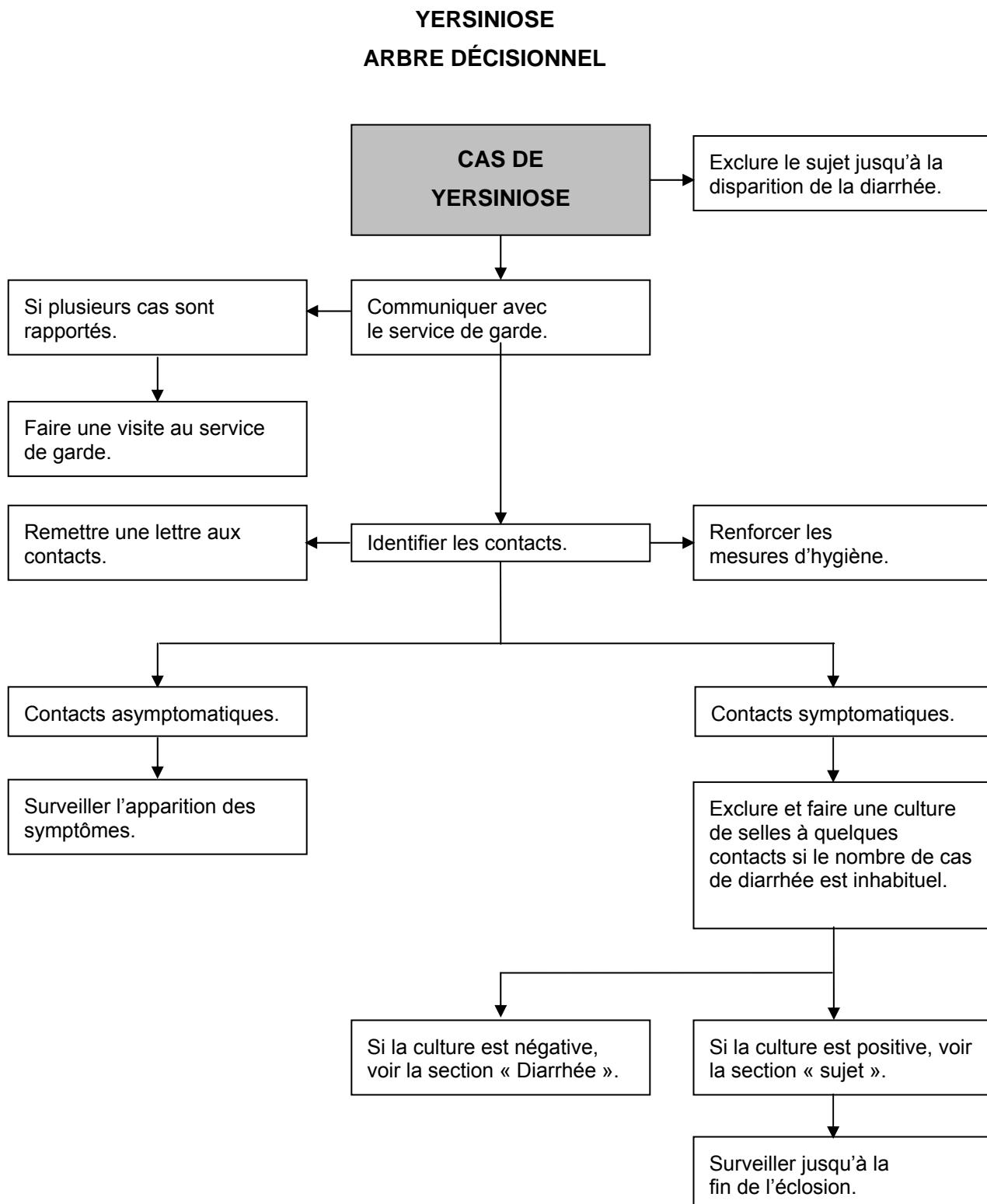
Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____



Chapitre VI

**CONDITIONS PARTICULIÈRES ASSOCIÉES AUX SERVICES
DE GARDE**

CONDITIONS PARTICULIÈRES ASSOCIÉES AUX SERVICES DE GARDE

LES ANIMAUX

Malgré qu'un animal puisse apporter beaucoup de plaisir aux enfants, la présence d'animaux dans les services de garde éducatifs à l'enfance n'est pas recommandée, et ce, en raison des caractéristiques de la population qui les fréquente, soit l'âge, le nombre, les habitudes d'hygiène et la fréquence de certains problèmes de santé, comme les allergies et l'asthme. D'ailleurs, l'article 109 du Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance interdit la présence d'animaux (y compris les poissons) dans les locaux où sont reçus les enfants, à l'exception des services de garde en milieu familial. Même si les services de garde en milieu familial ne sont pas visés par cette exigence réglementaire, le CPISGEQ considère que les enfants qui les fréquentent devraient bénéficier de la même protection que ceux qui fréquentent une installation (CPE ou garderie), et ne pas être exposés à la présence d'animaux. C'est pourquoi les bureaux coordonnateurs sont invités à se doter d'une politique restreignant la présence d'animaux dans les services de garde en milieu familial.

LE RISQUE ALLERGIQUE

Le risque le plus important que courrent les personnes exposées aux animaux est de développer une allergie. Celle-ci se manifeste notamment par de l'asthme, une rhinite et de l'urticaire. L'allergie aux animaux est fréquente et la prévalence du problème augmente avec l'âge. Alors que le pourcentage d'enfants âgés de moins de 4 ans présentant une allergie aux chats et aux chiens est de 12 %, la proportion passe à 30 % chez les adolescents.

Les pellicules, la salive, les plumes, les poils et les excreta des animaux peuvent tous être à l'origine du problème. Les allergènes protéiques venant des animaux sont facilement inhalés pour atteindre les bronches et en bout de ligne, provoquer de l'asthme. Cette atteinte des bronches peut prendre des années à se résorber après que l'environnement ait été contrôlé.

La présence d'animaux peut aussi sensibiliser des personnes qui n'étaient pas connues comme allergiques. Il y a donc un risque de sensibiliser non seulement les enfants mais aussi le personnel. L'asthme allergique attribuable aux animaux est actuellement reconnu par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) comme une maladie occupationnelle. Plusieurs personnes chez qui l'asthme occupationnel a été diagnostiqué ont dû réorienter leur carrière (vétérinaire, technicien de laboratoire où on travaille avec des animaux, infirmière dans des centres gériatriques où la zoothérapie avait été implantée).

Les animaux le plus souvent en cause sont les chats et les chiens. Mais il ne faut pas oublier les petits rongeurs, comme les hamsters, les lapins et les souris, ainsi que les oiseaux, en particulier les perruches, les perroquets et les tourterelles, qui peuvent provoquer des alvéolites allergiques évoluant à bas bruit et pouvant passer pour de l'asthme. La tarantule peut aussi être très allergène pour l'être humain. Lorsqu'elle est dérangée, la tarantule se défend en arrachant ses poils, qui ont un potentiel allergène, et les lance à son agresseur.

IL N'EXISTE PAS D'ANIMAUX AUXQUELS ON NE PEUT ÊTRE ALLERGIQUE. CETTE IDÉE EST VÉHICULÉE À TORT.

Le potentiel allergène d'un animal n'est pas nécessairement lié à sa taille. De plus, pour développer des symptômes allergiques aux animaux, un contact direct n'est pas nécessaire. Il suffit que des allergènes entrent en circulation dans l'air ambiant pour déclencher des symptômes chez des individus sensibles. Les enfants allergiques doivent donc absolument être dispensés des activités avec des animaux vivants.

LE RISQUE INFECTIEUX

La transmission d'infections par les animaux dans les centres de la petite enfance a été rarement rapportée dans la littérature scientifique. Cependant, le risque de contracter certaines zoonoses (maladie infectieuse d'un animal pouvant être transmise à l'homme), en particulier celles transmises par voie fécale-orale, est plus élevé chez les enfants à cause du type de contact qu'ils ont avec les animaux. Ces zoonoses sont véhiculées le plus souvent par les chats, les chiens et les tortues. Habituellement, l'animal à l'origine de l'infection semble en bonne santé.

Les zoonoses sont transmises par les selles ou l'urine (salmonellose, campylobactérose, la toxoplasmose, toxocarose et chorioméningite lymphocytaire), par contact cutané (dermatophytoses), par morsure (*Pasteurella multocida*) ou griffure (maladie de la griffure de chat) et par inhalation (psittacose). La littérature médicale rapporte qu'un chat utilisé aux fins de zoothérapie dans une unité de soins pour personnes âgées a déjà été à l'origine d'une épidémie de staphylocoques résistants aux antibiotiques.

Les tortues et les reptiles posent un problème majeur de salmonellose, car les aquariums sont souvent contaminés par des salmonelles. Aux États-Unis, on a démontré que jusqu'à 14 % des cas de salmonellose chez les humains pouvaient être imputables à des tortues domestiques. La plupart de ces cas se sont déclarés chez de jeunes enfants, à la suite de contacts avec des tortues ou avec l'eau de leur aquarium. Les salmonelles se retrouvent aussi chez d'autres animaux; elles contaminent jusqu'à 10 % des chiens et 50 % des oiseaux. La salmonellose sévit actuellement chez le sizerin flammé au Québec et chez le moineau en Nouvelle-Zélande. Il serait donc risqué d'installer une mangeoire pour oiseaux sur le terrain de jeu d'un service de garde, puisque les enfants pourraient être en contact avec des excréments contaminés.

De même, une série d'infections à *Escherichia coli* de type O157 : H7 (maladie du hamburger) a eu pour origine une visite à un zoo. Les chèvres et les moutons du zoo ont probablement été à la source de cette infection.

On a rapporté des cas de yersiniose chez des enfants d'âge scolaire qui avaient manipulé des lapins dans un laboratoire de biologie.

Environ 15 % des chiens adultes en bonne santé excrètent des œufs de *Toxocara* dans leurs selles.

Le *Tinea capitis* et le *Tinea corporis* sont des infections fongiques bénignes et relativement fréquentes qui peuvent être acquises à la suite de contacts avec des chiens ou des chats ayant des symptômes ou non. Relativement fréquentes chez l'humain, ces infections sont associées à l'animal dans 10 à 30 % des cas.

LE RISQUE DE BLESSURES

Les morsures sont les problèmes les plus fréquents causés par des animaux. Si les lésions sont souvent bénignes, elles peuvent s'infecter, être mutilantes et même, avoir une issue dramatique. Les chiens sont responsables de la majorité des morsures, suivis de loin par les chats. La moitié des cas de morsure se rapportent à des enfants. La majorité (90 %) des victimes connaissent l'animal responsable, et il s'agit du chien de la maison dans 30 % des cas.

EN RÉSUMÉ

Un service de garde n'est pas un milieu propice pour côtoyer des animaux. Il existe un risque pour les enfants et les personnes qui y travaillent comme pour l'animal. La revue qui précède nous permet d'affirmer que la présence permanente ou occasionnelle d'animaux domestiques ou d'animaux sauvages est à proscrire dans les services de garde. La visite d'un animal au service de garde, même brève, est aussi à proscrire, car il peut laisser sur place des allergènes protéiques qui resteront dans l'environnement pendant des semaines et qui causeront des allergies.

Le CPISGEQ favorise plutôt les contacts occasionnels au cours des sorties (au zoo, à la ferme). Des précautions et mesures d'hygiène doivent alors être prises car des cas de campylobactérose et d'infection à *Escherichia coli* de type O157 : H7 ont été rapportés dans ces circonstances.

PRÉCAUTIONS ET MESURES D'HYGIÈNE AU COURS D'UNE VISITE AU ZOO OU À LA FERME

Le lavage des mains à l'eau et au savon est primordial :

- en quittant le lieu d'exposition des animaux;
- avant de préparer la nourriture;
- avant de manger ou de boire.

En l'absence d'eau et de savon, un rince-mains alcoolisé peut être utilisé.

Il est recommandé d'éviter tout contact direct avec les animaux et leur environnement. À cette fin, il faut :

- assurer une supervision étroite de tout enfant de moins de 5 ans;
- transporter les plus jeunes dans les bras d'un adulte ou dans leur poussette pour éviter que leurs mains ne se contaminent;
- observer les animaux derrière une barrière ou une clôture;
- éviter de manger ou de boire dans les limites du lieu d'exposition;
- éviter que les enfants ne transportent de la nourriture, une boisson (ex. : dans des biberons, des verres à bec), une tétine ou des jouets, dans le but d'éviter qu'ils portent les mains à la bouche;
- éviter que l'enfant ne suce son pouce lorsqu'il est dans les limites du lieu d'exposition;
- éviter de donner aux enfants de la nourriture qu'ils pourraient avoir envie de partager avec les animaux. La nourriture donnée aux animaux devrait être celle fournie ou vendue par l'exposant;
- éviter de donner aux enfants des boissons ou des aliments non pasteurisés (lait, jus ou fromage).

Dans tous les cas, on prendra soin, au préalable, de bien informer les parents des risques inhérents à de telles visites. Si leur enfant est allergique ou asthmatique, ils pourront décider de le garder à la maison ou d'ajuster son traitement en conséquence.

LA BAIGNADE

LES BÉNÉFICES ASSOCIÉS À LA BAIGNADE

Que ce soit en milieu naturel, en piscine ou en bassin artificiel (voir glossaire), la baignade est une activité des plus profitables, tant du point de vue du bien-être que de l'activité physique. Au Québec, près d'une personne sur deux s'y adonne, et elle doit être encouragée auprès des jeunes, pour autant qu'elle se pratique dans un environnement adéquat et sécuritaire.

LES RISQUES À LA SANTÉ LIÉS À LA BAIGNADE

1. Le risque de noyade

Le risque à la santé le plus important est sans contredit la noyade. Près d'une centaine de personnes se noient chaque année au Québec, en majorité dans les plans d'eau naturels. La noyade en piscine survient, neuf fois sur dix, en piscine résidentielle.

Il faut toujours s'assurer d'une surveillance étroite et constante des baigneurs et de la présence d'un sauveteur. S'assurer aussi que les enfants comprennent les règles de sécurité et les respectent.

2. Les risques infectieux

En milieu naturel, la contamination du lieu de baignade est attribuable à diverses sources. Que ce soit par l'élevage, l'engrais de ferme, les eaux usées municipales, les fosses septiques, l'affluence des baigneurs, la présence d'animaux, l'eau est le plus souvent contaminée par des matières fécales. En piscine ou en bassin artificiel, la contamination vient surtout des baigneurs et est habituellement le résultat d'une mauvaise hygiène ou d'un accident fécal.

Les agents infectieux peuvent être des parasites, des bactéries et des virus. Ils peuvent causer des gastroentérites (ex. : *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Giardia*, *Cryptosporidium*, norovirus), des infections de la peau, des oreilles ou des yeux (ex. : *Pseudomonas*, *Staphylococcus aureus*) ou des atteintes hépatiques (hépatite A). La transmission des infections peut se faire par l'ingestion d'eau, ou par contact de la peau ou des muqueuses avec l'eau.

D'autres pathogènes peuvent être présents particulièrement sur les lieux de baignade, dont le molluscipoxvirus responsable du *Molluscum contagiosum* au cours d'échange d'objets contaminés (serviette, ceinture de flottaison), le papillomavirus qui cause des verrues, ou encore un champignon, dont le *Trichophyton*, responsable du pied d'athlète et du *Tinea corporis*.

2.1 La dermatite du baigneur

En milieu naturel, même en eau de bonne qualité, il peut y avoir présence de cercaires, des parasites d'oiseaux aquatiques et d'escargots responsables de la dermatite du baigneur. Lorsque libérées dans l'eau, les cercaires peuvent infecter les baigneurs en pénétrant la peau. Il en résulte des lésions bénignes sous forme de plaques rouges ressemblant à des piqûres d'insecte qui causent des démangeaisons et qui peuvent s'infecter en raison du grattage.

- Mesures de prévention :

- Réduire à quelques minutes le temps de baignade.
- Se sécher immédiatement après la baignade en se frottant avec une serviette. Cette action limite la pénétration du parasite dans la peau.
- Éviter les plans d'eau où des cas de dermatite du baigneur sont rapportés.
- Ne pas nourrir les oiseaux aquatiques.
- En cas d'atteinte, éviter de gratter et utiliser au besoin une crème ou une lotion contre les démangeaisons pour soulager le désagrément.
- Consulter un médecin ou le CLSC si les symptômes persistent.

2.2 Les cyanobactéries

Les cyanobactéries, souvent appelées algues bleues, sont des micro-organismes pouvant donner une coloration bleu-vert ou rougeâtre à l'eau ou former des fleurs d'eau et de l'écume sur les rives. Les effets sur la santé sont causés par l'ingestion d'eau contenant des toxines produites par les cyanobactéries. Les symptômes seront des maux de ventre, de la diarrhée et des vomissements. De plus, le contact avec les cyanobactéries dans l'eau peut entraîner de l'irritation au niveau de la peau, du nez, de la gorge et des yeux.

- Mesures de prévention :

- o Ne pas se baigner si la présence de cyanobactéries a été signalée dans le plan d'eau.
 - o Respecter les avis diffusés par les autorités de santé publique.

3. Les risques chimiques

L'utilisation de désinfectants pour le contrôle des risques microbiologiques est nécessaire en piscine et en bassin artificiel. Mal utilisés, ils peuvent causer la formation de produits ayant des effets irritants aux voies respiratoires, aux yeux, au nez et à la gorge. C'est le cas des chloramines produites pendant la réaction du chlore avec la matière organique. Le respect des normes établies par le Règlement sur la qualité de l'eau des piscines et autres bassins artificiels permet d'éviter de tels problèmes. Si plusieurs enfants toussent à la piscine ou se plaignent d'effets irritatifs, c'est peut-être dû à un mauvais traitement de l'eau. Éviter la baignade dans cet endroit et demander à l'exploitant de la piscine que des vérifications soient faites.

LA QUALITÉ DE L'EAU DE BAIGNADE

Que ce soit en milieu naturel ou en piscine, la qualité de l'eau de baignade du lieu fréquenté doit être connue.

- En milieu naturel, le programme Environnement-plage du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs permet de connaître la qualité bactériologique de certains lieux de baignade s'ils sont inscrits au programme. L'analyse des coliformes fécaux ou Escherichia coli est utilisée comme indicateur de la qualité de l'eau. La cote A est attribuée à une eau d'excellente qualité, la cote B à une eau de bonne qualité, C lorsque la qualité de l'eau est passable et D lorsqu'une plage est polluée.
- En piscine ou bassin artificiel avec recirculation d'eau, le Règlement sur la qualité de l'eau des piscines et autres bassins artificiels fixe les exigences de surveillance et de qualité d'eau. Le responsable d'une piscine ou d'un bassin artificiel accessibles au public, donc aux services de garde à l'enfance, doit vérifier quotidiennement la concentration en désinfectant résiduel ainsi que d'autres paramètres de qualité, et ce, à différents moments de la journée. Les échantillonnages pour l'analyse des coliformes fécaux, indicateurs d'une contamination fécale, doivent pour leur part être prélevés aux deux semaines dans les bassins intérieurs et aux quatre semaines dans les bassins extérieurs. Il ne doit pas y avoir présence de bactéries d'origine fécale.

En cas d'accident fécal ou vomitif, le responsable doit faire évacuer sans tarder le bassin et augmenter les concentrations en chlore résiduel libre selon les spécifications du Règlement sur la qualité de l'eau des piscines et autres bassins artificiels. Le temps de fermeture du bassin doit être d'une demi-heure pour les accidents avec selles solides ou vomissements, et d'au moins huit heures pour les accidents avec selles liquides.

- En bassin artificiel sans système de recirculation d'eau; pour les pataugeoires sans système de recirculation d'eau, le responsable du service de garde doit vider le bassin chaque jour et le désinfecter avant de le remplir pour l'utiliser de nouveau. Il doit faire de même si un enfant vomit ou défèque dans le bassin.

Pour désinfecter le bassin :

- vider le bassin;
- enlever toute matière organique;

- nettoyer le bassin avec une eau légèrement savonneuse si nécessaire;
- rincer le bassin avec de l'eau;
- désinfecter avec une solution d'eau chlorée à 50 mg/l (ou dilution 1 : 1 000). Pour préparer cette solution, diluer environ une cuillérée à thé d'eau de Javel à 5 % dans cinq litres d'eau. Toutefois, à la suite d'un accident fécal ou vomitif, la désinfection devrait se faire avec une solution d'eau de Javel plus concentrée, soit 1 : 100. La solution d'eau de Javel doit être préparée quotidiennement. D'autres produits désinfectants certifiés peuvent être utilisés, pourvu qu'ils le soient conformément aux directives du fabricant;
- utiliser une vadrouille ou un linge propres pour frotter le bassin et terminer en enlevant l'excès de solution chlorée accumulée au fond;
- attendre 30 minutes avant de remplir de nouveau le bassin avec de l'eau potable.

LES MESURES D'HYGIÈNE ET DE PRÉCAUTION

- En milieu naturel
 - Choisir de préférence les plages où l'eau est analysée et est de qualité excellente ou bonne (cote A ou B). L'information est diffusée sur le site Internet [<http://www.mddep.gouv.qc.ca/programmes/env-plage/index.htm>].
 - Aviser les enfants de ne pas avaler d'eau.
 - Éviter la baignade si un enfant présente une plaie importante ou récente (blessure ou brûlure), et ce, quelle que soit la qualité de l'eau. Attendre la guérison de la plaie pour reprendre les activités de baignade.
 - Les personnes immunosupprimées devraient consulter leur médecin avant de pratiquer une activité de baignade.
- En piscine ou bassin artificiel avec ou sans système de recirculation d'eau
 - Ne pas fréquenter le lieu de baignade si un enfant ou un membre du personnel souffre de diarrhée ou d'une autre maladie transmissible par la baignade.
 - Éviter d'avaler l'eau.
 - Avant l'activité, prendre une douche savonneuse si baignade en piscine intérieure, ou une douche non savonneuse si baignade en milieu extérieur (le savon aurait pour effet d'éliminer la protection des crèmes solaires contre les rayons ultraviolets).
 - Porter le bonnet de bain.
 - Aller régulièrement aux toilettes et se laver les mains par la suite.
 - Faire porter une couche spéciale aux enfants qui ne sont pas encore propres et la vérifier souvent.
 - Changer les couches dans les endroits prévus à cette fin, et non aux abords de la piscine ou du bassin. Se laver les mains par la suite.
 - Éviter la piscine ou le bassin en présence de lésions actives de Tinea Pedis (pied d'athlète), sauf s'il est possible de porter des souliers de baignade, ou de Tinea corporis, à moins que les lésions puissent être recouvertes.
 - Porter des sandales dans les douches et les salles de bain.
 - En cas d'accident fécal ou vomitif dans le bassin, cesser immédiatement la baignade et aviser le responsable du bassin.
 - En cas d'insalubrité des surfaces ou des installations sanitaires, aviser le responsable du bassin.
 - Les personnes immunosupprimées devraient consulter leur médecin avant de pratiquer une activité de baignade.

LES ENFANTS IMMUNOSUPPRIMÉS

On considère comme immuno-supprimés les enfants souffrant d'un déficit congénital de l'immunité humorale ou cellulaire, d'une infection par le VIH avec atteinte du système immunitaire, ceux qui reçoivent un traitement immuno-supresseur pour contrôler une maladie inflammatoire (y compris une corticothérapie), les enfants atteints d'une néoplasie ou encore, ceux qui ont subi une greffe d'organe ou de moelle osseuse. En outre, l'enfant asthmatique peut, à l'occasion, être contraint de prendre, pendant plus de 14 jours, des corticostéroïdes à des doses élevées qui peuvent influencer sa capacité de défense contre les infections. Un tel enfant court davantage de risques de contracter une maladie infectieuse dans un milieu de garde, puisqu'il augmente ses contacts avec d'autres enfants, porteurs potentiels d'agents infectieux.

La varicelle est la maladie infectieuse que l'enfant immuno-supprimé risque le plus de contracter et chez lui, elle peut être mortelle. L'instauration du programme de vaccination provincial contre la varicelle permettra certainement de réduire l'incidence de ce problème. Ainsi, les parents de tout enfant immuno-supprimé qui fréquente un service de garde doivent connaître son état immunitaire par rapport à cette maladie. Si leur enfant n'est pas protégé, ils doivent en informer le service de garde qui les avisera lorsqu'un cas de varicelle se déclarera, afin qu'un traitement préventif approprié puisse être amorcé à temps.

De même, les parents des enfants asthmatiques doivent être informés de l'importance de la vaccination contre la varicelle, et être avisés si un cas de varicelle se déclare au service de garde. Si leur enfant fait une crise d'asthme nécessitant l'utilisation de corticostéroïdes par voie systémique, ils doivent savoir si celui-ci peut se trouver en période d'incubation de la varicelle. Le médecin pourrait alors décider de ne pas utiliser de corticostéroïdes.

On peut administrer le vaccin contre la varicelle à certaines personnes immuno-supprimées si le médecin traitant, qui connaît bien le degré d'immuno-suppression de son patient, décide que c'est pertinent et sécuritaire. Il en va de même pour les autres vaccins vivants. Tous les vaccins inactivés (non vivants) sont sécuritaires, mais selon le type et le degré de l'immuno-suppression, leur efficacité peut être réduite.

Pour ce qui est des infections respiratoires et entériques, le risque de les contracter varie selon l'agent infectieux et le type d'immuno-suppression qui touchent l'enfant. Le médecin traitant est la personne la plus à même de conseiller les parents quant à la fréquentation du service de garde.

L'enfant souffrant d'anémie falciforme (hémoglobinopathie génétique particulièrement fréquente chez les individus d'origine africaine) est immuno-supprimé en raison de son asplénie fonctionnelle. Les infections causées par des bactéries encapsulées (pneumocoque, salmonelle, *Haemophilus influenzae*, entre autres) sont particulièrement dangereuses pour lui. Il doit recevoir tous les vaccins du calendrier vaccinal régulier ainsi que le vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque et le vaccin quadrivalent conjugué contre le méningocoque. Il doit consulter le médecin et recevoir des antibiotiques par voie parentérale dès qu'il présente de la fièvre. La fréquentation du service de garde n'accroît que très peu le risque d'infection avec des bactéries encapsulées, mais il est certain que le nombre d'épisodes fébriles risque d'être accru. Bien que la plupart de ces infections soient d'origine virale, l'enfant devra recevoir des antibiotiques par voie parentérale à chaque épisode de fièvre au cas où cette fièvre soit secondaire à une infection bactérienne.

LES INFECTIONS RESPIRATOIRES ET LES ENFANTS SOUFFRANT DE MALADIE CARDIAQUE OU PULMONAIRE OU NÉS PRÉMATURÉMENT

Les enfants souffrant de cardiopathie congénitale, de maladie pulmonaire chronique ou nés prématurément courent plus de risques de développer des complications secondaires à certaines infections respiratoires. C'est particulièrement vrai pour les enfants de moins de 2 ans, surtout s'il s'agit du virus respiratoire syncytial, responsable des bronchiolites. On recommande parfois d'administrer des traitements préventifs d'anticorps monoclonaux intramusculaires à certains de ces enfants.

L'influenza peut être plus grave chez ces enfants, et la vaccination de l'entourage et de l'enfant lui-même au début de la saison contribuera probablement à diminuer le risque. Si des contacts d'influenza sont documentés, le médecin traitant devrait en être avisé afin qu'une prophylaxie ou une thérapie antivirale soit prescrite, le cas échéant. On peut diminuer le risque d'infection respiratoire en limitant le nombre de contacts avec d'autres enfants au moment où les virus circulent. Les parents devraient consulter le médecin traitant de l'enfant pour savoir s'il convient de retirer l'enfant du service de garde, ou de choisir un service de garde en milieu familial ou de plus petite taille.

Il est donc très important que les parents ayant un enfant atteint d'une maladie chronique s'informent auprès de leur médecin traitant du risque lié à la fréquentation d'un service de garde et des mesures susceptibles de diminuer ce risque.

Par ailleurs, les services de garde doivent s'assurer de bien informer les parents des infections qui peuvent avoir cours, en particulier la varicelle, les bronchiolites et l'influenza.

LA FIÈVRE

LA FIÈVRE ET L'HYPERTHERMIE

Durant la journée, la température corporelle varie selon un horaire prévisible appelé « cycle circadien ». Elle est au plus bas vers 6 h, et au plus haut entre 16 et 18 h. L'enfant est considéré comme fiévreux si sa température rectale ou tympanique est à plus de 38 °C (100,4 °F) ou si sa température orale est à plus de 37,5 °C (99,5 °F).

La fièvre consiste en une élévation de la température corporelle à des valeurs supérieures aux variations du cycle circadien. Cette élévation est secondaire à un signal émis par le centre thermorégulateur situé dans l'hypothalamus antérieur. La fièvre répond à l'administration d'antipyrétiques.

L'hyperthermie est une élévation de la température corporelle au-dessus de la valeur fixée par le centre thermorégulateur causée par une production excessive de chaleur et associée à une incapacité de la perdre. L'hyperthermie ne répond pas à l'administration d'antipyrétiques.

L'hyperpyrexie, définie comme une température corporelle de 41 °C ou plus, peut causer des troubles neurologiques ou des arythmies cardiaques fatales.

LES CAUSES DE LA FIÈVRE ET DE L'HYPERTHERMIE

La fièvre est en général la réponse de l'hôte à une infection. La fièvre peut aussi être causée par une néoplasie, une maladie inflammatoire, une collagénose, etc.

L'hyperthermie peut être causée par une exposition à la chaleur (coup de chaleur) ou par une production excessive de chaleur (hyperthyroïdie) associée à une incapacité de la perdre.

LA RÉGULATION DE LA TEMPÉRATURE CORPORELLE

Les micro-organismes et leurs toxines sont des pyrogènes exogènes qui provoquent la production de pyrogènes endogènes, des polypeptides engendrés par les macrophages et les monocytes. Ces pyrogènes endogènes passent dans la circulation systémique et, par leur action sur l'hypothalamus, provoquent une chaîne de réactions menant à l'élévation de la température corporelle.

Le noyau préoptique de l'hypothalamus est responsable de la thermorégulation de l'organisme. Dans des conditions normales, ce thermostat maintient l'organisme à une température de 37 °C. En présence d'une infection, le thermostat est réglé à un niveau plus haut, en réaction à la production de prostaglandines. Le centre thermorégulateur envoie alors des signaux au cortex cérébral et une impression de frilosité est ressentie, ce qui incite à des comportements favorisant la production et la préservation de chaleur : port de vêtements, frissons, vasoconstriction périphérique, etc.

L'IMPORTANCE DE PRENDRE LA TEMPÉRATURE

Avant de considérer un enfant comme fiévreux, il est important de bien prendre sa température. Nous vous référons au protocole réglementé pour l'administration d'acétaminophène qui décrit les différentes façons de prendre la température selon l'âge de l'enfant.

LE DANGER DE LA FIÈVRE

Aucune étude clinique ne démontre la nécessité de contrôler la fièvre, sauf en cas d'hyperpyrexie. La fièvre est un symptôme, non une maladie. Elle constitue un mécanisme normal de défense et n'est pas dangereuse. La présence de fièvre indique presque toujours une infection causée par un virus ou une bactérie.

Pour juger de la gravité de la maladie, on doit considérer le degré de fièvre, l'état général de l'enfant et les autres symptômes qu'il présente. Très souvent, une forte fièvre, par exemple 40 °C (104 °F), baissera aussi vite qu'elle est montée si le processus sous-jacent n'est pas grave. Si la fièvre est accompagnée de

symptômes tels que la somnolence, l'irritabilité ou des vomissements, on devrait consulter immédiatement un médecin, surtout si l'enfant a moins de 6 mois.

LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE

La fièvre en elle-même ne nuit pas à la santé de l'enfant; ce dernier se sentira mieux et sera moins irritable si sa température est plus basse.

Les méthodes physiques de contrôle de la température, comme les bains d'éponge à l'eau tiède, la ventilation et les bains d'eau froide ne sont pas recommandés car ils ne sont pas efficaces et augmentent l'inconfort de l'enfant en provoquant chez lui des frissons et la chair de poule. Il ne faut jamais donner de bain d'éponge à l'alcool.

Ces méthodes physiques de contrôle de la température ne sont indiquées qu'en présence d'hyperthermie, c'est-à-dire une augmentation de la température corporelle attribuable à l'environnement.

Le contrôle de la fièvre d'origine infectieuse se fait au niveau du thermostat par inhibition de la synthèse des prostaglandines. Les antipyrétiques les plus utilisés pour contrôler la fièvre sont l'acétaminophène et l'ibuprofène. L'aspirine ne doit pas être utilisée pour contrôler la fièvre chez l'enfant en raison de son association avec le syndrome de Reye. L'acétaminophène et l'ibuprofène ont tous deux un profil d'efficacité et d'innocuité satisfaisant. Ces deux médicaments n'agissent pas de la même façon pour contrôler la température : l'ibuprofène est de la classe des anti-inflammatoires non stéroïdiens et l'acétaminophène est un analgésique antipyrétique sans propriétés anti-inflammatoires. Puisqu'on dispose de plus de données sur l'innocuité de l'acétaminophène, on recommande d'utiliser de préférence ce médicament dans la prise en charge de la fièvre. Pour plus d'information, voir le protocole réglementé pour l'administration d'acétaminophène.

Lorsque la température rectale s'élève au-dessus de 38,5 °C (101,3 °F), on peut traiter l'enfant, afin de le soulager. Si la fièvre atteint 40 °C (104 °F), il est préférable de déshabiller l'enfant. Pour éviter qu'il ne se déshydrate, on lui donnera souvent à boire : du lait, de l'eau ou du jus, selon son âge. En été, il faut aérer la pièce en ouvrant les fenêtres. La température de la pièce ne doit pas dépasser 21 °C (70 °F), et le degré d'humidité doit se situer entre 30 et 50 %.

Il faut communiquer immédiatement avec les parents pour une consultation médicale si l'enfant fébrile :

- est particulièrement irritable;
- est très endormi, léthargique ou indifférent;
- présente une respiration sifflante ou une toux persistante;
- est âgé de moins de 6 mois;
- a une éruption cutanée;
- présente des vomissements;
- manifeste d'autres symptômes qui vous inquiètent.

L'enfant peut cependant continuer de fréquenter le service de garde s'il se sent assez bien pour participer aux activités.

LA FEMME ENCEINTE

En ce qui concerne les femmes enceintes, ce sont les mères de jeunes enfants et les travailleuses en service de garde qui sont les plus exposées aux infections susceptibles de présenter des risques pour le fœtus.

Les virus le plus souvent en cause sont le cytomégalovirus (CMV), ceux de la rubéole, de la rougeole et de la varicelle, ainsi que le parvovirus. Quant aux autres agents infectieux, le risque pour le fœtus demeure négligeable.

Au Québec, la Loi sur la santé et la sécurité du travail, en vertu de laquelle est instauré le programme Pour une maternité sans danger (PMSD), permet le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou sa réaffectation lorsqu'il y a risque pour son fœtus. Les responsables d'un service de garde en milieu familial étant travailleuses autonomes, elles ne peuvent recourir au PMSD, mais elles sont invitées à se donner des conditions de travail qui diminueront les risques.

CYTOMÉGALOVIRUS

Entre 10 et 70 % des enfants en service de garde excrètent le cytomégalovirus (CMV), surtout dans l'urine et la salive, et ils peuvent le transmettre à leur mère et à leurs éducatrices. C'est particulièrement vrai pour les enfants âgés de moins de 36 mois. Les mères et les éducatrices qui s'occupent de ces enfants présentent un risque de contracter l'infection de dix à vingt fois plus élevé que la population générale.

Les femmes les plus à risque sont celles qui n'ont jamais été infectées et qui n'ont pas d'anticorps contre le CMV. Cependant, même celles qui en ont développé ne sont pas à l'abri d'une réinfection ou d'une réactivation du virus.

Le taux de séroconversion au cours d'une année chez les travailleuses en service de garde est de l'ordre de 8 à 20 %. La possibilité d'une infection pendant les premiers mois de la grossesse est donc élevée. Dans 1 à 5 % de ces cas, un enfant pourra naître avec des signes cliniques d'infection congénitale à CMV.

La Loi sur la santé et la sécurité du travail permet de retirer une éducatrice du milieu de garde dès le début de sa grossesse (indépendamment de son état sérologique à l'égard du CMV), lorsqu'elle ne peut être affectée à des tâches présentant moins de risques.

Les responsables en service de garde en milieu familial qui ne peuvent bénéficier du PMSD ou les femmes qui planifient une grossesse et qui sont en contact avec de jeunes enfants fréquentant un service de garde doivent appliquer rigoureusement les mesures d'hygiène, notamment le lavage des mains, après avoir été en contact avec l'urine ou la salive des enfants. Éviter de porter à la bouche tout objet entrant en contact avec la salive des enfants. On a par ailleurs démontré que les femmes enceintes bien informées de l'épidémiologie du CMV sont suffisamment motivées pour suivre les recommandations qui s'appliquent à elles et, ce faisant, elles n'acquièrent pas l'infection.

RUBÉOLE

Le virus de la rubéole cause des malformations congénitales lorsqu'il infecte le fœtus dans les vingt premières semaines de la grossesse. On peut prévenir facilement cette maladie par la vaccination. Toute femme en âge de procréer devrait savoir si elle est protégée contre ce virus, soit parce qu'elle a reçu le vaccin, soit à la suite de la production d'anticorps consécutive à une infection (ce qui peut être vérifié par un prélèvement sanguin). La vaccination recommandée n'est pas la même pour tous les pays, d'où l'importance de vérifier le statut vaccinal de toutes les travailleuses avant la grossesse.

ROUGEOLE

Le virus de la rougeole est associé à un plus grand nombre d'avortements spontanés, d'accouchements prématurés et de naissances d'un bébé de petit poids. On peut facilement prévenir la maladie par la vaccination. Le vaccin est recommandé aux travailleuses en service de garde (voir le PIQ). Le risque de contracter la rougeole est très faible dans un service de garde où la vaccination des enfants est à jour. La vaccination recommandée n'est pas la même pour tous les pays, d'où l'importance de vérifier le statut vaccinal de toutes les travailleuses avant la grossesse.

VARICELLE

En début de grossesse, la varicelle peut, dans de rares cas, causer de sérieuses malformations du fœtus. Or, cette maladie touche fréquemment les services de garde et peut survenir à n'importe quel moment de l'année.

Tout adulte qui n'a pas fait la varicelle ou qui n'a pas d'anticorps contre cette maladie devrait se faire vacciner, en particulier s'il travaille dans un service de garde.

Une femme qui n'a jamais développé la maladie ou qui n'a pas d'anticorps contre cette maladie et qui n'a pas été vaccinée risque de contracter la varicelle lorsqu'elle travaille auprès des enfants, et de la transmettre à son fœtus. Le retrait préventif ou la réaffectation des travailleuses enceintes sont donc recommandés dans ces cas.

PARVOVIRUS OU ÉRYTHÈME INFECTIEUX

Le parvovirus est la cause de la cinquième maladie (ou érythème infectieux), une affection bénigne chez l'enfant, mais qui peut être dommageable pour le fœtus (avortement spontané, *hydrops foetalis*) si la mère contracte l'infection durant sa grossesse. La maladie est plus fréquente chez les enfants d'âge scolaire.

Lorsqu'une éclosion se produit dans un service de garde, de 9 à 31 % des éducatrices non immunes feront l'infection. Le risque de décès du fœtus est estimé entre 2 et 6 %.

Si une femme enceinte travaille dans un service de garde où un cas d'infection à parvovirus est déclaré, elle devrait passer un test sanguin. À défaut d'anticorps contre le virus, la réaffectation ou le retrait préventif sont recommandés.

EN CONCLUSION

La travailleuse en service de garde qui prévoit avoir un enfant devrait s'assurer qu'elle est bien protégée contre la rubéole, la rougeole et la varicelle, et devrait connaître son statut immunitaire contre le CMV et le parvovirus (IgG). Au Québec, en cas de risque pour la mère ou son fœtus, la Loi sur la santé et la sécurité du travail stipule que la travailleuse enceinte doit être affectée à des tâches qui écartent tout danger pour elle et pour l'enfant à venir. Si cela s'avère impossible, le retrait préventif sera indiqué, et ce, dès le début de la grossesse.

Pour les femmes enceintes non admissibles au retrait préventif ou pour les mères des enfants en service de garde, il faut s'assurer que des mesures d'hygiène strictes sont appliquées. De façon générale, éviter de porter à la bouche tout objet entrant en contact avec la salive des enfants et se laver les mains soigneusement après chaque changement de couche. Par ailleurs, une affection auprès d'enfants âgés de 3 ans ou plus serait de nature à diminuer les risques.

LE LAIT MATERNEL ET LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE

Le lait maternel comporte plusieurs avantages pour l'enfant :

- facile à digérer, il entraîne moins de régurgitations, de malaises gastriques en tout genre et de constipation chez l'enfant;
- comme il contient des anticorps sécrétaires, des leucocytes et autres substances qui peuvent agir efficacement contre les virus, bactéries et parasites, l'enfant court moins de risques de contracter des maladies infectieuses;
- selon certaines études, il serait associé à une diminution de l'incidence du syndrome de mort subite du nourrisson;
- il semble être associé à une diminution de l'obésité, du diabète des types 1 et 2 et des allergies.

Ces bénéfices justifient les recommandations d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie suivi de l'allaitement mixte avec des aliments complémentaires jusqu'à l'âge de 2 ans diffusées par la Société canadienne de pédiatrie, Santé Canada et l'Organisation mondiale de la santé.

En 2006, les taux d'allaitement provincial standardisés étaient de 85,6 % à la naissance et de 46,7 % à l'âge de 6 mois. Plusieurs mères peuvent continuer d'allaiter avec succès après la reprise du travail ou le retour aux études, grâce à l'appui de leur milieu de travail et de l'environnement social, y compris les services de garde à l'enfance. Ces derniers devraient :

- offrir aux mères un endroit confortable où elles peuvent allaiter ou extraire leur lait;
- accepter de donner à l'enfant le lait que la mère a préalablement extrait en prévision des besoins de l'enfant pour la journée;
- prévoir un endroit réfrigéré pour conserver le lait maternel.

Avec près de 50 % d'allaitement à l'âge de 6 mois, les services de garde seront de plus en plus amenés à nourrir un enfant avec un biberon de lait maternel.

LA MANIPULATION DU LAIT MATERNEL

La manipulation du lait maternel ne comporte aucun risque pour le personnel des services de garde. Aucune précaution additionnelle n'est nécessaire, ni lorsqu'on donne le lait à l'enfant, ni lorsqu'on ramasse les dégâts. Le port de gants n'est donc pas requis. Toutefois, comme le lait maternel est un vecteur potentiel de certains virus, il est important de prendre des précautions, par exemple afin d'éviter les erreurs de destinataires.

Certaines précautions doivent être prises pour éviter de contaminer le lait maternel. Le lavage des mains est très important avant toute manipulation du lait humain. De plus, une conservation et une méthode de réchauffement adéquates du lait peuvent aussi prévenir sa contamination.

LE TRANSPORT DU LAIT MATERNEL

Le lait maternel devrait être transporté de la maison au service de garde dans une boîte à lunch isolante avec sac réfrigérant pour le garder au frais.

LA CONSERVATION DU LAIT MATERNEL

Voici les consignes recommandées pour une conservation optimale du lait.

- Les parents doivent apporter au service de garde un biberon propre identifié au nom de l'enfant, prêt à être donné. Il faut éviter que les éducatrices aient à transvider le lait maternel.
- Fermer solidement le biberon avec un couvercle étanche. La tétine d'un biberon n'est pas un couvercle adéquat parce qu'il n'est pas assez étanche pour éviter la contamination.
- Réfrigérer le lait dès son arrivée. Il peut être conservé au réfrigérateur ou au congélateur avec les autres aliments.

- Conserver le lait dans une boîte (ou un autre contenant) qui devra être nettoyée régulièrement.
- Jeter le lait qui est dans un contenant souillé ou qui a été à la température de la pièce pendant plus d'une heure.
- Jeter toute quantité résiduelle de lait qui aurait été réchauffée depuis plus d'une heure.
- Jeter le lait décongelé depuis plus de 24 heures.
- Jeter les biberons de lait maternel non identifiés.
- Respecter les durées de conservation suivantes :

	TEMPÉRATURE DE LA PIÈCE	RÉFRIGÉRATEUR	CONGÉLATEUR
Lait maternel frais	4 heures à 25°C (77°F) 8 heures à 19-22°C (66-72°F)	3 à 5 jours à 4°C (39°F)	3 à 4 mois (congélateur du réfrigérateur) 6 mois (congélateur coffre)
Lait maternel décongelé	1 heure	24 heures	Ne pas recongeler

Température du réfrigérateur : 1 °C à 4 °C

Température du congélateur : -20 °C à ±2 °C

ÉTIQUETAGE

Chaque milieu de garde doit s'assurer que les contenants sont bien identifiés au nom de l'enfant. La date de l'extraction, et la date et l'heure de décongélation le cas échéant, doivent être indiquées. C'est très important pour éviter les erreurs. L'étiquette doit demeurer en place et lisible au contact de l'eau utilisée pour réchauffer le lait.

APPARENCE DU LAIT MATERNEL

Le lait maternel prend différentes teintes de blanc (bleuâtre, jaunâtre, brunâtre) et différentes odeurs selon l'alimentation de la mère. Comme il n'est pas homogénéisé, le gras se sépare du reste et remonte à la surface. Il suffit de l'agiter un peu avant usage afin de redistribuer le gras.

Le lait décongelé a parfois une odeur rance ou de savon. C'est normal et dû à l'activité de la lipase du lait maternel qui digère les graisses pendant l'entreposage. Malgré l'odeur et le changement de goût associé, le lait est habituellement bien accepté par l'enfant.

MÉTHODE POUR TIÉDIR LE LAIT

Voici les consignes recommandées pour tiédir le lait.

- Se laver les mains.
- Mettre le contenant de lait réfrigéré dans un récipient d'eau chaude pendant quelques minutes, jusqu'à ce qu'il soit tiède. Éviter d'immerger le couvercle du biberon : l'eau servant à réchauffer le lait n'étant pas stérile, elle pourrait contaminer le lait en s'infiltrant par le couvercle. Secouer doucement.
- Pour réchauffer du lait maternel congelé, commencer par laisser couler de l'eau froide sur le contenant puis, petit à petit, ajoutez l'eau chaude courante jusqu'à ce qu'il soit tiède.
- Ne pas utiliser d'eau bouillante.
- Ne jamais utiliser un four à micro-ondes pour tiédir ou décongeler le lait maternel. L'utilisation du micro-ondes détruit les anticorps contenus dans le lait et altère les propriétés anti-infectieuses du lait.

LES ERREURS D'ADMINISTRATION DU LAIT MATERNEL

Il est très important que les enfants reçoivent le lait de leur propre mère et toutes les mesures possibles doivent être prises pour éviter les erreurs.

Le lait maternel peut contenir des bactéries et des virus. Le cytomégalovirus (CMV), les virus des hépatites B et C, le « Human T Lymphocyte virus » de Type 1 (HTLV-1) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sont les virus qui éveillent le plus de crainte en cas d'erreurs d'administration.

VIH : Aucun cas de transmission du VIH n'a été rapporté à la suite de l'ingestion par un enfant de lait d'une autre mère que la sienne. Des cas de transmission ont été rapportés secondairement à l'allaitement maternel, mais la transmission ne s'est produite qu'après des semaines d'allaitement.

Virus de l'hépatite B : Les antigènes de surface du virus de l'hépatite B (HbsAg) ont été mis en évidence dans le lait maternel, mais le risque de transmission à un enfant non immun est considéré comme minime.

Virus de l'hépatite C : Les études montrent que les enfants de mères porteuses du virus de l'hépatite C ne courrent pas plus de risques de contracter le virus s'ils sont allaités. Une infection maternelle au VHC n'est d'ailleurs pas une contre-indication à l'allaitement maternel.

Cytomégalovirus (CMV) : Le CMV contenu dans le lait maternel ne représente habituellement pas de risque pour les enfants de plus de 28 semaines de gestation. De plus, la congélation inactive le virus et réduit ainsi les risques de transmission.

HTLV-1 : Le virus HTLV-1 cause des leucémies et lymphomes des cellules T de l'adulte ainsi que des neuropathies progressives. Plus le virus est acquis précocement, plus le risque de développer une néoplasie associée est élevé. Les infections à HTLV-1 sont endémiques dans certaines parties du globe (sud-ouest du Japon, Caraïbes, Amérique du sud, Afrique sub-saharienne). La transmission par le lait maternel est un sujet bien documenté et est associée à la durée prolongée de l'allaitement maternel.

LA CONDUITE À ADOPTER DANS CES SITUATIONS :

- informer les parents de l'enfant qui a reçu le lait et la mère « donneuse » qu'une erreur d'administration a été commise;
- l'enfant et ses parents ainsi que la mère « donneuse » devraient être vus par un médecin et, si possible, par le même médecin ou à la même clinique, et ce, tout en conservant la confidentialité. Cette consultation permettra d'évaluer les risques d'infection et de prendre les mesures de prévention et de protection nécessaires. Des analyses sanguines ainsi que la vaccination active et passive contre l'hépatite B pourraient être recommandées;
- rédiger un rapport officiel et le consigner au dossier de l'enfant qui a reçu le lait un rapport officiel. Tous les détails de l'incident devraient être notés (dont les noms des personnes en cause, la date et l'heure ainsi que les mesures prises).

LES MORSURES HUMAINES

GÉNÉRALITÉS

Une morsure humaine avec bris cutané peut s'infecter ou permettre la transmission du virus de l'hépatite B (VHB) et, rarement, du virus de l'hépatite C. En général, le bris cutané entraîne un saignement, le plus souvent minime. Des empreintes de dents, des ecchymoses, des pétéchies ne constituent pas des bris cutanés.

LA FRÉQUENCE DES MORSURES

Environ la moitié des enfants seront mordus au moins une fois pendant une année de fréquentation d'un service de garde à l'enfance. Ce sont le plus souvent les enfants âgés de 13 à 30 mois. C'est au visage et aux bras que les enfants mordent le plus fréquemment. Environ 2 % des morsures entraîneront un bris cutané.

LE RISQUE D'INFECTION DE LA PLAIE

Les morsures en service de garde sont généralement bénignes et s'infectent rarement.

LE RISQUE DE TRANSMISSION DU VIRUS DE L'HÉPATITE B

Le VHB peut être transmis à l'occasion d'une morsure avec bris cutané lorsqu'un agresseur ou une victime sont infectés par le virus, l'agresseur étant exposé au sang de la victime par sa muqueuse buccale, la victime, à la salive de l'agresseur par voie percutanée. Puisque la prévalence de l'infection au VHB est faible chez les enfants en service de garde, la transmission du VHB est peu probable.

LE RISQUE DE TRANSMISSION DU VIRUS DE L'HÉPATITE C

Dans les services de garde, le risque de transmission de l'hépatite C par une morsure est inconnu mais on considère qu'il est moindre que celui de l'hépatite B, qui est déjà faible.

LE RISQUE DE TRANSMISSION DU VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)

On n'a encore jamais démontré qu'une personne pouvait transmettre le VIH par morsure sans qu'elle ait du sang dans la bouche. En effet, le virus peut être présent dans la salive, mais en infime quantité, et les enzymes contenues dans celle-ci inactiveraient le virus présent. La littérature scientifique fait état de personnes atteintes du VIH qui ont mordu plusieurs personnes (morsures superficielles ou profondes) sans transmettre le virus.

En tenant compte du type de morsures se produisant en service de garde, des modes de transmission du VIH et de la faible prévalence de l'infection chez la population d'âge préscolaire, on estime que le risque de transmission du VIH par morsure en service de garde est pratiquement nul, même en présence de bris cutané.

LA CONDUITE À ADOPTER

– Premiers soins et évaluation médicale

Lorsqu'un enfant est mordu, il faut nettoyer le site de morsure avec de l'eau et du savon et appliquer une compresse froide pour contrôler la douleur et réconforter l'enfant. S'il s'agit d'une morsure avec bris cutané, il faut :

- laisser la blessure saigner lentement;
- nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon;
- éviter d'utiliser une solution irritante contenant de l'alcool ou de l'eau de Javel pour désinfecter la plaie, cela peut augmenter les risques de transmission de l'infection;

- retirer les vêtements souillés de sang. Les ranger dans un sac de plastique, fermer le sac et le remettre aux parents;
- aviser les parents des enfants en cause. Les deux enfants devraient être vus rapidement par un médecin et, si possible, par le même médecin ou à la même clinique, et ce, tout en conservant la confidentialité. Cette consultation permettra d'évaluer la gravité de la blessure et les risques d'infection et de prendre les mesures de prévention et de protection nécessaires. Des prises de sang ainsi que la mise à jour des vaccins contre le tétonos et contre l'hépatite B peuvent être recommandées;
- rédiger et consigner au dossier des deux enfants un rapport officiel dans lequel seront notés tous les détails de l'incident (l'heure, les circonstances, le type et le site de la blessure, la présence de sang, les personnes en cause, etc.);
- aviser les parents si, dans les jours suivants, une rougeur, un écoulement ou de l'enflure apparaissent sur le site de la morsure.

LES PIQÛRES D'AIGUILLE DANS LA COMMUNAUTÉ

GÉNÉRALITÉS

Lorsqu'un enfant se pique accidentellement avec une aiguille abandonnée dans un lieu public tels un parc, une ruelle ou aux abords du service de garde, cela provoque une grande anxiété chez les parents et les intervenants. Ce qui inquiète, c'est que l'aiguille puisse contenir du sang contaminé et transmettre des infections causées par les virus de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) ou de l'immunodéficience humaine (VIH). Il y a également risque de transmission du tétanos à la suite d'une blessure causée par une aiguille contaminée par de la poussière ou de la terre.

Les risques de transmission associés aux piqûres d'aiguilles accidentelles dépendent de plusieurs facteurs : le type de blessure infligée (profonde, superficielle), la quantité et la qualité du liquide biologique en cause (sang, frais ou séché), la prévalence des virus dans la population, la viabilité des virus, le temps écoulé depuis l'utilisation de la seringue, le niveau d'immunité de la personne qui se blesse et la disponibilité des soins et services d'évaluation postexposition.

LES RISQUES DE TRANSMISSION CHEZ LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

Les seules données fiables sur le risque de contracter une infection transmissible par le sang à la suite d'une piqûre accidentelle viennent des études réalisées auprès des travailleurs de la santé ayant été exposés en milieu de travail. Des données publiées aux États-Unis montrent qu'en présence de sang contaminé, les taux de transmission chez les travailleurs de la santé sont de 22 à 31 % pour l'hépatite B, de 1,8 % pour l'hépatite C et de 0,3 % pour le VIH. Il convient de spécifier que ces travailleurs ont été exposés à du sang frais, souvent en grande quantité.

LES RISQUES DE TRANSMISSION CHEZ LES ENFANTS DANS LA COMMUNAUTÉ

On ne peut pas transposer les risques décrits ci-dessus aux piqûres d'aiguilles se produisant dans la communauté puisque ces aiguilles abandonnées contiennent du sang principalement séché et en infime quantité. De plus, la majeure partie des blessures secondaires à une piqûre d'aiguille chez les enfants sont superficielles.

À l'échelle mondiale, on compte quelques études portant sur les jeunes enfants qui se sont piqués accidentellement, et réalisées à partir de fichier d'hôpitaux. La littérature montre que sur plus de 200 enfants ayant été exposés et suivis pendant trois à six mois après l'exposition, il s'est produit un seul cas de transmission de maladie infectieuse : il s'agissait de la transmission de l'hépatite B chez un enfant qui n'avait pas pu bénéficier d'une prophylaxie contre cette maladie. Dans la grande région de Montréal, depuis une vingtaine d'années, aucun cas de transmission n'a été observé chez près de 150 enfants pris en charge adéquatement à la suite d'une piqûre accidentelle.

LA VIABILITÉ DES DIFFÉRENTS VIRUS DANS L'ENVIRONNEMENT

La viabilité ou capacité d'un organisme à demeurer vivant n'est pas la même pour les différents virus. Le virus de l'hépatite B est celui qui survit le plus dans l'environnement. Par ailleurs, bien qu'on ait retrouvé occasionnellement des virus vivants (VHB et VHC) dans des seringues laissées dans l'environnement, le risque de transmission par ces piqûres est minime.

L'IMPORTANCE DU DÉLAI DANS LA PRISE EN CHARGE

Les enfants qui se piquent accidentellement avec une seringue abandonnée doivent être dirigés le plus tôt possible vers un établissement de soins pour une évaluation médicale.

La rapidité de la prise en charge permettra au médecin de commencer la vaccination contre l'hépatite B, l'administration d'immunoglobulines si nécessaire ainsi qu'une prophylaxie antirétrovirale contre le VIH, s'il y a présence de facteurs de risque de transmission. L'efficacité de la prophylaxie antirétrovirale est inconnue lorsqu'on la débute plus de 24 à 36 heures après l'exposition.

Le ministère de la Santé des Services sociaux du Québec recommande que la prise en charge des travailleurs de la santé exposés à des liquides biologiques se fasse dans les deux heures suivant l'exposition. Bien que cette recommandation soit difficilement applicable aux piqûres d'aiguilles dans la communauté, les enfants qui se sont blessés accidentellement doivent être dirigés vers un médecin le plus rapidement possible.

LA PRISE EN CHARGE PAR L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS

Le professionnel de la santé évaluera les facteurs de risque de l'enfant (type de blessure, statut vaccinal de l'enfant) et ceux reliés à l'aiguille (taille, provenance, présence de sang frais ou séché, quantité). S'ils sont connus, les facteurs de risque liés à l'utilisateur de la seringue seront évalués. Après avoir recueilli toutes les informations, le risque infectieux sera établi et les interventions suivantes pourront être faites :

- l'administration du vaccin et/ou des immunoglobulines contre le VHB, selon les indications du PIQ;
- la mise à jour du statut vaccinal et l'administration d'immunoglobulines contre le tétanos si nécessaire;
- un test sanguin afin de rechercher une infection par un des virus (VHB, VHC, VIH), qui sera effectué au moment de l'évaluation initiale de l'enfant et jusqu'à six mois après l'exposition;
- une prophylaxie antirétrovirale contre le VIH si le risque infectieux est jugé important. Dans la grande majorité des cas, la prophylaxie ne sera pas nécessaire.

MESURES À PRENDRE

ENQUÊTE

L'enquête visera à éclaircir les faits et les circonstances reliés à la présence d'une ou de plusieurs seringues souillées dans l'environnement accessible à l'enfant du service de garde.

MESURES DE CONTRÔLE

- ◆ **Sujet**
 - Examiner la blessure de l'enfant. Nettoyer soigneusement à l'eau et au savon, le plus rapidement possible. Éviter de pincer la chair autour de la plaie.
 - Aviser immédiatement les parents de l'enfant de la situation et des démarches qui devraient suivre.
 - Diriger l'enfant sans délai vers un établissement de soins pour évaluation médicale, avec les observations écrites. Si possible, laisser un numéro de téléphone pour joindre une personne témoin du service de garde.
- ◆ **Objet**
 - Ramasser la seringue et en disposer de manière sécuritaire dans un contenant rigide afin d'éviter qu'une autre personne ne se pique. Idéalement, manipuler l'objet avec des pinces. Plusieurs municipalités ou villes offrent un service de ramassage des déchets dangereux.
 - Noter l'absence ou la présence de sang dans la seringue, la date et l'heure de l'accident et l'endroit exact où la seringue a été trouvée.

ENVIRONNEMENT

- Inspecter l'aire de jeux des enfants (carré de sable, entrepôt des jouets...) avant que ceux-ci n'y aillent.
- Au cours des sorties avec les enfants dans un lieu public, porter une attention particulière au sol sous les bancs de parc, autour des arbres et buissons et aux points d'eau.
- Enseigner aux enfants à ne pas toucher aux seringues abandonnées dans l'environnement et à en aviser un adulte. Certains outils pédagogiques, telles les affiches du MSSS, peuvent être utilisés à cet effet.
- Les parents et les éducateurs doivent être informés du problème des aiguilles abandonnées.

SUIVI

Les services de garde doivent, au besoin, revoir certaines règles de conduite afin d'assurer aux enfants un environnement sécuritaire : clôture entourant l'espace et les aires de jeux, désignation d'un responsable des inspections de l'environnement (fréquence, horaire).

LE PICA

Le pica renvoie à un trouble du comportement qui consiste à ingérer de façon répétée des substances non comestibles comme de la terre, de la peinture, de l'argile, etc. La cause de ce trouble n'est pas connue, mais le pica pourrait être attribuable à un trouble émotif ou à une carence en un élément nutritif (zinc ou fer). Le retard mental constitue un facteur prédisposant.

Le pica, qui touche surtout l'enfant de moins de 3 ans, apparaît vers l'âge de 1 ou 2 ans. Il est plus fréquent chez la population ayant un faible statut socioéconomique. Les enfants atteints de pica présentent un risque élevé d'intoxication au plomb et d'infection parasitaire, comme la toxoplasmose ou la toxocarose.

En présence d'un enfant atteint de pica au service de garde, il est important de conseiller aux parents de consulter un médecin, puisque ce trouble peut être associé à une maladie sous-jacente ou entraîner une complication. De plus, il faut tenter de dissuader l'enfant de consommer des matières non comestibles et lui procurer des objets qu'il pourra sans danger mettre dans sa bouche (tétine, objet de dentition). On doit aussi s'assurer que les carrés de sable sont régulièrement entretenus et qu'aucune peinture à base de plomb n'a été ou n'est appliquée dans le service de garde.

DOSSIER DE VACCINATION DES ENFANTS**IDENTIFICATION**

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date de naissance : (année-mois-jour) _____

Nom du service de garde : _____

VACCINS REÇUS**DIPHTÉRIE, COQUELUCHE, TÉTANOS, POLIO, HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE b**

*Vaccin :	Date : (année-mois-jour)

ROUGEOLE, RUBÉOLE, OREILLONS

*Vaccin :	Date : (année-mois-jour)

HÉPATITE B

*Vaccin :	Date : (année-mois-jour)

HÉPATITE A

*Vaccin :	Date : (année-mois-jour)

VACCINS REÇUS	
VARICELLE	
*Vaccin :	Date : (année-mois-jour)
MÉNINGOCOQUE	
*Vaccin :	Date : (année-mois-jour)
PNEUMOCOQUE	
*Vaccin :	Date : (année-mois-jour)
INFLUENZA	
*Vaccin :	Date : (année-mois-jour)
AUTRES VACCINATIONS	
*Vaccin :	Date : (année-mois-jour)

* Préciser le nom commercial des vaccins.

J'autorise le service de garde à transmettre cette information au CLSC.

Signature : _____

Date : _____

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

Ces ouvrages ont été utilisés pour la révision de plusieurs chapitres du guide. Se référer à la bibliographie spécifique de chaque chapitre pour connaître les autres ouvrages utilisés.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION et NATIONAL RESOURCE CENTER FOR HEALTH AND SAFETY IN CHILD CARE AND EARLY EDUCATION (2002). *Caring for Our Children: National Health and Safety Performance Standards: Guidelines for Out-of-Home Child Care Programs*, 2nd Edition, [En ligne], Elk Grove Village, American Academy of Pediatrics; Washington, American Public Health Association, [nrc.uchsc.edu/CFOC/].

ARONSON, S. S., et T. R. SHOPE (2005). *Managing Infectious Diseases in Child Care and Schools: A Quick Reference Guide*, American Academy of Pediatrics.

CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY (1999). *Well Beings: A Guide to Promote the Physical Health, Safety and Emotional Well-Being of Children in Child Care Centres and Family Day Care Homes*, 2nd Ed., Canadian Pediatric Society.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2007). *La prévention des infections chez les personnes travaillant en service de garde à l'enfance, y compris les stagiaires*, ministère de la Famille et des Aînés, 24 p.

FEIGIN, R. D., et J. D. CHERRY, dir. (2004). *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*, 5th Ed., Philadelphie, Saunders.

GILBERT, David N., et autres (2005). *The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2005*, 35th Ed., Antimicrobial Therapy.

GYORKOS, T. W., MACLEAN J. D. , SERHIR B, WARD B. (2003). *Prevalence of parasites in Canada and Alaska; epidemiology, past and present*. dans *Parasites of the Colder Climates*. Chap 7. Edited by Akuffo H, Linder E, Ljungstrom I., Wahlgren M. London:Taylor & Francis. P. 77-88.

HEYMANN, David L. (2004). *Control of Communicable Diseases Manual*, 18th Ed., Washington, American Public Health Association.

MANDELL, G. L., J. E. BENNETT et R. DOLIN (2005). *Principles and Practices of Infectious Diseases*, 6th Ed., Philadelphie, Elsevier Churhill Livingstone.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Protocole d'immunisation du Québec*, [En ligne], ministère de la Santé et des Services sociaux. [msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/a61341010d1b912885256e82006cc1bc?OpenDocument&Highlight=0,protocole,immunisation].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : définitions nosologiques*, 6^e édition, ministère de la Santé et des Services sociaux.

PICKERING, L. K., dir. (2006). *Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 27th Ed., American Academy of Pediatrics.

Bibliographie

- QUÉBEC (2006). *Loi sur les centres de la petite enfance et autres services de garde à l'enfance : L.R.Q., chapitre C-8.2, remplacée le 1er juin*, [En ligne], Éditeur officiel du Québec.
[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_8_2/C8_2.html].
- QUÉBEC (2008a). *Loi sur la santé publique : L.R.Q., chapitre S-2.2, à jour au 1er avril*, [En ligne], Éditeur officiel du Québec.
[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html].
- QUÉBEC (2008B). *Loi sur les produits alimentaires : L.R.Q., chapitre P-29, à jour au 1er avril*, [En ligne], Éditeur officiel du Québec.
[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FP_29%2FP29.htm].
- QUÉBEC (2008c). *Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance : L.R.Q., chapitre S-4.1.1, à jour au 1er avril*, [En ligne], Éditeur officiel du Québec.
[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FS_4_1_1%2FS4_1_1.htm].
- QUÉBEC (2008d). *Règlement d'application de la Loi sur la santé publique*, S-2.2, r. 1, 23 février, [En ligne], Éditeur officiel du Québec.
[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_2_2/S2_2_R1.htm].
- QUÉBEC (2008e). *Règlement sur les centres de la petite enfance*, C-8.2, r. 2, 23 février, [En ligne], Éditeur officiel du Québec.
[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_8_2/C8_2_R2.htm].
- QUÉBEC (2008f). *Règlement sur les garderies*, C-8.2, r. 5.1, 23 février, [En ligne], Éditeur officiel du Québec.
[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_8_2/C8_2_R5_1.htm].
- QUÉBEC (2008g). *Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance*, S-4.1.1, r. 2, 23 février, [En ligne], Éditeur officiel du Québec.
[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FS_4_1_1%2FS4_1_1.htm].
- RASHED, S., et autres (2008). *Médecine tropicale, santé internationale et santé de l'enfant immigrant*, Éditions santé internationale, 792 p.
- REMINGTON, J. S., et autres, dir. (2006). *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant*, 6th Ed., Philadelphie, Elsevier Saunders.
- THE MEDICAL LETTER (2007). “Drugs for Parasitic Infections”, *Treatment Guidelines from The Medical Letter*, vol. 5, suppl., p. 1-15.
- TURGEON, J., et autres, dir. (2008). *Dictionnaire de thérapeutique pédiatrique Weber*, 2^e éd., Montréal, Les Éditions de la Chenelière.
- VILLENEUVE, Alain.; (2003). *Les zoonoses parasitaires*, Les Presses de l'Université de Montréal; Montréal, 499 p.

BIBLIOGRAPHIE SPÉCIFIQUE À CHAQUE CHAPITRE

Les chapitres qui incluent des références bibliographiques en complément de la bibliographie générale sont présentés ici.

Chapitre I

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE DU QUÉBEC (2004). *La femme enceinte et les infections en service de garde*, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 6 p.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE DU QUÉBEC (2008). *Aide-mémoire : nettoyage et désinfection dans un service de garde*, ministère de la Famille et des aînés, 1 p.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE DU QUÉBEC (2003b). *Lavage des mains*, ministère de la Famille et de l'Enfance, 1 p.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE DU QUÉBEC (2002). *Changement de couche*, ministère de la Famille et de l'Enfance, 1 p.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2007). *Ouste les microbes! La mousse à la rescouisse*, ministère de la Famille et des Aînés, 1 p.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2006). *Atchoum! Microbes rebelles, aux poubelles!*, ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 1 p.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2005). *Pas de poils, pas de plumes, pas de nageoires! Mise à jour de l'avis sur la présence d'animaux en service de garde*, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 25 p.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (1998-). *Bye-bye les microbes!*, ministère de la Famille et des Aînés, vol. 1, n° 1, septembre. Accessible en ligne : www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/index.asp.

Chapitre II

LA TRANSMISSION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (1999). « Guide de prévention des infections : pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 25, supplément n° 4, juillet. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/99vol25/25s4/index_f.html].

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2007). “Infection Prevention and Control in Pediatric Ambulatory Settings”, *Pediatrics*, [En ligne], vol. 120, n° 3, septembre. [www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/3/650].

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2007). *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007*, [En ligne]. [www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_isolation.html].

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2003). *Respiratory Hygiene/Cough Etiquette in Healthcare Settings*, [En ligne]. [www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/resphygiene.htm].

LEE, G. M., et autres (2005). “Illness Transmission in the Home: A Possible Role for Alcohol-Based Hand Gels”, *Pediatrics*, vol. 115, n° 4, avril, p. 852-860.

LU, N., et autres (2004). “Child day care risks of common infectious diseases revisited”, *Child: Care, Health and Development*, vol. 30, n° 4, juillet, p. 361-368.

SENNERSTAM, R. B., et autres (2004). “Relationship between illness-associated absence in day-care children and weather parameters”, *Public Health*, vol. 118, n° 5, juillet, p. 349-353.

Chapitre III

LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE

DIONNE, J. C. (1999a). « La qualité de l'air intérieur dans les services de garde », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 2, n° 1, mars, ministère de la Famille et des Aînés. [\[www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/NO21/ARTICLE2.ASP\]](http://www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/NO21/ARTICLE2.ASP).

DIONNE, J. C. (1999b) « La qualité de l'air dans les services de garde (suite et fin) », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 2, n° 4, décembre, ministère de la Famille et des Aînés. [\[www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/NO24/ARTICLE2.ASP\]](http://www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/NO24/ARTICLE2.ASP).

SOTO, J. C. (2005). « La prévention, chez nous et ailleurs pour toujours! », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 8, n° 1, mars, ministère de la Famille et des Aînés. [\[www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/No81/article1.asp\]](http://www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/No81/article1.asp).

POIRIER, L., et M. AZNAR (2003). « Tableau d'exclusion à l'intention des centres de la petite enfance et des garderies », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 6, n° 3, septembre, ministère de la Famille et des Aînés. [\[www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/No63/outils.asp\]](http://www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/No63/outils.asp).

RICHARDSON, M., et autres (2001). “Evidence base of incubation periods, periods of infectiousness and exclusion policies for the control of communicable diseases in schools and preschools”, *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 20, n° 4, avril, p. 380-391.

Chapitre IV

MESURES D'HYGIÈNE

LE BROSSAGE DES DENTS

Se référer à la bibliographie générale.

LE CHANGEMENT DE COUCHES

BAER, E. L., M. W. DAVIES et K. J. EASTERBROOK (2006). "Disposable nappies for preventing napkin dermatitis in infants", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [En ligne], n° 3. [Art. n° : CD004262. DOI : 10.1002/14651858.CD004262.pub2].

HOLADAY, B., et autres (1995). "Fecal contamination in child day care centers: cloth vs paper diapers", *American Journal of Public Health*, vol. 85, no 1, janvier, p. 30-33.

KUBIAK, M., et autres (1993). "Comparison of Stool Containment in Cloth and Single-Use Diapers Using a Simulated Infant Feces", *Pediatrics*, vol. 91, n° 3, mars, p. 632-636.

LA DÉSINFECTION DES OBJETS, DES SURFACES ET DES LOCAUX

BLOCK, S. S. (1991). *Disinfection, Sterilization, and Preservation*, 4th Edition, Philadelphia, Lea & Febiger.

SEHULSTER, L. M., et autres (2003). *Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)*, [En ligne], Chicago, American Society for Healthcare Engineering; Chicago, American Hospital Association. [www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_environinfection.html].

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2006). « Les produits antimicrobiens à domicile : le problème de l'antibiorésistance », *Paediatrics & Child Health*, vol. 11, n° 3, mars, p. 177-182.

LA DÉSINFECTION D'UN HUMIDIFICATEUR PORTATIF ET D'UN REFROIDISSEUR D'EAU

BISSON, Élizabeth (2000). « **À la bonne vôtre** », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 3, n° 4, décembre, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no34/article1.asp].

BISSON, Élizabeth, et Denis GAUVIN (2006). « **Le bon usage et le choix d'un humidificateur; pour le bien-être des enfants** », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 9, n° 1, hiver, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no91/article3.asp].

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL et ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR L'HYGIÈNE, LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (2000). *La qualité de l'air dans les services de garde préscolaires : guide d'intervention*, 49 p.

D'HALEWYN, M.-A., et autres (2002). *Les risques à la santé associés à la présence de moisissures en milieu intérieur*, Institut national de santé publique du Québec, 165 p.

GAUTHIER, Johanne (2004). « Penser à désinfecter les refroidisseurs d'eau... tous les deux mois! », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 7, n° 3, novembre, ministère de la Famille et des Aînés. [\[www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/No73/outils.asp\]](http://www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/No73/outils.asp).

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DES PÊCHERIES ET DE L'ALIMENTATION. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA QUALITÉ DES ALIMENTS ET DE LA SANTÉ ANIMALE (1996). *Les eaux et la glace commerciales*, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, 6 p.

SANTÉ CANADA (2003). *Votre santé et vous : humidificateurs à vapeur froide*, Santé Canada, 2 p.

L'HYGIÈNE À LA CUISINE ET L'HYGIÈNE DES ALIMENTS

AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS (2007). *Risques que comportent les germes pour la santé*, [En ligne]. [\[www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/specif/sproutsf.shtml\]](http://www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/specif/sproutsf.shtml).

AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS (2006a). *Faits concernant la salubrité des aliments : le cantaloup*, [En ligne]. [\[www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/specif/cantaf.shtml\]](http://www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/specif/cantaf.shtml).

AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS (2006b). *Fiche de renseignements : faits concernant la salubrité des aliments : les fruits et légumes frais*, [En ligne]. [\[www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/specif/fruvegf.pdf\]](http://www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/specif/fruvegf.pdf).

AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS (2005). *Jus de fruit non pasteurisé*, [En ligne]. [\[www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/specif/juicef.shtml\]](http://www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/specif/juicef.shtml).

CENTRE QUÉBÉCOIS D'INSPECTION DES ALIMENTS ET DE SANTÉ ANIMALE (2007a). *Guide des exploitants d'établissements de restauration et de vente au détail d'aliments*, [En ligne]. [\[www.mapaq.gouv.qc.ca/Fr/Restauration/md/Publications/guideexploitants.htm\]](http://www.mapaq.gouv.qc.ca/Fr/Restauration/md/Publications/guideexploitants.htm).

CENTRE QUÉBÉCOIS D'INSPECTION DES ALIMENTS ET DE SANTÉ ANIMALE (2007b). *Guide du manipulateur d'aliments*, [En ligne]. [\[www.mapaq.gouv.qc.ca/Fr/Restauration/md/Publications/guidemanipulateur.htm\]](http://www.mapaq.gouv.qc.ca/Fr/Restauration/md/Publications/guidemanipulateur.htm).

CENTRE QUÉBÉCOIS D'INSPECTION DES ALIMENTS ET DE SANTÉ ANIMALE (2007c). *Nettoyage et assainissement dans les établissements alimentaires*, [En ligne]. [\[www.mapaq.gouv.qc.ca/Fr/Restauration/md/Publications/nettoyageassainissement.htm\]](http://www.mapaq.gouv.qc.ca/Fr/Restauration/md/Publications/nettoyageassainissement.htm).

CENTRE QUÉBÉCOIS D'INSPECTION DES ALIMENTS ET DE SANTÉ ANIMALE (2007d). *Thermoguide : frais... c'est meilleur!*, [En ligne]. [\[www.mapaq.gouv.qc.ca/NR/exeres/FA13DEC4-6165-4976-8BCD-D153A059B13D,frameless.htm\]](http://www.mapaq.gouv.qc.ca/NR/exeres/FA13DEC4-6165-4976-8BCD-D153A059B13D,frameless.htm).

CENTRE QUÉBÉCOIS D'INSPECTION DES ALIMENTS ET DE SANTÉ ANIMALE. *Votre guide du consommateur*, [En ligne]. [\[www.mapaq.gouv.qc.ca/NR/rdonlyres/98DE0914-B865-4BFB-8670-BA97F98BB253/0/MAPAQ_guide_consommateur.pdf\]](http://www.mapaq.gouv.qc.ca/NR/rdonlyres/98DE0914-B865-4BFB-8670-BA97F98BB253/0/MAPAQ_guide_consommateur.pdf).

LAVOIE, M., B. LÉVESQUE et D. SERGERIE (2003). *Prévention des cas de brûlures et de légionelloses associés à l'eau chaude du robinet dans les résidences privées*, 2^e édition, Institut national de santé publique du Québec, 50 p.

Bibliographie

- SANTÉ CANADA (2006). *Risques associés à la consommation de lait cru*, [En ligne], Santé Canada. [\[www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/_2006/2006_65_f.html\]](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/_2006/2006_65_f.html).
- SANTÉ CANADA (2005). « Le miel et le botulisme infantile », *Le botulisme infantile*, [En ligne], Santé Canada. [\[www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/diseases-maladies/botu_f.html#le\]](http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/diseases-maladies/botu_f.html#le).
- SANTÉ CANADA (2002-). *Avis, mises en garde et retraits*, [En ligne]. [\[www.hc-sc.gc.ca/fn-an/advisories-avis/index_f.html\]](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/advisories-avis/index_f.html).

L'HYGIÈNE RESPIRATOIRE

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2006). “Preventing the Spread of Influenza (the Flu) in Child Care Settings: Guidance for Administrators, Care Providers, and Other Staff”, *Guidelines and Recommendations*, [En ligne]. [\[www.cdc.gov/flu/professionals/pdf/childcaresettings.pdf\]](http://www.cdc.gov/flu/professionals/pdf/childcaresettings.pdf).

- COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2006). *Recommandations du Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec (CPISGEQ) en regard de la pandémie appréhendée d'influenza*, 7 p. [Document interne non publié].

- LAMBERT, D. (2007). « *Atchoum! Microbes rebelles, aux poubelles!* », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 10, n° 1, hiver, ministère de la Famille et des Aînés. [\[www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no101/outils2.asp\]](http://www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no101/outils2.asp).

- PARÉ, R., et M. FORTIER (2006). « Prévention de la transmission des infections respiratoires chez les enfants en milieu scolaire », *Chronique PPM – Prévention en pratique médicale*, [En ligne], Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique. [\[www.santepub-mlt.qc.ca/mdlprevention/chronique/2006/27022006.html\]](http://www.santepub-mlt.qc.ca/mdlprevention/chronique/2006/27022006.html).

- SOTO, J. C. (2006). « Hygiène respiratoire », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 9, n° 3, automne, ministère de la Famille et des Aînés. [\[www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no93/article2.asp\]](http://www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no93/article2.asp).

LE LAVAGE DES MAINS ET LAVAGE DES MAINS À L'EAU ET AU SAVON

- ASSOCIATION FOR PROFESSIONALS IN INFECTION CONTROL AND EPIDEMIOLOGY (2005). *APIC Text of Infection Control & Epidemiology: The Definitive Source for Clinical Standards in Infection Prevention and Patient Safety*, 2nd Edition, Washington, Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology.

- BOYCE, J. M., et D. PITTEL (2002). “Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force”, *MMWR Recommendations and Reports*, [En ligne], vol. 51, n° RR-16, 25 octobre, Centers for Disease Control and Prevention. [\[www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5116a1.htm\]](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5116a1.htm).

- MAYHALL, C. G. (2004). *Hospital Epidemiology and Infection Control*, Third Edition, Pennsylvania, Lippincott Williams & Wilkins.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2005). *Alliance mondiale pour la sécurité des patients – Recommandations OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins (version avancée)* :

- synthèse – *Des mains propres sont des mains sûres*, [En ligne], Organisation mondiale de la santé. [whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_EIP_SPO_QPS_05.2_fre.pdf].
- PROVOST, S. (1998). « Le lavage des mains : simple mais efficace », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 1, n° 2, décembre, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no12/article1.asp].
- SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2001). *De l'information sur la santé des enfants donnée par des pédiatres canadiens*, [En ligne], Société canadienne de pédiatrie. [www.soinsdenosenfants.cps.ca/index.htm].
- ST-MARTIN, L. (2005). « Se laver les mains... malgré les obstacles quotidiens », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 8, n° 3, novembre, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/No83/article2.asp].
- Se référer à la bibliographie générale et aux consultations d'experts.

LE LAVAGE DES MAINS SANS EAU

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2008). *Le risque de toxicité des rince-mains à base d'alcool dans les services de garde*. MSSS, 10 pages.

MANIPULATION ET CONSERVATION DE LA GOUACHE ET DE LA PÂTE À MODELER

- BISSON, Élizabeth, et autres (2002a). « Conseils pour éviter la prolifération des moisissures dans la gouache », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 5, n° 1, mars, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/NO51/OUTILS.ASP].
- BISSON, Élizabeth, et autres (2002b). « Histoire des gouaches, odeurs et moisissures », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 5, n° 1, mars, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/NO51/LETTRES.ASP].

LE MAQUILLAGE DES ENFANTS

- BISSON, Élizabeth, et Odette NADEAU (2005). « Le maquillage des enfants est-il sans risque? », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 8, n° 3, novembre, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no83/outils.asp#maquillage].
- BISSON, Élizabeth, et Susan CLOUTIER (2001). « Le maquillage des enfants », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 4, n° 3, septembre, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/NO43/ARTICLE1.ASP].
- DESMARAIS, Nadia, Louise POIRIER et Sandra PALMIERI (2004). « Le lavage des mains sans eau en service de garde », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 7, n° 2, juillet, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/No72/article1.asp].

Chapitre V

MALADIES INFECTIEUSES

AMIBIASE

STANLEY, S. L. (2003). "Amoebiasis", *The Lancet*, vol. 361, n° 9362, 22 mars, p. 1025-1034.

ANKYLOSTOMIASE

BETHONY, J., et autres (2006). "Soil-transmitted helminth infections: Ascariasis, trichuriasis, and hookworm", *The Lancet*, vol. 367, n° 9521, 6 mai-12 mai, p. 1521-1532.

ASCARIDIASE

BETHONY, J., et autres (2006). "Soil-transmitted helminth infections: Ascariasis, trichuriasis, and hookworm", *The Lancet*, vol. 367, n° 9521, 6 mai-12 mai, p. 1521-1532.

BRONCHIOLITE À VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL

BREESE HALL, Caroline (2001). "Respiratory Syncytial Virus and Parainfluenza Virus", *The New England Journal of Medicine*, vol. 344, n° 25, 21 juin, p. 1917-1928.

FALSEY, Ann R., et autres (2005). "Respiratory Syncytial Virus Infection in Elderly and High-Risk Adults", *The New England Journal of Medicine*, vol. 352, n° 17, 28 avril, p. 1749-1759.

HÉMA-QUÉBEC (2007). *Rappel sur la disponibilité du Synagis®*, [En ligne], 4 septembre, Héma-Québec. [\[www.hema-quebec.qc.ca/media/francais/hopitaux/07-044.pdf\]](http://www.hema-quebec.qc.ca/media/francais/hopitaux/07-044.pdf).

MCCARTHY, Carol A., et Caroline BREESE HALL (2003). "Respiratory Syncytial Virus: Concerns and Control", *Pediatrics in Review*, vol. 24, n° 9, septembre, p. 301-309.

RIVARD, Georges, et Jacques BOUCHARD (2004). "La bronchiolite", *Le Médecin du Québec*, vol. 39, n° 9, septembre, p. 75-81.

SETHI, Sanjay, et Timothy F. MURPHY (2005). "RSV Infection – Not for Kids Only", *The New England Journal of Medicine*, vol. 352, n° 17, 28 avril, p. 1810-1812.

CAMPYLOBACTÉRIOSE

BATZLER, J. P. (2004). "Campylobacter, from obscurity to celebrity", *Clinical Microbiology and Infection*, vol. 10, n° 10, octobre, p. 868-876.

Candidose (moniliase buccale ou muguet)

DECONINCK, S., et autres (2003). "Incidence and management of oral conditions in general practice", *The British Journal of General Practice*, vol. 53, n° 487, février, p. 130-132.

ROZKIEWICZ, D., et autres (2006). "Oral *Candida albicans* carriage in healthy preschool and school children", *Advances in Medical Sciences*, vol. 51, suppl. n° 1, p. 187-190.

SEGAL, E. (2005). "Candida, still number one - what do we know and where are we going from there?", *Mycoses*, vol. 48, suppl. n° 1, avril, p. 3-11.

CHLAMYDIA ET CHLAMYDOPHILA (INFECTION À)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 149 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Prévenir et enrayer... Situation et orientations : les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 104 p.

CLOSTRIDIUM DIFFICILE (INFECTION À)

JOYCE, D., et autres (1991). "Positive Role of *Clostridium difficile* Infection in Diarrhea in Infants and Children", *American Journal of Gastroenterology*, vol. 86, n° 6, p. 685-689.

KIM, K., H. L. DUPONT et L. K. PICKERING (1983). "Outbreaks of diarrhea associated with *Clostridium difficile* and its toxin in day-care centers: Evidence of person-to-person spread", *The Journal of Pediatrics*, vol. 102, n° 3, mars, p. 376-382.

MATSUKI, S., et autres (2005). "Colonization by *Clostridium difficile* of neonates in a hospital, and infants and children in three day-care facilities of Kanazawa, Japan", *International Microbiology*, vol. 8, n° 1, mars, p. 43-48.

CONJONCTIVITE

BUZNACH, N., R. DAGAN et D. GREENBERG (2005). "Clinical and Bacterial Characteristics of Acute Bacterial Conjunctivitis in Children in the Antibiotic Resistance Era", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 24, n° 9, septembre, p. 823-828.

ANGLEY, J. M. (2005). "Adenoviruses", *Pediatrics in Review*, vol. 26, n° 7, juillet, p. 244-249.

MAH, F. (2006). "Bacterial conjunctivitis in pediatrics and primary care", *Pediatric Clinics of North America*, vol. 53, suppl. n° 1, mai, p. 7-10.

WALD, E. R. (2004). "Periorbital and Orbital Infections", *Pediatrics in Review*, vol. 25, n° 9, septembre, p. 312-320.

Bibliographie

COQUELUCHE

- ALTUNAIJI, S., et autres (2005). "Antibiotics for whooping cough (pertussis)", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [En ligne], n° 1. [Art. n° : CD004404. DOI : 10.1002/14651858.CD004404.pub3].
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2005). "Recommended Antimicrobial Agents for Treatment and Postexposure Prophylaxis of Pertussis", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 54, n° RR-14, 9 décembre, 17 p.
- DE SERRES, G. (2005). *Utilisation du vaccin acellulaire contre la coqueluche chez les adolescents et les adultes québécois*, Institut national de santé publique du Québec, 35 p.
- HALPERIN, S. A., et autres (1999). "A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Erythromycin Estolate Chemoprophylaxis for Household Contacts of Children With Culture-Positive *Bordetella pertussis* Infection", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 104, n° 4, octobre. [pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/104/4/e42].
- HALPERIN S. A., et autres (1997). "Seven Days of Erythromycin Estolate is as Effective as Fourteen Days for the Treatment of *Bordetella pertussis* Infections", *Pediatrics*, vol. 100, n° 1, juillet, p. 65-71.
- HOPPE, J. E. (1999). "Update on respiratory infection caused by *Bordetella parapertussis*", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 18, n° 4, avril, p. 375-381.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Guide d'intervention contre la coqueluche*. [Document interne].
- SANTÉ CANADA (2003). « Conférence de concertation sur la coqueluche », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 2953, avril. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/03pdf/29s3f.pdf].
- SRUGO, I., et autres (2000). "Pertussis Infection in Fully Vaccinated Children in Day-Care Centers, Israel", *Emerging Infectious Diseases*, vol. 6, n° 5, septembre-octobre, p. 526-529.
- WHEELER, J. G., et A. L. SIMMONS (2005). "Pertussis Update", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 24, n° 9, septembre, p. 829-830.

COXSACKIE (INCLUANT PIEDS-MAINS-BOUCHE) (INFECTION À)

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2006). *Hand, Foot, & Mouth Disease*, [En ligne], Centers for Disease Control and Prevention. [www.cdc.gov/ncidod/dvrd/revb/enterovirus/hfhf.htm].

CRYPTOSPORIDIOSE

- GYORKOS, T. W., et autres (2003). "Prevalence of parasites in Canada and Alaska", dans AKUFFO, H., et autres. *Parasites of the Colder Climates*, London, Taylor & Francis, p. 77-88.
- HUANG, D. B., C. CHAPPELL et P. C. OKHUYSEN (2004). "Cryptosporidiosis in children", *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, vol. 15, n° 4, octobre, p. 253-259.

- PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA (2001). *Material Safety Data Sheet – Infectious Substances*, [En ligne], Health Canada. [www.phac-aspc.gc.ca/msds-ftss/msds48e.html].
- VILLENEUVE, A. (2003). *Les zoonoses parasitaires : l'infection chez les animaux et chez l'homme*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 506 p.
- WEBER, D. J., et W. A. RUTALA (2001). "The Emerging Nosocomial Pathogens *Cryptosporidium*, *Escherichia coli* O157:H7, *Helicobacter pylori*, and Hepatitis C: Epidemiology, Environmental Survival, Efficacy of Disinfection, and Control Measures", *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 22, n° 5, mai, p. 306-315.
- WEIR, S. C., et autres (2002). "Efficacy of Common Laboratory Disinfectants on the Infectivity of *Cryptosporidium parvum* Oocysts in Cell Culture", *Applied and Environmental Microbiology*, vol. 68, n° 5, mai, p. 2576-2579.
- CYTOMÉGALOVIRUS (INFECTION À)**
- ADLER, S. P. (1992a). "Cytomegalovirus and Pregnancy, Current Opinion", *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, vol. 4, n° 5, p. 670-675.
- ADLER, S. P. (1992b). "Cytomegalovirus Transmission and Child Day Care", *Advances in Pediatric Infectious Diseases*, vol. 7, p. 109-122.
- ADLER, S. P. (1991). "Cytomegalovirus and Child Day Care: Risk Factors for Maternal Infection", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 10, no 8, p. 590-594.
- ADLER, S. P. (1989). "Cytomegalovirus and child day care. Evidence for an increased infection rate among day-care workers", *The New England Journal of Medicine*, vol. 321, n° 19, 9 novembre, p. 1290-1296.
- ADLER, S. P. (1988a). "Cytomegalovirus Transmission among Children in Day Care, their Mothers and Caretakers", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 7, n° 4, p. 1290-1296.
- ADLER, S. P. (1988b). "Molecular Epidemiology of Cytomegalovirus: Viral Transmission among Children Attending a Day Care Center, their Parents, and Caretakers", *The Journal of Pediatrics*, vol. 112, n° 3, mars, p. 366-372.
- ADLER, S. P., et autres (2004). "Prevention of child-to-mother transmission of cytomegalovirus among pregnant women", *The Journal of Pediatrics*, vol. 145, n° 4, octobre, p. 485-491.
- ADLER, S. P., et autres (1996). "Prevention of Child-to-Mother Transmission of Cytomegalovirus by Changing Behaviors: A Randomized Controlled Trial", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 15, n° 3, mars, p. 240-246.
- BALE, J. F., et autres (1999). "Cytomegalovirus Transmission in Child Care Homes", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 153, n° 1, janvier, p. 75-79.
- BOPPANA, S. B., et autres (2001). "Intrauterine transmission of cytomegalovirus to infants of women with preconceptional immunity", *The New England Journal of Medicine*, vol. 344, n° 18, 3 mai, p. 366-1371.
- CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY (1990). "Cytomegalovirus Infection in Day-Care Centres: Risks to Pregnant Women", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 142, n° 6, 15 mars, p. 547-549.

Bibliographie

- DANIEL, E., et autres (2005). "Cytomegalovirus Excretion in Children Attending Day-Care Centers", *Archives of Medical Research*, vol. 36, n° 5, septembre-octobre, p. 590-593.
- FAIX, R. G. (1985). "Survival of Cytomegalovirus on Environmental Surfaces", *The Journal of Pediatrics*, vol. 106, n° 4, avril, p. 649-652.
- FORD-JONES, E. L., et autres (1996). "Cytomegalovirus Infections in Toronto Child-Care Centers: A Prospective Study of Viral Excretion in Children and Seroconversion among Day-Care Providers", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 15, n° 6, juin, p. 507-514.
- JACKSON, L. A., et autres (1996). "Risk of Infection with Hepatitis A, B or C, Cytomegalovirus, Varicella or Measles among Child Care Providers", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 15, n° 7, juillet, p. 584-589.
- JOSEPH, S. A., et autres (2005). "Risk factors for cytomegalovirus seropositivity in a population of day care educators in Montréal, Canada", *Occupational Medicine*, vol. 55, n° 7, octobre, p. 564-567.
- MURPH, J. R. (1993). "Day Care Associated Cytomegalovirus: Risk for Working Women", *Journal of American Medical Association*, vol. 269, n° 3, p. 79-82.
- MURPH, J. R., et autres (1991). "The Occupational Risk of Cytomegalovirus Infection among Day-Care Providers", *Journal of the American Medical Women's Association*, vol. 265, n° 5, p. 603-608.
- PASS, R. F. (1991). "Day-Care Centers and the Spread of Cytomegalovirus and Parvovirus B19", *Pediatric Annals*, vol. 20, n° 8, p. 419-426.
- PASS, R. F., et autres (1990). "Increased Rate of Cytomegalovirus Infection among Day Care Center Workers", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 9, n° 7, p. 465-470.
- SOTO, J. C., et autres (1994). "Cytomegalovirus Infection as an Occupational Hazard Among Women Employed in Day-Care Centers", *Pediatrics*, vol. 94, n° 6, décembre, p. 1031.
- TOOKEY, P., et C. S. PECKHAM (1991). "Does Cytomegalovirus Present an Occupational Risk?", *Archives of Diseases in Childhood*, vol. 66, n° 9, septembre, p. 1009-1010.

DERMATITE DE COUCHES

- ALBERTA, Lauren, Susan M. SWEENEY et Karen Wiss (2005). "Diaper Dye Dermatitis", *Pediatrics*, vol. 116, no 3, septembre, p. 450-452.
- BAER, E. L., M. W. DAVIES et K. J. EASTERBROOK (2006). "Disposable nappies for preventing napkin dermatitis in infants", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [En ligne], no 3. [Art. no : CD004262. DOI : 10.1002/14651858.CD004262.pub2].
- DAVIES, M. W., A. J. DORE et K. L. PERISSINOTTO (2005). "Topical Vitamin A, or its derivatives, for treating and preventing napkin dermatitis in infants", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [En ligne], no 4. [Art. no : CD004300. DOI : 10.1002/14651858.CD004300.pub2].
- SCHEINFELD, N. (2005). "Diaper Dermatitis: A Review and Brief Survey of Eruptions of the Diaper Area", *American Journal of Clinical Dermatology*, vol. 6, no 5, p. 273-81.

DIARRHÉE (D'ORIGINE INFECTIEUSE)

- AKIHARA, S., et autres (2005). "Existence of multiple outbreaks of viral gastroenteritis among infants in a day care center in Japan", *Archives of Virology*, vol. 150, n° 10, octobre, p. 2061-2075.
- BARTLETT, A. V., et autres (1988). "Diarrheal Illness among Infants and Toddlers in Day Care Centers: Effects of Active Surveillance and Staff Training without Subsequent Monitoring", *American Journal of Epidemiology*, vol. 127, n° 4, avril, p. 808-817.
- BUTZ, A. M., et autres (1990). "Occurrence of Infectious Symptoms in Children in Day Care Homes", *American Journal of Infection Control*, vol. 18, n° 6, décembre, p. 347-353.
- CARABIN, H., et autres (1999). "Effectiveness of a training program in reducing infections in toddlers attending day care centers", *Epidemiology*, vol. 10, n° 3, mai, p. 219-227.
- CORNELIUS, W. Van Niel (2005). "Probiotics: Not Just for Treatment Anymore", *Pediatrics*, vol. 115, n° 1, janvier, p. 174-177.
- HILLIS, S. D., et autres (1992). "Day Care Center Attendance and Diarrheal Morbidity in Colombia", *Pediatrics*, vol. 90, n° 4, octobre, p. 582-588.
- HOLADAY, B., et autres (1990). "Patterns of Fecal Contamination in Day-Care Centers", *Public Health Nursing*, vol. 7, n° 4, décembre, p. 224-228.
- KOTCH, J. B., et autres (2007). "Hand-Washing and Diapering Equipment Reduces Disease Among Children in Out-of-Home Child Care Centers", *Pediatrics*, vol. 120, n° 1, juillet, p. 29-36.
- LABORDE, D. J., et autres (1993). "Effect of Fecal Contamination on Diarrheal Illness Rates in Day-Care Centers", *American Journal of Epidemiology*, vol. 138, n° 4, 15 août, p. 243-255.
- MORROW, A. L., I. T. TOWNSEND et L. K. PICKERING (1991). "Risk of Enteric Infection Associated with Child Day Care", *Pediatric Annals*, vol. 20, n° 8, p. 427-433.
- MUSHER, D. M., et B. L. MUSHER (2004). "Medical Progress: Contagious Acute Gastrointestinal Infections", *The New England Journal of Medicine*, vol. 351, n° 23, 2 décembre, p. 2417-2427.
- PONKA, A., et autres (1991). "Infections and Other Illnesses of Children in Day-Care Centers in Helsinki I: Incidences and Effects of Home and Day-Care Center Variables", *Infection*, vol. 19, n° 4, p. 203-206.
- REVES, R. R., et autres (1993). "Child Day Care Increases the Risk of Clinic Visits for Acute Diarrhea and Diarrhea Due to Rotavirus", *American Journal of Epidemiology*, vol. 137, n° 1, 1^{er} janvier, p. 97-107.
- ROBERTS, Leslee, et autres (2000). "Effect of Infection Control Measures on the Frequency of Diarrheal Episodes in Child Care: A Randomized, Controlled Trial", *Pediatrics*, vol. 105, n° 4, avril, p. 743- 746.
- ROSENFELDT, V., et autres (2005). "Viral Etiology and Incidence of Acute Gastroenteritis in Young Children Attending Day-Care Centers", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 24, no 11, novembre, p. 962-965.

Bibliographie

- ROSENFELDT, V., et autres (2002). "Effect of probiotic Lactobacillus strains on acute diarrhea in a cohort of nonhospitalized children attending day-care centers", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 21, no 5, mai, p. 411-416.
- STAAT, M. A., et autres (1991). "Diarrhea in Children Newly Enrolled in Day-Care Centers in Houston", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 10, n° 4, p. 282-286.
- SULLIVAN, P., et autres (1984). "Longitudinal study of occurrence of diarrheal disease in day care centers", *American Journal of Public Health*, vol. 74, no 9, 1er septembre, p. 987-991.
- TEITELBAUM, J. E. (2005). "Probiotics and the Treatment of Infectious Diarrhea", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 24, no 3, mars, p. 267-268.
- THOMPSON, S. C. (1994). "Infectious Diarrhoea in Children: Controlling Transmission in the Child Care Setting", *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 30, n° 3, p. 210-219.
- VAN, R., et autres (1991a). "The Effect of Diaper Type and Overclothing on Fecal Contamination in Day-Care Centers", *Journal of the American Medical Association*, vol. 265, n° 14, 10 avril, p. 1840-1844.
- VAN, R., et autres (1991b). "Environmental Contamination in Child Day-Care Centers", *American Journal of Epidemiology*, vol. 133, n° 5, 1^{er} mars, p. 460-470.
- WEIZMAN, Zvi, Asli GHALEB et Alsheikh AHMED (2005). "Effect of a Probiotic Infant Formula on Infections in Child Care Centers: Comparison of Two Probiotic Agents", *Pediatrics*, vol. 115, n° 1, janvier, p. 5-9.
- WENIGER, B. G., et autres (1983). "Fecal coliforms on environmental surfaces in two day care centers", *Applied and Environmental Microbiology*, vol. 45, n° 2, février, p. 733-735.

DIPHTÉRIE

- HOLMES, R. K. (2002). « Diphthérie, autres infections à corynebactéries et charbon », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences, p. 909-912.
- LONG, S. S. (2004). "Diphtheria (*Corynebacterium diphtheriae*)", dans BEHRMAN, R. E., R. M. KLEIGMAN et H. B. JENSON, dir. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders, p. 886-889.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2005). *Control of diphtheria, pertussis, tetanus, haemophilus influenzae type b and hepatitis B: Field guide*, Washington, Pan American Health Organization (Scientific and Technical Publication; 604).
- VALIQUETTE, L., et D. DESHAIES (1999). *Diphthérie respiratoire et diphthérie cutanée*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 45 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION = ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006). "Diphtheria vaccine" = « Vaccin antidiplhtérique », *Weekly epidemiological record = Relevé épidémiologique hebdomadaire*, vol. 81, n° 3, 20 janvier, p. 24-31.

ÉRYTHÈME INFECTIEUX (CINQUIÈME MALADIE)

- AL-KHAN, A., A. CALIGIURI et J. APUZZIO (2003). "Parvovirus B-19 infection during pregnancy", *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, vol. 11, n° 3, p. 175-179.

GILBERT, N. L., et autres (2005). "Seroprevalence of parvovirus B19 infection in daycare educators", *Epidemiology and Infection*, vol. 133, n° 2, avril, p. 299-304.

SERVEY, J. T., B. V. REAMY et J. HODGE (2007). "Clinical Presentations of Parvovirus B19 Infection", *American Family Physician*, vol. 75, n° 3, 1^{er} février, p. 373-376.

ESCHERICHIA COLI/ENTÉROHÉMORRAGIQUE (GASTROENTÉRITE À)

AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS (2007). *La bactérie E. coli O157:H7 : conseils pour préserver la salubrité des aliments – Prévention des toxi-infections alimentaires*, [En ligne]. [\[www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/cause/ecolif.shtml\]](http://www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/cause/ecolif.shtml).

ALLABY, M. A. K., et R. MAYON-WHITE (1995). "Escherichia coli O 157: outbreak in a day nursery", *CDR Review: Communicable Disease Report*, vol. 5, n° 1, 6 janvier, p. R4-R6.

BELONGIA, E. A., et autres (1993). "Transmission of Escherichia coli 0157:H7 infection in Minnesota child day-care facilities", *Journal of the American Medical Association*, vol. 269, n° 7, 17 février, p. 883-888.

BOWER, J. R., et autres (1989). "Escherichia Coli 0114: Nonmotile as a Pathogen in an Outbreak of Severe Diarrhea Associated with a Day Care Center", *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 160, n° 2, p. 243-247.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA (2003). "Investigation of an *E. coli* 0157:H7 outbreak in Brooks, Alberta, june-july 2002: The role of occult cases in the spread of infection within a daycare setting", *Canada Communicable Disease Report*, [En ligne], vol. 29, n° 3, 1^{er} février. [\[www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/03vol29/dr2903ea.html\]](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/03vol29/dr2903ea.html).

O'DONNELL, J. M., et autres (2002). "Outbreak of Vero cytotoxin producing *Escherichia coli* O157 in a child day care facility", *Communicable Disease and Public Health*, vol. 5, n° 1, p. 54-58.

RAFFAELLI, R. M., et autres (2007). "Child care-associated outbreak of Escherichia coli O157:H7 and hemolytic uremic syndrome", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 26, n° 10, octobre, p. 951-953.

REIDA, P., et autres (1994). "An Outbreak Due to Enterohaemorrhagic Escherichia coli 0157:H7 in a Child Day Care Centre Characterized by Person-to-Person Transmission and Environmental Contamination", *International Journal of Medical Microbiology*, vol. 281, n° 4, p. 534-543.

SEEMA, S., et autres (1996). "Prolonged Fecal Shedding of Escherichia Coli 0157:H7 During an Outbreak at a Day Care Center", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 23, p. 835-836.

FOLLICULITE ET FURONCLE

Se référer à la bibliographie générale.

GALE

CHOSIDOW, O. (2006). "Scabies", *The New England Journal of Medicine*, vol. 354, n° 16, 20 avril, p. 1718-1727.

Bibliographie

HENGE, U. R., et autres (2006). "Scabies: A Ubiquitous Neglected Skin Disease", *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 6, n° 12, décembre, p. 769-779.

SHELLEY, F. W., et B. J. CURRIE (2007). "Problems in Diagnosing Scabies, a Global Disease in Human and Animal Populations", *Clinical Microbiology Reviews*, vol. 20, n° 2, avril, p. 268-279.

TABLE DE CONCERTATION NATIONALE EN MALADIES INFECTIEUSES et TABLE DE CONCERTATION NATIONALE EN SANTÉ PUBLIQUE (2002). *Guide d'intervention pour le contrôle de la gale*. [Document interne].

GIARDIASE

HUANG, D. B., et A. C. WHITE (2006). "An Updated Review on *Cryptosporidium* and *Giardia*", *Gastroenterology Clinics of North America*, vol. 35, n° 2, juin, p. 291-314.

GONORRHÉE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 149 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Prévenir et enrayer... Situation et orientations : les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 104 p.

HÆMOPHILUS INFLUENZÆ TYPE B (INFECTION INVASIVE À)

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. ÉQUIPE MÉPI (2005). *Protocole d'intervention pour les infections invasives à *Hæmophilus influenzae* de type b*, 20 p. [Document interne non publié].

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006). *Guide canadien d'immunisation*, 7^e édition, Travaux publics et services gouvernementaux Canada.

BEHRMAN, R. E., R. M. KLEIGMAN et H. B. JENSON, dir. (2004). *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders.

CARENFELT, C., et A. SOBIN (1989). "Acute epiglottitis in children and adults: annual incidence and mortality", *Clinical Otolaryngology and Allied Sciences*, vol. 14, n° 6, décembre, p. 489-493.

LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Registre central des maladies à déclaration obligatoire*, [En ligne].

MAYOSMITH, M. F., et autres (1986). "Acute epiglottitis in adults. An eight-year experience in the state of Rhode Island", *The New England Journal of Medicine*, vol. 314, n° 18, 1^{er} mai, p. 1133-1139.

HÉPATITE A

ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES (2007). "Update: Prevention of Hepatitis A After Exposure to Hepatitis A Virus and in International Travelers", *MMWR Weekly*, vol. 56, no 41, 19 octobre, p. 1080-1084.

ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES (2006). "Prevention of Hepatitis A Through Active or Passive Immunization", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 55, no RR-07, 19 mai, p. 1-23.

DEMICHELI, V., et D. TIBERTI (2003). "The Effectiveness and Safety of Hepatitis A Vaccine: A Systematic Review", *Vaccine*, vol. 21, nos 19-20, 2 juin, p. 2242-2245.

SAGLIOCCA, L., et autres (1999). "Efficacy of hepatitis A vaccine in prevention of secondary hepatitis A infection: a randomised trial", *The Lancet*, vol. 353, no 9159, 3 avril, p. 1136-1139.

STAES, C. J., et autres (2000). "Sources of Infection Among Persons With Acute Hepatitis A and No Identified Risk Factors During a Sustained Community-Wide Outbreak", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 106, no 4, octobre. [pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/106/4/e54].

VICTOR, J. C., et autres (2007). "Hepatitis A Vaccine versus Immune Globulin for Postexposure Prophylaxis", *The New England Journal of Medicine*, vol. 357, no 17, 25 octobre, p. 1685-1694.

HÉPATITE B

BOUCHER, C., et L. POIRIER (2006). « Lorsque des enfants se mordent au service de garde », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 9, no 3, automne, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no93/article1.asp].

CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY PRACTICE (1998). "A bite in the playroom: Managing human bites in day care settings", *Paediatrics & Child Health*, vol. 3, no 5, septembre-octobre, p. 355-357.

GROUPE DE TRAVAIL AD HOC DE LA TABLE DE CONCERTATION NATIONALE EN MALADIES INFECTIEUSES (2005). *Guide d'intervention sur l'hépatite B*.

LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Registre central des maladies à déclaration obligatoire*, [En ligne].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. COMITÉ PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES EN SERVICE DE GARDE (1997). *Avis de santé publique sur le contrôle des maladies transmissibles par le sang dans le contexte d'un service de garde à l'enfance*, ministère de la Santé et des Services sociaux.

SOLOMONS, H. C., et R. ELARDO (1991). "Biting in day care centers: incidence, prevention, and intervention", *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 5, no 4, juillet-août, p. 191-206.

Bibliographie

HÉPATITE C

- DIENSTAG, J. L., et K. J. ISSELBACHER (2002). « Hépatites virales aiguës », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences, p. 1730.
- FONTAINE, H. (2002). « L'hépatite C dans certaines populations de malades : les enfants, les hémophiles et les thalassémiques, les hémodialysés et les transplantés rénaux », *Gastroentérologie clinique et biologique*, vol. 26, n^o HS2, mars, p. 91-104.
- LAPOINTE, N., et autres (2002). « L'infection au virus de l'hépatite C », *Programme canadien de surveillance pédiatrique*, [En ligne], Société canadienne de pédiatrie. [www.cps.ca/francais/surveillance/pcsp/ressource/rhepatitec.htm].
- SHERMAN, M., et autres (2004). “The management of chronic viral hepatitis: A Canadian consensus conference 2004”, *The Canadian Journal of Gastroenterology*, vol. 18, n^o 12, décembre, p. 715-728.
- SNYDER, J. D., et L. K. PICKERING (2004). “Viral hepatitis”, dans BEHRMAN, R. E., R. M. KLIEGMAN et H. B. JENSON, dir. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders, p. 1329-1330.
- THE GLOBAL BURDEN OF HEPATITIS C WORKING GROUP (2004). “Global Burden of Disease for Hepatitis C”, *The Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 44, p. 20-29.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). *Hepatitis C*, [En ligne], World Health Organization. [www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrlyo2003/en/index.html].
- ZOU, S., M. TEPPER et A. GIULIVI (2001). « L'hépatite C au Canada », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 27, suppl. n^o 3, septembre. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/01vol27/27s3/27s3f_f.html].

HÉPATITE D

- DIENSTAG, J. L., et K. J. ISSELBACHER (2002). « Hépatites virales aiguës », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences, p. 1730.
- SNYDER, J. D., et L. K. PICKERING (2004). “Viral hepatitis”, dans BEHRMAN, R. E., R. M. KLIEGMAN et H. B. JENSON, dir. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders, p. 1330-1331.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001). *Hepatitis D*, [En ligne], World Health Organization. [www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrncts2001/en/index.html].

HÉPATITE E

- AGGARWAL, R., et K. KRAWCZYNSKI (2000). “Hepatitis E: An overview and recent advances in clinical and laboratory research”, *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, vol. 15, n^o 1, janvier, p. 9-20.
- BOXALL, E., et autres (2006). “Transfusion-transmitted hepatitis E in a ‘nonhyperendemic’ country”, *Transfusion Medicine*, vol. 16, n^o 2, avril, p. 79-83.

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2007). "Chapter 4: Prevention of Specific Infectious Diseases: Hepatitis, Viral, Type E", *Travelers' Health: Yellow Book: CDC Health Information for International Travel 2008*, [En ligne]. [www.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-HepE.aspx].
- DIENSTAG, J. L., et K. J. ISSELBACHER (2006). « Hépatites virales aiguës », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 16^e éd., Paris, Flammarion médecine, p. 1822-1838.
- EMERSON, S. U., et R. H. PURCELL (2003). "Hepatitis E virus", *Reviews in Medical Virology*, vol. 13, n° 3, mai-juin, p. 145-154.
- KHUROO, M. S., et S. KAMILI (2006). "Association of severity of hepatitis E virus infection in the mother and vertically transmitted infection in the fetus", *JK-Practitioner*, vol. 13, n° 2, avril-juin, p. 70-74.
- MADISON DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH. PUBLIC HEALTH NURSING. *Infectious Disease in Daycare*, [En ligne]. [www.ci.madison.wi.us/health/phn/daytab.html].
- NAOUMOV, N. V. (2007). "Hepatitis A and E", *Medicine*, vol. 35, n° 1, janvier, p. 35-38.
- NORTH DAKOTA DEPARTMENT OF HEALTH (2006). "Hepatitis E", *Disease Information*, [En ligne]. [www.ndhealth.gov/Disease/faq/Faqs.aspx].
- PANDA, S. K., D. THAKRAL et S. REHMAN (2007). "Hepatitis E virus", *Reviews in Medical Virology*, vol. 17, n° 3, mai, p. 151-180.
- PURCELL, R. H., et S. U. EMERSON (2001). "Hepatitis E virus", dans KNIPE, D. M., et P. M. HOWLEY, dir. *Fields virology*, 4th Ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, p. 3051-3061.
- VICTORIAN STATE GOVERNMENT. DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES (2008). *Blue book: Guidelines for the control of infectious diseases*, [En ligne]. [www.health.vic.gov.au/ideas/bluebook].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001). *Hepatitis E*, [En ligne], World Health Organization. [www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsredc200112/en/print.html].
- WORN, H. C., W. H. M. VAN DER POEL et G. BRANDSTÄTTER (2002). "Hepatitis E: an overview", *Microbes and Infection*, vol. 4, n° 6, mai, p. 657-666.

HERPÈS

- CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY. *INFECTIOUS DISEASES AND IMMUNIZATION COMMITTEE* (2006). "Current management of herpes simplex virus infection in pregnant women and their newborn infants", *Paediatrics & Child Health*, vol. 11, n° 6, juillet-août, p. 363-365.

IMPÉTIGO

- PARSONNET, J. (2002). « Infections à staphylocoque », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences, p. 889-893.
- WESSELS, M. R. (2002). « Infections à streptocoque et à entérocoque », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences, p. 901-905.

Bibliographie

INFLUENZA

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2006). *Recommandations du Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec (CPISGEQ) en regard de la pandémie appréhendée d'influenza*, 7 p. [Document interne non publié].

INTOXICATION ALIMENTAIRE

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1994). "Epidemiologic Notes and Reports Bacillus cereus Food Poisoning Associated with Fried Rice at Two Child Day Care Centers – Virginia, 1993", *MMWR Weekly*, vol. 43, n° 10, 18 mars, p. 177-178.

STASKEL, D. M., et autres (2007). "Microbial Evaluation of Foodservice Surfaces in Texas Child-Care Centers", *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 107, n° 5, mai, p. 854-859.

LARYNGITE STRIDULEUSE (FAUX CROUP)

BJORNSON, C. L., et autres (2004). "A Randomized Trial of a Single Dose of Oral Dexamethasone for Mild Croup", *The New England Journal of Medicine*, vol. 351, n° 13, 23 septembre, p. 1306-1313.

GERMAIN, V. (2006). « Qui s'endort sur un stridor? », *Le Médecin du Québec*, vol. 41, n° 12, décembre, p. 55.

SCOLNIK, D., et autres (2006). "Controlled Delivery of High vs Low Humidity vs Mist Therapy for Croup in Emergency Departments: A Randomized Controlled Trial", *Journal of the American Medical Association*, vol. 295, n° 11, 15 mars, p. 1274-1280.

LISTÉRIOSE INVASIVE

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2003). *Listériose*, [En ligne]. [dsol-smed.hc-sc.gc.ca/dsol-smed/ndis/diseases/list_f.html].

BRUNEAU, Anne (2003). « Listériose, un risque en cours de grossesse! », *Chronique PPM – Prévention en pratique médicale*, [En ligne], Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique. [www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/chronique/2003/15092003.html].

GAULIN, Colette, et autres (2003). « Première éclosion déclarée de *Listeria monocytogenes* dans la province de Québec, 2002 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 29, n° 21, 1^{er} novembre. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/03vol29/rm2921fa.html].

INSTITUT PASTEUR (2006). *La listériose*, [En ligne]. [www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000j-0hk/presse/fiches-sur-les-maladies-infectieuses/listeriose].

MANITOBA HEALTH. PUBLIC HEALTH (2000). *Renseignements sur la listériose*, [En ligne]. [www.gov.mb.ca/health/publichealth/cmoh/docs/listeriosis.fr.pdf].

LYME (MALADIE DE) ET MORSURES DE TIQUES

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2006). « La maladie de Lyme... une zoonose en émergence », *Sentinelle*, vol. 12, n° 2, mai, p. 1-2.

BEHRMAN, R. E., R. M. KLEIGMAN et H. B. JENSON, dir. (2004). *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders.

CANADIAN PUBLIC HEALTH LABORATORY NETWORK (2007). "The laboratory diagnosis of Lyme borreliosis: Guidelines of the Canadian Public Health Laboratory Network", *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, vol. 18, n° 2, mars-avril, p. 145-148.

COMITÉ CONSULTATIF DE LA MÉDECINE TROPICALE ET DE LA MÉDECINE DES VOYAGES (2005). « Déclaration relative aux mesures de protection individuelle pour prévenir les piqûres ou morsures d'arthropodes », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 31, n° DCC-4, 15 mai, Agence de la santé publique du Canada. [\[www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/asc-dcc-4/index_f.html\]](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/asc-dcc-4/index_f.html).

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (2000). « Déclaration sur la vaccination contre la maladie de Lyme », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 26, n° DCC-3, 1^{er} juillet. [\[www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26sup/dcc3.html\]](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26sup/dcc3.html).

HAYES, Edward B. (2003). "Current Concepts: How Can We Prevent Lyme Disease?", *The New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 24, 12 juin, p. 2424-2430.

INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA (2000). "Practice Guidelines for the Treatment of Lyme Disease: Guidelines from the Infectious Diseases Society of America", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 31, suppl. n° 1, 1^{er} juillet, p. S1-S14.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2006a). *Formulaire d'enquête épidémiologique : maladie de Lyme*. [Document interne non publié à l'usage des professionnels].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2006b). *Procédure pour la collecte et l'identification des tiques*. [Document interne non publié à l'usage des professionnels].

OGDEN, N. H. (2008). « La borréliose de Lyme au Canada : un problème grandissant », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 34, n° 1, 1^{er} janvier. [\[www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/08vol34/dr-rm3401-fra.php\]](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/08vol34/dr-rm3401-fra.php).

ROCHEFORT, Jean, et Louise TRUDEL (2002). *Maladie de Lyme*, Institut national de santé publique du Québec.

STAFFORD III, K. C. (2007). *Tick Management Handbook: An integrated guide for homeowners, pest control operators, and public health officials for prevention of tick-associated disease*, [En ligne], The Connecticut Agricultural Experiment Station. [\[www.ct.gov/caes/site/default.asp\]](http://www.ct.gov/caes/site/default.asp).

STEERE, Allen C. (2001). "Medical Progress: Lyme Disease", *The New England Journal of Medicine*, vol. 345, n° 2, 12 juillet, p. 115-125.

Bibliographie

MÉNINGITE VIRALE

- BÖTTNER, A., et autres (2002). "A season of aseptic meningitis in Germany: epidemiologic, clinical and diagnostic aspects", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 21, n° 12, décembre, p. 1126-1132.
- CARROL, E. D., et autres (2006). "Clinical and diagnostic findings of an echovirus meningitis outbreak in the north west of England", *Postgraduate Medical Journal*, vol. 82, n° 963, janvier, p. 60-64.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2006). "Enterovirus Surveillance – United States, 2002-2004", *MMWR Weekly*, vol. 55, n° 6, 17 février, p. 153-156.

MÉNINGOCOQUE (INFECTION À)

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006). « Addendum : mise à jour : *Lignes directrices pour la prévention et la lutte contre les atteintes méningococciques* », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 32, n° 22, 15 novembre. [\[www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/rm3222fc.html\]](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/rm3222fc.html).
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2005). « *Lignes directrices pour la prévention et la lutte contre les atteintes méningococciques* », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 31, suppl. n° 1, mai. [\[www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/31s1/index_f.html\]](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/31s1/index_f.html).
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2008). "Emergence of Fluoroquinolone-Resistant *Neisseria meningitidis* – Minnesota and North Dakota, 2007-2008". *MMWR Weekly*, vol. 57, n° 7, p.173-175.
- COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC (2002). *Pertinence de l'introduction du vaccin méningococcique dans le calendrier régulier d'immunisation au Québec*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec. [\[www.inspq.qc.ca/pdf/publications/100_VaccinMeningoConjugue.pdf\]](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/100_VaccinMeningoConjugue.pdf).
- DAVISON, K. L., et autres (2004). "Clusters of meningococcal disease in school and preschool settings in England and Wales: What is the risk?", *Archives of Disease in Childhood*, vol. 89, n° 3, mars, p. 256-260.
- FRASER, A., et autres (2005). "Antibiotics for preventing meningococcal infections", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [En ligne], n° 1. [Art. n° : CD004785. DOI : 10.1002/14651858.CD004785.pub3].
- GREIN, T., et D. O'FLANAGAN (2001). "Day-care and meningococcal disease in young children", *Epidemiology and Infection*, vol. 127, n° 3, décembre, p. 435-441.
- PERRON, Lina (2007). *Guide d'intervention en regard des infections invasives à méningocoque*. [Document de travail].

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

- BRAUE, A., et autres (2005). "Epidemiology and Impact of Childhood Molluscum Contagiosum: A Case Series and Critical Review of the Literature", *Pediatric Dermatology*, vol. 22, n° 4, juillet, p. 287-294.

MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE

VALIQUETTE, Louis, et Louiselle LEBLANC (2003). « Est-ce une mononucléose? », *Le clinicien*, vol. 18, n° 11, novembre, p. 103-105.

OREILLONS

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. « S'occuper des maladies infectieuses : éclosions et autres risques de transmission », *Espace Professionnels*, [En ligne]. [www.santepub-mtl.qc.ca:80/eclosion/index.html].

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2006). “Update: Multistate Outbreak of Mumps – United States, January 1-May 2, 2006”, *MMWR Dispatch*, [En ligne], vol. 55, 18 mai, Centers for Disease Control and Prevention. [www.cdc.gov:80/mmwr/preview/mmwrhtml/mm55d518a1.htm].

ZIMMERMAN, Laura, Susan REEF et Melinda WHARTON (2002). “Chapter 7: Mumps”, *VPD Surveillance Manual: Chapter 7, Mumps 7-1*, [En ligne]. [www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/downloads/chpt07_mumps.pdf].

OTITE MOYENNE AIGUË

BEHRMAN, R. E., R. M. KLEIGMAN et H. B. JENSON, dir. (2004). *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders.

SIEGEL, R. M., et J. P. BIEN (2004). “Acute Otitis Media in Children: A Continuing Story”, *Pediatrics in Review*, vol. 25, n° 6, juin, p. 187-193.

SUBCOMMITTEE ON MANAGEMENT of ACUTE OTITIS MEDIA (2004). “Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Management of Acute Otitis Media”, *Pediatrics*, vol. 113, n° 5, mai, p. 1451-1465.

WEBER, Stephen M., et K. M. GRUNDFAST (2003). “Modern management of acute otitis media”, *Pediatric Clinics of North America*, vol. 50, n° 2, avril, p. 399-411.

OXYUROSE (ENTÉROBIASE)

GYORKOS, T. W., et autres (2003). “Prevalence of parasites in Canada and Alaska”, dans AKUFFO, H., et autres. *Parasites of the Colder Climates*, London, Taylor & Francis, p. 77-88.

PÉDICULOSE

BURGESS I.F., LEE P.N., BROWN C.M. *Randomised, controlled, parallel group clinical trials to evaluate the efficacy of isopropyl myristate/cyclomethicone solution against head lice*. *Pharm J.*; 280: 371-375.

CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY. INFECTIOUS DISEASES AND IMMUNIZATION COMMITTEE (2004). “Head lice infestations: A clinical update”, *Paediatrics & Child Health*, vol. 9, n° 9, novembre, p. 647-651.

Bibliographie

- CATALA, S., L. JUNCO et R. VAPORAKY (2005). "Pediculus capitidis infestation according to sex and social factors in Argentina", *Revista de Saúde Pública*, [En ligne], vol. 39, n° 3, juin. [200.152.208.135/rsp_usp/].
- ELLIS, E. F., et autres (2004). "Faculty Discussion: Definitive Management of Head Lice in the Era of Pediculicide Resistance". *The American Journal of Managed Care*, vol. 10, suppl. n° 9, septembre, p. S283-S287.
- GUIDE DE RÉFÉRENCE SANTÉ (2006). « Nouveau traitement topique contre les poux de tête sans pesticide des millions d'élèves canadiens se préparent à la rentrée des classes », *Nouvelles*, [En ligne], Guide de Référence Santé. [www.guidesanteenligne.com/news_detail.asp?ID=55344].
- KAUL, N., et autres (2007). "North American Efficacy and Safety of a Novel Pediculicide Rinse, Isopropyl Myristate 50% (Resultz)", *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, vol. 11, n° 5, septembre-octobre, p. 161-167.
- MARCEAU, N., J. SOTO et R. CÔTÉ (2008). *Mise à jour de l'Institut national de santé publique concernant la thérapie pédiculicide au 1-3-2008*, Institut national de santé publique du Québec, 3 p. [Document interne].
- MUMCUOGLU, K. Y., et autres (2007). "International Guidelines for Effective Control of Head Louse Infestations", *Journal of Drugs in Dermatology*, vol. 6, n° 4, p. 409-414.
- MUMCUOGLU, K. Y., et autres (2006). "Head louse infestations: the 'no nit' policy and its consequences", *International Journal of Dermatology*, vol. 45, n° 8, août, p. 891-896.
- ROBERTS, R. J., et I. F. BURGESS (2005). "New head-lice treatments: hope or hype?", *The Lancet*, vol. 365, n° 9453, janvier, p. 8-10.
- SAVARD, P. (2004). « Trois sujets qui devraient piquer votre curiosité : les insectifuges, les poux de tête et la gale », *Le Médecin du Québec*, vol. 39, n° 12, décembre, p. 45-53.

PHARYNGO-AMYGDALITE VIRALE

- HAYDEN, G. F., et R. B. TURNER (2004). "Acute pharyngitis", dans BEHRMAN, R. E., R. M. KLEIGMAN et H. B. JENSON, dir. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders, p. 1393-1394.
- KVÆRNER, K. J., P. NAFSTAD et J. J. K. JAAKKOLA (2000). "Upper Respiratory Morbidity in Preschool Children: A Cross-sectional Study", *Archives of Otolaryngology – Head & Neck Surgery*, vol. 126, n° 10, octobre, p. 1201-1206.

PHARYNGO-AMYGDALITE STREPTOCOCCIQUE ET SCARLATINE

- BEHRMAN, R. E., R. M. KLEIGMAN et H. B. JENSON, dir. (2004). *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders.
- BISNO, Alan L. (2001). "Acute Pharyngitis", *The New England Journal of Medicine*, vol. 344, n° 3, 18 janvier, p. 205-211.
- CAMPISI, Paolo, et Ted L. TEWFIK (2002). « L'amygdalite et ses complications : comment les diagnostiquer et les traiter? », *Le clinicien*, vol. 17, n° 12, décembre, p. 76-83.

MARTIN, Judith M., et autres (2004). "Group A Streptococci Among School-Aged Children: Clinical Characteristics and Carrier State", *Pediatrics*, vol. 114, n° 5, novembre, p. 1212-1219.

WALD, Ellen R. (2001). "Antibiotic Treatment of Pharyngitis", *Pediatrics in Review*, vol. 22, n° 8, août, p. 255-256.

PNEUMOCOQUE (INFECTION À)

ANDERSSON, M., et autres (2005). "Modelling the spread on penicillin-resistant *Streptococcus pneumoniae* in day-care and evaluation on intervention", *Statistics in Medicine*, vol. 24, n° 23, 15 décembre, p. 3593-3607.

DAGAN, R., et autres (2001). "Effect of a conjugate pneumococcal vaccine on the occurrence of respiratory infections and antibiotic use in day-care center attendees", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 20, n° 10, octobre, p. 951-958.

DAGAN, R., et K. O'BRIEN (2005). "Modeling the Association between Pneumococcal Carriage and Child-Care Center Attendance", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 40, n° 9, mai, p. 1223-1226.

DE LENCASTRE, H., et A. TOMASZ (2002). "From ecological reservoir to disease: the nasopharynx, day-care centres and drug-resistant clones of *Streptococcus pneumoniae*", *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, vol. 50, suppl., décembre, p. 75-81.

HUANG, S. S., J. A. FINKELSTEIN et M. LIPSITCH (2005). "Modeling Community and Individual-Level Effects of Child-Care Center Attendance on Pneumococcal Carriage", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 40, n° 9, mai, p. 1215-1222.

LEVINE, O. S., et autres (1999). "Risk Factors for Invasive Pneumococcal Disease in Children: A Population-based Case-Control Study in North America", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 103, n° 3, mars. [pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/103/3/e28].

PNEUMONIE BACTÉRIENNE ET VIRALE

HYDE, T. B., et autres (2001). "Azithromycin prophylaxis during a hospital outbreak of *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia", *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 183, n° 6, 15 mars, p. 907-912.

MCINTOSH, K. (2002). "Current Concepts: Community-Acquired Pneumonia in Children", *The New England Journal of Medicine*, vol. 346, n° 6, 7 février, p. 429-437.

POLIOMYÉLITE

GLOBAL POLIO ERADICATION INITIATIVE (2008). *Wild Poliovirus Weekly Update*, [En ligne], 16 avril. [www.polioeradication.org/casecount.asp].

RAGE

COMITÉ SUR LA RÉVISION DU PROTOCOLE D'INTERVENTION VISANT LA PRÉVENTION DE LA RAGE HUMAINE (2007). *Guide d'intervention visant la prévention de la rage humaine*, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Bibliographie

RHUME

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2007). "Infant Deaths Associated with Cough and Cold Medications — Two States, 2005", *MMWR Weekly*, vol. 56, n° 1, 12 janvier, p. 1-4.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2005). *Le rhume chez les enfants*, [En ligne]. [www.soinsdenosenfants.cps.ca/maladies/rhume.htm].

ROSÉOLE (EXANTHÈME SUBIT)

BEHRMAN, R. E., R. M. KLEIGMAN et H. B. JENSON, dir. (2004). *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders.

FREITAS, R. B., T. A. F. MONTEIRO et A. C. LINHARES (2000). "Outbreaks of human-herpes virus 6 (HHV-6) infection in day-care centers in Belém, Pará, Brazil", *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, vol. 42, n° 6, novembre-décembre, p. 305-311.

HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences.

ROTAVIRUS (GASTROENTÉRITE À)

BUTZ, A. M., et autres (1993). "Prevalence of Rotavirus on High-Risk Fomites in Day-Care Facilities", *Pediatrics*, vol. 92, n° 2, août, p. 202-205.

DE CASTRO, L., et autres (1994). "An Outbreak of Diarrhea Associated with Rotavirus Serotype 1 in a Day Care Nursery in Rio de Janeiro, Brazil", *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, vol. 89, n° 1, janvier-mars, p. 5-9.

DENNEHY, P. H. (2006). "Rotavirus Vaccines: An Update", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 25, n° 9, septembre, p. 839-840.

DENNEHY, P. H., et autres (2006). "A Case-Control Study to Determine Risk Factors for Hospitalization for Rotavirus Gastroenteritis in U.S. Children", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 25, n° 12, décembre, p. 1123-1131.

FLORET, D., et autres (2006). "Epidemiology and burden of rotavirus diarrhea in day care centers in Lyon, France", *European Journal of Pediatrics*, vol. 165, n° 12, décembre, p. 905-906.

FORD-JONES, E. L., et autres (2000). "Rotavirus-Associated Diarrhea in Outpatient Settings and Child Care Centers", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 154, n° 6, juin, p. 586-593.

KESWICK, B. H., et autres (1983). "Survival and detection of rotaviruses on environmental surfaces in day care centers", *Applied and Environmental Microbiology*, vol. 46, n° 4, octobre, p. 813-816.

O'RYAN, M. L., et autres (1990). "Molecular Epidemiology of Rotavirus in Children Attending Day Care Centers in Houston", *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 162, n° 4, p. 810-816.

PICKERING, L. K., et autres (1988). "Asymptomatic Excretion of Rotavirus Before and After Rotavirus Diarrhea in Children in Day Care Centers", *The Journal of Pediatrics*, vol. 112, n° 3, mars, p. 361-365.

REVES, R. R., et autres (1993). "Child Day Care Increases the Risk of Clinic Visits for Acute Diarrhea and Diarrhea Due to Rotavirus", *American Journal of Epidemiology*, vol. 137, n° 1, janvier, p. 97-107.

STAAT, M. A., et autres (1991). "Diarrhea in Children Newly Enrolled in Day-Care Centers in Houston", *Journal of Pediatric Infectious Diseases*, vol. 10, n° 4, p. 282-286.

VIBEKE, Rosenfeldt, et autres (2005). "Viral Etiology and Incidence of Acute Gastroenteritis in Young Children Attending Day-Care Centers", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 24, n° 11, novembre, p. 962-965.

WILDE, J., et autres (1992). "Detection of Rotaviruses in the Day Care Environment by Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction", *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 166, n° 3, p. 507-511.

Rougeole

GERSHON, A. (2002). « Rougeole », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences, p. 1142-1145.

MALDONADO, Y (2004). "Measles", dans BEHRMAN, R. E., R. M. KLEIGMAN et H. B. JENSON, dir. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders, p. 1026-1032.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). Protocole d'intervention – Mise à jour – La rougeole, ministère de la Santé et des Services sociaux, 19 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION = ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004). "Measles" = « Vaccins antirougeoleux », *Weekly epidemiological record = Relevé épidémiologique hebdomadaire*, vol. 79, n° 14, 2 avril, p. 130-142.

Rubéole

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2001). "Control and Prevention of Rubella: Evaluation and Management of Suspected Outbreaks, Rubella in Pregnant Women, and Surveillance of Congenital Rubella Syndrome", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 50, n° RR-12, 13 juillet, p. 1-24.

CHARBONNEAU, S., et P. DE WALS (1997). *La rubéole : prévenir et enrayer*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 61 p.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (2006). « Vaccin contre la rubéole », dans AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Guide canadien d'immunisation*, 7^e éd., Agence de la santé publique du Canada, p. 344-355.

GERSHON, A. (2002). « Rubéole », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences, p. 1145-1147.

MALDONADO, Y. (2004). "Rubella", dans BEHRMAN, R. E., R. M. KLEIGMAN et H. B. JENSON, dir. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders, p. 1032-1034.

PERRON, Lina (1998). *Protocole d'intervention : la rubéole*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 20 p.

Bibliographie

SANTÉ CANADA (2002). « Rapport d'une réunion du Comité consultatif d'experts sur la rubéole au Canada », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 28, suppl. n° 4, septembre. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/02vol28/28s4/index_f.html].

SALMONELLOSE (INCLUANT LA FIÈVRE TYPHOÏDE)

AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS (2008). *La bactérie Salmonelle : conseils pour préserver la salubrité des aliments : prévention des toxi-infections alimentaires*, [En ligne]. [www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/cause/salmonellaf.shtml].

SIRINAVIN, S., et P. GARNER (1998). “Antibiotics for treating salmonella gut infections”, Cochrane Database of Systematic Reviews, [En ligne], n° 3. [Art. n° : CD001167. DOI : 10.1002/14651858.CD001167].

SHIGELLOSE

AGHA, Rabia, et autres (2007). *Management of Shigella gastroenteritis in adults*, [En ligne], UpToDate. [www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~10c0KPtJBLILd1&selectedTitle=1~150&source=search_result].

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2006). “Outbreaks of Multidrug-Resistant *Shigella sonnei* Gastroenteritis Associated with Day Care Centers – Kansas, Kentucky, and Missouri, 2005”, *MMWR Weekly*, vol. 55, n° 39, 6 octobre, p. 1068-1071.

GLICKMAN, Michael S., et autres (2007). *Microbiology and epidemiology of Shigella infection*, [En ligne], UpToDate. [www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~cPn8VbHmEOfOyw&selectedTitle=1~82&source=search_result].

HOFFMAN, R. E., et P. J. SHILLAM (1990). “The Use of Hygiene, Cohorting, and Antimicrobial Therapy to Control an Outbreak of Shigellosis”, *American Journal of Diseases of Children*, vol. 144, n° 2, février, p. 219-221.

MOHLE-BOETANI, J. C., et autres (1995). “Communitywide Shigellosis: Control of an Outbreak and Risk Factors in Child Day-Care Centers”, *American Journal of Public Health*, vol. 85, n° 6, juin, p. 812-816.

STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE (SARM)

ADCOCK, P. M., et autres (1998). “Methicillin-resistant Staphylococcus aureus in two child care centers”, *The Journal of Infectious Disease*, vol. 178, n° 2, août, p. 577-580.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. SECTEUR VIGIE ET PROTECTION (2006). *Avis intérimaire de santé publique : émergence du Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline d'origine communautaire (SARM-C) dans la région de Montréal*, [En ligne]. [www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/prevention/infection/pdf/avisaout2006.pdf].

- BARTON, M., et autres (2006). "Guidelines for the prevention and management of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: A perspective for Canadian health care practitioners", *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, vol. 17, suppl. n° C, septembre-octobre, p. 3C-24C.
- CREECH, C. B., et autres (2005). "Increasing Rates of Nasal Carriage of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in Healthy Children", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 24, n° 7, juillet, p. 617-621.
- HAWKES, M., et autres (2007). "Community-associated MRSA: Superbug at our doorstep", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 176, n° 1, 2 janvier, p. 54-56.
- HEININGER, U., et autres (2007). "Prevalence of nasal colonization with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in children a multicenter cross-sectional study", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 26, n° 6, juin, p. 544-546.
- KAPLAN, S. L., et autres (2006). "Community-Acquired Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Infections in Children", *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, vol. 17, n° 3, juillet, p. 113-119.
- LO, W.-T., et autres (2007). "Nasal carriage of a single clone of community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* among kindergarten attendees in northern Taiwan", *BioMed Central Infectious Diseases*, [En ligne], vol. 7, n° 51, 1^{er} juin. [www.biomedcentral.com/1471-2334/7/51].
- OTTO, M. (2007). "Community-associated MRSA: a dangerous epidemic", *Future Microbiology*, vol. 2, n° 5, octobre, p. 457-459.
- SIEGEL, J. D., et autres (2006). *Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings, 2006*, [En ligne], Centers for Disease Control and Prevention. [www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/ar/mdroguideline2006.pdf].

STREPTOCOQUE B-HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A (INFECTION INVASIVE À)

- DAVIES, H. D., et autres (1996). "Invasive Group A Streptococcal Infections in Ontario, Canada", *The New England Journal of Medicine*, vol. 335, n° 8, 22 août, p. 547-554.
- LAUPLAND, K. B., et autres (2000). "Invasive Group A Streptococcal Disease in Children and Association With Varicella-Zoster Virus Infection", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 105, n° 5, mai. [pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/105/5/e60].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Infections invasives à streptocoque du groupe A : situation, orientations et recommandations*, 2^e édition, [En ligne]. [www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/prevention/infection/pdf/GuideInfectionsInvasivesstrept.pdf].
- TYRRELL, G. J., et autres (2005). "Invasive Group A Streptococcal Disease in Alberta, Canada (2000 to 2002)", *Journal of Clinical Microbiology*, vol. 43, n° 4, avril, p. 1678-1683.

TÉTANOS

- ABRUTYN, E. (2002). « Tétanos », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences, p. 918-920.

Bibliographie

ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES (2006). "Preventing Tetanus, Diphtheria, and Pertussis Among Adolescents: Use of Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid and Acellular Pertussis Vaccines", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 55, n° RR-03, 24 mars, p. 7-8.

ARNON, S. S. (2004). "Tetanus (*Clostridium tetani*)", dans BEHRMAN, R. E., R. M. KLEIGMAN et H. B. JENSON, dir. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders, p. 951-953.

BROOK, I. (2004). "Tetanus in Children", *Pediatric Emergency Care*, vol. 20, n° 1, janvier, p. 48-53.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2005). *Control of diphtheria, pertussis, tetanus, haemophilus influenzae type b and hepatitis B: Field guide*, Washington, Pan American Health Organization (Scientific and Technical Publication; 604).

TINEA CAPITIS

VIGUIÉ-VALLANET, C., et autres (2005). « Épidémie de teignes à *Trichophyton tonsurans* dans une école maternelle de la région parisienne », *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, vol. 132, n° 5, mai, p. 432-438.

TINEA CORPORIS

Se référer à la bibliographie générale.

TINEA PEDIS

RASMUSSEN, J. E. (1992). "Cutaneous Fungus Infections in Children", *Pediatrics in Review*, vol. 13, n° 4, avril, p. 152-156.

TOXOCAROSE

GYORKOS, T. W., et autres (2003). "Prevalence of parasites in Canada and Alaska", dans AKUFFO, H., et autres. *Parasites of the Colder Climates*, London, Taylor & Francis, p. 77-88.

VILLENEUVE, A. (2003). *Les zoonoses parasitaires : l'infection chez les animaux et chez l'homme*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 506 p.

TUBERCULOSE

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2007). *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6^e édition, 496 p.

NATIONAL TUBERCULOSIS CONTROLLERS ASSOCIATION ET CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2005). "Guidelines for the Investigation of Contacts of Persons with Infectious Tuberculosis", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 54, n° RR-15, 16 décembre, p. 1-37.

NELSON, L. J., et C. D. WELLS (2004). "Global epidemiology of childhood tuberculosis", *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 8, n° 5, mai, p. 636-647.

MANDALAKAS, A. M., et J. R. STARKE (2005). "Current concepts of childhood tuberculosis", *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, vol. 16, n° 2, avril, p. 93-104.

VARICELLE ET ZONA

DWORKIN, R. H., et autres (2007). "Recommendations for the Management of Herpes Zoster", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 44, suppl. n° 1, 1^{er} janvier, p. S1-S26.

HEININGER, U., et J. F. SEWARD (2006). "Varicella", *The Lancet*, vol. 368, n° 9544, 14 octobre-20 octobre, p. 1365-1376.

LAUPLAND, K. B., et autres (2000). "Invasive Group A Streptococcal Disease in Children and Association With Varicella-Zoster Virus Infection", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 105, n° 5, mai. [pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/105/5/e60].

LEUNG, A. K. C., W. L. M. ROBSON et A. G. LEONG (2006). "Herpes Zoster in Childhood", *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 20, n° 5, septembre-octobre, p. 300-303.

MYERS, M. G., J. F. SEWARD et P. S. LARUSSA (2007). "Varicella-Zoster Virus", dans KLIEGMAN, R. M., et autres, dir. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 18th Ed., Saunders, p. 1366-1372.

VERRUES

IRACE-CIMA, Alejandra, et autres (2004). *Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire : guide à l'intention des infirmières en santé scolaire, des enseignants, des stagiaires, des parents, des commissions scolaires et des directions d'écoles*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval, p. 57.

MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE (2003). *Faire face aux maladies infectieuses à l'école*, édition 2003, [En ligne]. [www.questionsante.org/03publications/charger/malinfectecole.pdf].

VERS INTESTINAUX (INFECTION PAR DES)

Se référer à la bibliographie générale.

VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH) (INFECTION AU)

COMMITTEE ON PEDIATRIC AIDS et COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES (1999). "Issues Related to Human Immunodeficiency Virus Transmission in Schools, Child Care, Medical Settings, the Home, and Community", *Pediatrics*, vol. 104, n° 2, août, p. 318-324.

DOMINGUEZ, K. L. (2000). "Management of HIV-infected children in the home and institutional settings: Care of children and infections control in schools, day care, hospital settings, home, foster care, and adoption", *Pediatric Clinics of North America*, vol. 47, n° 1, février, p. 203-239.

HAVENS, P. L., et COMMITTEE ON PEDIATRIC AIDS (2003). "Postexposure Prophylaxis in Children and Adolescents for Nonoccupational Exposure to Human Immunodeficiency Virus", *Pediatrics*, vol. 111, n° 6, juin, p. 1475-1489.

JUHN, Y. J., et autres (2001). "Willingness of directors of child care centers to care for children with chronic infections", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 20, n° 1, janvier, p. 77-79.

MERCHANT, R. C., et R. KESHAVARZ (2001). "Human Immunodeficiency Virus Postexposure Prophylaxis for Adolescents and Children", *Pediatrics*, vol. 108, n° 2, août. [pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/108/2/e38].

Bibliographie

RENAUD, A., B. RYAN et D. CLOUTIER (1997). "Knowledge and attitude assessment of Quebec daycare workers and parents regarding HIV/AIDS and hepatitis B", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 88, n° 1, janvier-février, p. 23-26.

VNO

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006a). *Aperçu général*, [En ligne].
www.phac-aspc.gc.ca/wn-no/gen_f.html.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006b). *Virus du Nil occidental – Protégez-vous!*, [En ligne]. [www.virusduniloccidental.gc.ca].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Virus du Nil occidental*, [En ligne].
www.wnvirus.info/index.php?accueil.

YERSINIOSE

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2003). "Yersinia enterocolitica Gastroenteritis Among Infants Exposed to Chitterlings – Chicago, Illinois, 2002", *MMWR Weekly*, vol. 52, n° 40, 10 octobre, p. 956-958.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DES PÊCHERIES ET DE L'ALIMENTATION. « Yersiniose », [En ligne]. [www.mapaq.gouv.qc.ca/cgi-bin/MsmGo.exe?grab_id=13&page_id=3998208&query=Yersiniose&hiword=Yersiniose+].

NAHED, M. Abdel, et autres (2000). "Yersinia enterocolitica infection in children", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 19, n° 10, octobre, p. 954-958.

VAN OSSEL, C., et G. WAUTERS (1990). "Asymptomatic Yersinia enterocolitica infections during an outbreak in a day-nursery", *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, vol. 9, no 2, février, p. 148.

Chapitre VI

CONDITIONS PARTICULIÈRES ASSOCIÉES AUX SERVICES DE GARDE

LES ANIMAUX

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2007). "Compendium of Measures to Prevent Disease Associated with Animals in Public Settings, 2007", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 56, n° RR-05, 6 juillet, p. 1-13.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2005). "Outbreaks of *Escherichia coli* O157:H7 associated with petting zoos – North Carolina, Florida, and Arizona, 2004 and 2005", *MMWR Weekly*, vol. 54, n° 50, 23 décembre, p. 1277-1280.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2003). "Reptile-Associated Salmonellosis – Selected States, 1998-2002", *MMWR Weekly*, vol. 52, n° 49, 12 décembre, p. 1206-1209.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2005). *Pas de poils, pas de plumes, pas de nageoires! Mise à jour de l'avis sur la présence d'animaux en service de garde*, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 25 p.

GYORKOS, T. W., et autres (1994). "Parasite Contamination of Sand and Soil from Day-Care Sandboxes and Play Areas", *Pediatrics*, vol. 94, n° 6, décembre, p. 1027-1028.

QUINET, B. (2006). « Zoonoses en pédiatrie et animaux de compagnie limités aux chiens et chats », *Archives de pédiatrie*, vol. 13, n° 6, juin, p. 581-583.

WEESE, J. S., et autres (2007). "Observation of Practices at Petting Zoos and the Potential Impact on Zoonotic Disease Transmission", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 45, n° 1, juillet, p. 10-15.

WILLEY, J. F. (1990). "Mammalian Bites: Review of Evaluation and Management", *Clinical Pediatrics*, vol. 29, n° 5, mai, p. 283-287.

LA BAIGNADE

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2008). *Règlement sur la qualité de l'eau des piscines et autres bassins artificiels*, Q-2, r. 18.1.02, [En ligne], Éditeur officiel du Québec. [\[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/Q_2/Q2R18_1_02.htm\]](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/Q_2/Q2R18_1_02.htm).

GROUPE SCIENTIFIQUE SUR L'EAU (2005). *Propositions de critères d'intervention et de seuils d'alerte pour les cyanobactéries*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec. [\[www.inspq.qc.ca/pdf/publications/348-CriteresInterventionCyanobacteries.pdf\]](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/348-CriteresInterventionCyanobacteries.pdf).

POND, K. (2005). *Water Recreation and Disease: Plausibility of Associated Infections: Acute Effects, Sequelae and Mortality*, [En ligne], World Health Organization. [\[www.who.int/water_sanitation_health/bathing/recreadis.pdf\]](http://www.who.int/water_sanitation_health/bathing/recreadis.pdf).

Bibliographie

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006). "Swimming pools and similar environments", *Guidelines for safe recreational water environments*, vol. 2, 118 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). "Coastal and fresh waters", *Guidelines for safe recreational water environments*, vol. 1, 219 p.

LES ENFANTS IMMUNOSUPPRIMÉS

Se référer à la bibliographie générale.

LES INFECTIONS RESPIRATOIRES ET LES ENFANTS SOUFFRANT DE MALADIE CARDIAQUE, PULMONAIRE OU NÉS PRÉMATURÉMENT

Se référer à la bibliographie générale.

LA FIÈVRE

BEHRMAN, R. E., R. M. KLEIGMAN et H. B. JENSON, dir. (2004). *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2007). *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans*, Institut national de santé publique du Québec, p. 422-431.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2007). *La fièvre et la prise de la température*, [En ligne]. [www.soinsdenosenfants.cps.ca/maladies/fievre.htm].

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. COMITÉ DE LA PÉDIATRIE COMMUNAUTAIRE (2007). *La mesure de la température en pédiatrie*, [En ligne]. [www.cps.ca/francais/enonces/cp/cp00-01.htm].

LA FEMME ENCEINTE

ADLER, S. P., et autres (2004). "Prevention of child-to-mother transmission of cytomegalovirus among pregnant women", *Journal of Pediatrics*, vol. 145, n° 4, octobre, p. 485-491.

ADLER, S. P., et autres (1996). "Prevention of Child-to-Mother Transmission of Cytomegalovirus by Changing Behaviors: A Randomized Controlled Trial", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 15, n° 3, mars, p. 240-246.

ADLER, S. P. (1992). "Cytomegalovirus Transmission and Child Day Care", *Advances in Pediatric Infectious Diseases*, vol. 7, p. 109-122.

ADLER, S. P. (1991). "Cytomegalovirus and Child Day Care: Risk Factors for Maternal Infection", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 10, n° 8, p. 590-594.

BOPPANA, S. B., et autres (2001). "Intrauterine transmission of cytomegalovirus to infants of women with preconceptional immunity", *The New England Journal of Medicine*, vol. 344, n° 18, 3 mai, p. 1366-1371.

CARTER, M. L., et autres (1991). "Occupational Risk Factors for Infection with Parvovirus B19 among Pregnant Women", *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 163, n° 2, p. 282-285.

GILLESPIE, S. M., et autres (1990). "Occupational Risk of Human Parvovirus B19 Infection for School and Day-Care Personnel During an Outbreak of Erythema Infectiosum", *Journal of the American Medical Association*, vol. 263, n° 15, 18 avril, p. 2061-2065.

NOËL, G. J., et G. W. GARY (1988). "Human Parvovirus B19 Infection in a Day Care Worker", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 7, n° 12, p. 880.

PASS, R. F. (1991). "Day-Care Centers and the Spread of Cytomegalovirus and Parvovirus B19", *Pediatric Annals*, vol. 20, n° 8, p. 419-426.

PASS, R. F., et autres (1990). "Increased Rate of Cytomegalovirus Infection among Day Care Center Workers", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 9, n° 7, p. 465-470.

REVES, R. R., et L. PICKERING (1992). "Impact of child day care on infectious diseases in adults", *Infectious Disease Clinics of North America*, vol. 6, n° 1, mars, p. 239-250.

SERENE, A. J., et autres (2005). "Risk factors for cytomegalovirus seropositivity in a population of day care educators in Montréal, Canada", *Occupational Medicine*, vol. 55, n° 7, octobre, p. 564-567.

LE LAIT MATERNEL ET LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES et OFFICE ON WOMEN'S HEALTH (2000). *HHS Blueprint for Action on Breastfeeding*, [En ligne]. [www.womenshealth.gov/Breastfeeding/bluprntbk2.pdf].

FÉDÉRATION CANADIENNE DES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE (2001). « En faveur de l'allaitement après le retour au travail », *Feuille-ressources n° 57* [En ligne], Fédération canadienne des services de garde à l'enfance., www.cfc-efc.ca/docs/cccfrs057_fr.htm

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2007). *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans*, Institut national de santé publique du Québec, p. 232.

JONES, Frances, et Mary Rose TULLY (2006). *Best Practice for Expressing, Storing and Handling Human Milk in Hospitals, Homes and Child Care Settings*, Human Milk Banking Association of North America.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, LES DIÉTÉTISTES DU CANADA et SANTÉ CANADA (2005). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé – Énoncé du groupe de travail mixte suivant : Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada*, [En ligne], 2005, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. [www.hc-sc.gc.ca:80/fn-an/pubs/infant-nourrisson/nut_infant_nourrisson_term_f.html].

UNITED STATES BREASTFEEDING COMMITTEE (2002). *Breastfeeding and child care*, [En ligne]. [www.usbreastfeeding.org/Issue-Papers/Childcare.pdf].

Bibliographie

LES MORSURES HUMAINES

- BARTHOLOMEW, C. F., ET A. M. JONES (2006). "Human bites: a rare risk factor for HIV transmission", *AIDS*, vol. 20, n° 4, 28 février, p. 631-632.
- BOUCHER, C., et L. POIRIER (2006). « Lorsque des enfants se mordent au service de garde », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 9, n° 3, automne, ministère de la Famille et des Aînés. [\[www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no93/article1.asp\]](http://www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no93/article1.asp).
- CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY PRACTICE (1998). "A bite in the playroom: Managing human bites in day care settings", *Paediatrics & Child Health*, vol. 3, n° 5, septembre-octobre, p. 355-357.
- COMMITTEE ON PEDIATRIC AIDS et COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES (1999). "Issues Related to Human Immunodeficiency Virus Transmission in Schools, Child Care, Medical Settings, the Home, and Community", *Pediatrics*, vol. 104, n° 2, août, p. 318-324.
- DOMINGUEZ, K. L. (2000). "Management of HIV-infected children in the home and institutional settings: Care of children and infections control in schools, day care, hospital settings, home, foster care, and adoption", *Pediatric Clinics of North America*, vol. 47, n° 1, février, p. 203-239.
- GARRARD, J., N. LELAND et D. K. SMITH (1988). "Epidemiology of human bites to children in a day-care center", *American Journal of Diseases of Children*, vol. 142, n° 6, juin, p. 643-650.
- GROUPE DE TRAVAIL AD HOC DE LA TABLE DE CONCERTATION NATIONALE EN MALADIES INFECTIEUSES (2005). *Guide d'intervention sur l'hépatite B*.
- HAVENS, P. L. et COMMITTEE ON PEDIATRIC AIDS (2003). "Postexposure Prophylaxis in Children and Adolescents for Nonoccupational Exposure to Human Immunodeficiency Virus", *Pediatrics*, vol. 111, n° 6, juin, p. 1475-1489.
- JUHN, Y. J., et autres (2001). "Willingness of directors of child care centers to care for children with chronic infections", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 20, n° 1, janvier, p. 77-79.
- MERCHANT, R. C., et R. KESHAVARZ (2001). "Human Immunodeficiency Virus Postexposure Prophylaxis for Adolescents and Children", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 108, n° 2, août. [\[pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/108/2/e38\]](http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/108/2/e38).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. COMITÉ PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES EN SERVICE DE GARDE (1997). *Avis de santé publique sur le contrôle des maladies transmissibles par le sang dans le contexte d'un service de garde à l'enfance*, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE ET DE LA FAMILLE (2000). *La santé des enfants... en services de garde éducatifs*, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille; Publications du Québec, 285 p.
- RENAUD, A., B. RYAN et D. CLOUTIER (1997). "Knowledge and attitude assessment of Quebec daycare workers and parents regarding HIV/AIDS and hepatitis B", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 88, n° 1, janvier-février, p. 23-26.
- SOLOMONS, H. C., et R. ELARDO (1991). "Biting in day care centers: incidence, prevention, and intervention", *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 5, n° 4, juillet-août, p. 191-206.

LES PIQÛRES D'AIGUILLE DANS LA COMMUNAUTÉ

- BABL, F. E., et autres (2000). "HIV postexposure prophylaxis for children and adolescents", *The American Journal of Emergency Medicine*, vol. 18, n° 3, mai, p. 282-287.
- BLAIS, D. (2005). « Un enfant s'est blessé avec une seringue... », *Perspective infirmière*, vol. 3, n° 1, septembre-octobre, p. 27-28.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2005). "Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States: Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 54, n° RR-02, 21 janvier, p. 1-20.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2001). "Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 50, n° RR-11, 29 juin, p 1-42.
- FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1998). "Management of Possible Sexual, Injecting-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV, Including Considerations Related to Antiretroviral Therapy Public Health Service Statement", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 47, n° RR-17, 25 septembre, p. 1-28.
- COMITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION (2008). Société canadienne de pédiatrie. "Les blessures par piqûre d'aiguille dans un lieu public". *Paediatr Child Health*; vol.13, n° 3, p. 213-218.
- GARCÍA-ALGAR, O., et O. VALL (1997). "Hepatitis B virus infection from a needle stick", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 16, n° 11, novembre, p. 1099.
- GROUPE DE TRAVAIL SUR LA RÉCUPÉRATION DES SERINGUES USAGÉES AU QUÉBEC (2005). *La récupération des seringues et des aiguilles usagées : une responsabilité à partager – Rapport et recommandations du Groupe de travail sur la récupération des seringues usagées au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005). *Les risques de transmission d'infections liés à la présence de seringues et d'aiguilles à des endroits inappropriés*, Institut national de santé publique du Québec.
- LAFERRIÈRE, C., et D. BLAIS (2001). *Exposition accidentelle à des liquides contaminés en milieu communautaire : protocole post-exposition appliqué à la pédiatrie*, Montréal, Hôpital Sainte-Justine.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Recommandations visant la prise en charge des travailleurs exposés au sang et aux autres liquides biologiques*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MONTELLA, F., F. DI SORA et O. RECCHIA (1992). "Can HIV-1 infection be transmitted by a 'discarded' syringe?", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 5, n° 12, décembre, p. 1274-1275.
- NOURSE, C. B., et autres (1997). "Childhood needlestick injuries in the Dublin metropolitan area", *Irish Medical Journal*, vol. 90, n° 2, mars, p. 66-69.

Bibliographie

- NYIRI, P., T. LEUNG et M. A. ZUCKERMAN (2004). "Sharps discarded in inner city parks and playgrounds – risk of bloodborne virus exposure", *Communicable Disease and Public Health*, vol. 7, n° 4, décembre, p. 278-288.
- PAPENBURG, L., et autres (2005). « Les piqûres d'aiguilles survenues en communauté chez l'enfant », *Archives de pédiatrie*, vol. 12, n° 6, juin, p. 1025.
- PEÑA, A. A. J., et autres (1996). "Hepatitis B prevention and risk of HIV infection in children injured by discarded needles and/or syringes: abstract", *Atención primaria*, [En ligne], vol. 17, n° 2, 15 février. [\[www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/8948755/abstract/\[Hepatitis_B_prevention_and_risk_of_HIV_infection_in_children_injured_by_discarded_needles_and/or_syringes\]\]](http://www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/8948755/abstract/[Hepatitis_B_prevention_and_risk_of_HIV_infection_in_children_injured_by_discarded_needles_and/or_syringes]).
- RUSSELL, F. M., et M. C. NASH (2002). "A prospective study of children with community-acquired needlestick injuries in Melbourne", *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 38, n° 3, juin, p. 322-323.
- WALSH, S. S., A. M. PIERCE et C. A. HART (1987). "Drug abuse: a new problem", *British Medical Journal*, vol. 29, n° 295, août, p. 526-527.
- WYATT, J. P., C. E. ROBERTSON et W. G. SCOBIE (1994). "Out of hospital needlestick injuries", *Archives of Disease in Childhood*, vol. 70, n° 3, mars, p. 245-246.
- ZAMORA, A. B., et autres (1998). "Detection of infectious human immunodeficiency type 1 virus in discarded syringes of intravenous drug users", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 17, n° 7, juillet, p. 655-657.

LE PICA

Se référer à la bibliographie générale.

DOSSIER DE VACCINATION DES ENFANTS

Se référer à la bibliographie générale.

Annexes

ANNEXE 1 – AIDE-MÉMOIRE : NETTOYAGE ET DÉSINFECTION DANS UN SERVICE DE GARDE

ANNEXE 2 – ATCHOUM! MICROBES REBELLES, AUX POUBELLES (AFFICHE)

ANNEXE 3 – OUSTE LES MICROBES! LA MOUSSE À LA RESCOUSSE (AFFICHE)



Aide-mémoire

NETTOYAGE ET DÉSINFECTION DANS UN SERVICE DE GARDE

Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec

Nettoyer immédiatement vomissures, urine, sang ou selles (d'humains ou d'animaux), y compris dans le carré de sable.

Laver et désinfecter APRÈS CHAQUE USAGE

- Les tables à langer
- Les tables qui servent aux repas et aux collations
- La vaisselle, les verres et les autres ustensiles (peuvent être désinfectés au lave-vaisselle)
- Les comptoirs de cuisine et les planches à découper
- Les petits pots de propreté, les chaises percées et les lavabos ayant servi au lavage de ceux-ci
- Les débarbouillettes pour les fesses
- Les pataugeoires

Laver et désinfecter TOUS LES JOURS (Cocher une fois fait ✓)

La semaine du :	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Les toilettes, lavabos et robinets	<input type="checkbox"/>				
L'extérieur des distributeurs de savon et de papier	<input type="checkbox"/>				
Les poignées de porte des toilettes et les miroirs	<input type="checkbox"/>				
Le plancher et le bas des murs des toilettes	<input type="checkbox"/>				
Les seaux pour débarbouillettes et piqués	<input type="checkbox"/>				
Les poubelles, surtout si on y jette des couches	<input type="checkbox"/>				
Les sièges pour bébé, les chaises hautes et les parcs	<input type="checkbox"/>				
Les jouets portés à la bouche	<input type="checkbox"/>				
Les tables de jeu et les barrières	<input type="checkbox"/>				
Le plancher du vestiaire et des aires de circulation	<input type="checkbox"/>				
Le plancher des salles de jeu	<input type="checkbox"/>				
Le four à micro-ondes et le plancher de la cuisine	<input type="checkbox"/>				
Les linges de cuisine	<input type="checkbox"/>				

Laver et désinfecter TOUTES LES SEMAINES (Cocher une fois fait ✓)

La semaine du :
Les poignées, les cadres de porte, les rebords des fenêtres et les interrupteurs
Les tablettes des casiers réservés aux effets personnels des enfants
Les porte-brosses à dent
Les chaises, les lits pour bébé et la literie
Les matelas pour la sieste réservés à chaque enfant
Les jouets utilisés à l'intérieur et à l'extérieur à part ceux qui sont portés à la bouche
La cuisinière, la hotte de ventilation et le réfrigérateur (intérieur et extérieur)
L'équipement pour grimper et les poussettes

Désinfecter DEUX FOIS PAR MOIS (Cocher une fois fait ✓)

Les carrés de sable Date : Date :

Laver et désinfecter UNE FOIS PAR MOIS (Cocher une fois fait ✓)

Les rideaux et vénitiennes Date :
 Les grilles de ventilation et les radiateurs (« calorifères ») Date :
 Les ventilateurs de plafond Date :

Laver et désinfecter TOUS LES DEUX MOIS (Cocher une fois fait ✓)

Les refroidisseurs d'eau Date :

Mise en garde : Les humidificateurs portatifs sont déconseillés en service de garde à l'enfance. Leur entretien est très exigeant, car il faut laver le filtre et le réservoir d'eau tous les jours. Certains fabricants font à ce sujet des recommandations supplémentaires, que nous vous suggérons de respecter.

F-5011 (2008-06)

* Source : Ministère de la famille et des aînés, 2008.



* Source : Ministère de la famille et des aînés, 2006.

OUSTE LES MICROBES ! LA MOUSSE À LA RESCOUSSE (AFFICHE) *



* Source : Ministère de la famille et des aînés, 2007.

Glossaire

GLOSSAIRE

Anatoxine

Produit obtenu en ajoutant du formol à une toxine. Celle-ci a alors perdu son activité toxique mais a conservé ses propriétés antigéniques.

Anticorps

Globuline produite par l'organisme en réponse à un antigène spécifique et capable de le neutraliser ou même de le détruire.

Antigène

Substance étrangère pour l'organisme (ex. : virus, bactérie) pouvant provoquer une réponse immunitaire.

Antitoxine

Anticorps contre la toxine d'un micro-organisme qui permet de neutraliser la toxicité de l'agent.

Bassin artificiel

L'expression bassin artificiel réfère dans ce texte aux pataugeoires de type fixes ou portatives avec ou sans système de recirculation d'eau.

Cas confirmé

Toute personne dont une infection récente a pu être décelée par des tests de laboratoire (sérologiques, biochimiques ou cultures) même en absence des manifestations cliniques compatibles avec une maladie.

Cas index

Le premier cas ou sujet à l'intérieur d'un groupe, d'une famille ou d'un milieu qui a attiré l'attention de l'investigateur lors d'une enquête épidémiologique.

Cas secondaire

Nouveau cas de maladie chez les contacts.

Centre de la petite enfance

Établissement qui, dans une installation où l'on reçoit au moins 7 enfants pour des périodes qui ne peuvent excéder 48 heures consécutives, fournit des services de garde éducatifs s'adressant principalement aux enfants de la naissance jusqu'à la maternelle et coordonne, surveille et contrôle de tels services en milieu familial à l'intention d'enfants du même âge.

Cohorte

Groupe formé exclusivement d'enfants infectés par le même micro-organisme. Cette formation constitue une mesure souhaitable de contrôle des infections. La salle retenue pour la cohorte devra disposer d'installations indépendantes du reste du service de garde, c'est-à-dire avoir son propre lavabo, sa toilette, sa salle à manger et sa salle de jeux. Des mesures d'hygiène strictes doivent toujours y être observées.

Idéalement, le personnel affecté à la cohorte ne devrait pas avoir à prendre soin des autres enfants du service de garde; on parle alors de cohorte hermétique. Les enfants réintègrent les groupes ordinaires du service de garde dès qu'ils ne sont plus infectés.

Contact

En santé publique, tout individu qui a été en relation avec une personne infectée ou un environnement contaminé, de telle sorte qu'il a eu l'occasion d'être contaminé par l'agent infectieux.

Contact familial

Personne vivant sous le même toit que le sujet.

Contagion

Transmission d'un agent infectieux d'un sujet malade ou d'un porteur sain à un hôte réceptif.

Contagiosité

Caractère de ce qui est contagieux.

Contrôle (mesures de)

Ensemble des mesures visant à réduire la fréquence d'une maladie.

Coryza

Inflammation de la muqueuse nasale, d'origine bactérienne ou virale, généralement aiguë.

Dermatome

Territoire cutané dont l'innervation est assurée par une seule racine spinale postérieure.

Désinfection

Destruction des agents infectieux à la surface d'un objet, le plus souvent par des moyens chimiques.

Diarrhée

Présence de selles plus liquides, non associées à des changements de diète, et une augmentation de la fréquence des selles.

Éclosion

Au moins deux cas de la même maladie chez des personnes ayant un lien épidémiologique (caractéristique de temps, de lieu, ou de personne) ou une même exposition.

Enquête épidémiologique

Investigation d'une épidémie, qui comprend principalement :

- la vérification du diagnostic;
- la vérification de l'existence de l'épidémie;
- la description de l'épidémie;
- la formulation d'hypothèses et leur validation avant l'intervention;
- l'identification des groupes susceptibles d'être l'objet d'une intervention.

Épidémie

Apparition inhabituelle d'une maladie en tant que phénomène de groupe limité dans le temps et dans l'espace.

Exsudat

Liquide sereux suintant d'une surface remaniée par un processus inflammatoire.

Facteur de risque

Caractéristique de sujet, de temps ou de lieu représentant une proportion définie de l'ensemble des facteurs étiologiques, laquelle peut parfois être modifiée (contrôlée) par un programme de santé (prévention, intervention thérapeutique ou autres mesures).

Gammaglobuline

Portion de globulines qui comprend les immunoglobulines (voir ce terme), supports des anticorps sériques.

Garde en milieu familial (service de)

Service de garde fourni contre rémunération par une personne physique dans une résidence privée où elle reçoit, pour des périodes pouvant excéder 24 heures, au plus 6 enfants incluant les siens ou, si elle est assistée d'une autre personne adulte, au plus 9 enfants.

Garderie

Un établissement qui fournit des services de garde éducatifs dans une installation où on reçoit au moins 7 enfants de façon régulière pour des périodes qui n'excèdent pas 24 heures consécutives.

Géophagie

Pratique qui consiste à manger de la terre.

Groupe (au service de garde)

Sont considérés du même groupe les enfants qui sont ensemble plus de dix heures par semaine.

Hôte

Être humain ou animal qui entretient ou héberge un agent infectieux.

Immunité

Résistance naturelle ou acquise d'une personne à un agent infectieux.

Immunodéficience

Incapacité à produire une réponse immunologique adéquate en présence d'un antigène (ou agent), provoqué par une médication ou une maladie.

Immunoglobuline

Protéine présente dans le sang et les sécrétions qui est capable de se combiner spécifiquement à l'antigène qui est à l'origine de sa production. Douée d'une activité anticorps, elle assure ainsi l'immunité humorale.

Immunosupprimé

Personne qui souffre d'immunodéficience.

Incidence

Nombre de cas nouveaux qui apparaissent dans une population au cours d'une période donnée. L'incidence s'exprime sous forme de taux.

Incubation

Intervalle entre l'exposition à un agent infectieux et l'apparition du premier signe ou symptôme de la maladie chez l'hôte.

Infection

Entrée et multiplication d'un agent infectieux dans les tissus d'un être humain ou d'un animal. L'infection peut être asymptomatique.

Infestation

Présence, développement et reproduction d'arthropodes sur le corps ou dans les vêtements.

Inflammation

Réponse normale des tissus à l'entrée d'un agent dans l'organisme. L'inflammation se caractérise par la dilatation des capillaires, la libération de substances ou de médiateurs chimiques et la mobilisation des cellules de défense.

Intoxication

Introduction ou accumulation spontanée d'une substance toxique dans l'organisme (produite ou non par un agent infectieux).

Latence

Période pendant laquelle les effets de l'infection ne sont pas apparents.

Lente viable (œuf)

La viabilité d'une lente (œuf de pou) est déterminée par la présence de l'opercule situé à son extrémité libre, par sa localisation entre 1 à 6 mm de distance du cuir chevelu ainsi que par la couleur blanc jaunâtre et opaque de la coque (la lente vide ou non viable est plus pâle et translucide).

Lingette nettoyante

La lingette nettoyante est aussi appelée « serviette humide » ou « débarbouillette jetable ». Elle sert habituellement au nettoyage des fesses lors du changement de couche.

Lingette désinfectante

La lingette désinfectante est destinée à la désinfection des surfaces et des objets inanimés. Elle contient un agent désinfectant. Elle ne doit jamais être utilisée sur la peau des enfants.

Liquide biologique

Liquide biologique tel que le mucus, le sperme, l'urine, les fèces, la salive, les vomissures et le sang.

Maladie à déclaration obligatoire

Maladie devant être déclarée par les médecins et les laboratoires à la Direction de la santé publique (selon le règlement d'application de la Loi sur la santé publique.)

Maladie infectieuse

Maladie de l'être humain ou des animaux attribuable à une infection.

Nourrisson

Enfant âgé de moins de 13 mois.

Période de contagiosité

Période durant laquelle une personne ou un animal infecté peut transmettre une infection.

Porteur

Personne ou animal infecté qui ne présente aucun signe clinique de la maladie mais dont l'organisme héberge des microbes pathogènes et qui est une source potentielle d'infection pour l'homme ou les animaux.

Prévalence

Nombre total des cas (nouveaux et anciens) dans une population, à un moment précis dans le temps. Ce nombre s'exprime sous forme de taux.

Prévention

Tout acte destiné à éviter des phénomènes attendus.

Primo-infection

Envahissement de l'organisme par un agent infectieux pour la première fois; se dit surtout de la tuberculose.

Prophylaxie

Partie de la thérapeutique qui a pour objet de prévenir le développement des maladies.

Réceptivité

État d'une personne dont la résistance à un pathogène particulier est insuffisante pour prévenir la maladie après l'exposition.

Réponse immunitaire

Activation des mécanismes de défense de l'organisme (tels que la mobilisation de cellules, la phagocytose, la production de substances et d'anticorps) contre un agent.

Réservoir

Tout être humain, animal, arthropode, plante ou matière inanimée sur lesquels un agent infectieux est capable de vivre pendant une période relativement prolongée, de se reproduire et d'être transmis à un nouvel hôte.

Risque

Probabilité qu'une personne ayant certaines caractéristiques acquière une maladie donnée.

Situation vaccinale

État de la couverture vaccinale d'une personne. Cette situation est déterminée par le nombre de doses de vaccin reçu selon l'âge de l'individu.

Service de garde

Terme inclusif représentant toute forme de milieu où des enfants sont gardés.

Sujet

Première personne atteinte par une épidémie.

Statut vaccinal

Voir « situation vaccinale ».

Surveillance

Évaluation continue de la présence et de la distribution d'un phénomène de masse (maladie).

Taux

Rapport entre le nombre d'individus possédant un caractère donné (la maladie) et l'ensemble de la population, dans un temps donné. Par exemple, le taux de diarrhée parmi les enfants placés en garderie correspond à :

- a = nombre d'enfants avec diarrhée;
- b = nombre d'enfants sans diarrhée;
- a + b = nombre d'enfants en garderie;
- c = coefficient de comparaison (100, 1000, 10 000, etc.);
- Taux = a / (a + b) x c en unités de temps.

Toxine

Substance de nature protéinique qui est nocive ou même létale pour l'organisme. On distingue l'endotoxine, qui se trouve à l'intérieur de la bactérie et qui est libérée au moment de la rupture de la paroi cellulaire, et l'exotoxine, qui est produite par la bactérie sans dommage à sa paroi cellulaire.

Transmission (de l'infection)

Transfert immédiat d'un agent (ou d'une maladie) à partir d'une personne infectée à un hôte réceptif.

Transmission par contact direct

D'une personne à une autre personne sans intermédiaire.

Transmission par contact indirect

D'une personne à une autre personne par l'entremise d'une surface contaminée ou d'une tierce personne.

Transmission par gouttelettes

Par une personne infectée qui projette dans l'air des gouttelettes respiratoires en toussant ou en éternuant, à moins d'un mètre.

Transmission par muqueuse ou percutanée

Lorsque les muqueuses d'une personne réceptive sont mises en contact avec des liquides biologiques infectieux ou à la suite d'un contact percutané (ex. : morsure, piqûre ou blessure avec un objet piquant ou tranchant).

Transmission par véhicule commun

Par une source unique de contamination comme l'eau, un aliment, un médicament, du matériel, etc.

Transmission par voie aérienne

Par dissémination de microgouttelettes respiratoires (< 5 µm) qui demeurent en suspension dans l'air.

Transplacentaire

Qui passe par le placenta.

Trottineur

Enfant de 13 à 36 mois.

Vaccin

Préparation contenant soit des micro-organismes entiers tués ou vivants, soit une fraction ou des produits de micro-organismes ayant des propriétés antigéniques. Le vaccin confère à l'hôte une immunité active et spécifique contre l'agent infectieux.

Vecteur

Arthropode (insecte qui permet le transfert d'un agent vers un hôte réceptif).

Véhicule

Tout objet ou substance qui constitue une source d'infection ou d'intoxication (par exemple, des aliments).

Zoonose

Maladie infectieuse transmissible dans des conditions naturelles entre les animaux et l'être humain.

Index

A

- Adénovirus 81, 107, 140, 241, 279, 305, 311, 323
Amibiase 71 – 76, 478
Ankylostomiase 77, 78, 425, 478
Ascaridiase 79, 80, 131, 425, 478
-

B

- Bordetella parapertussis Voir – Coqueluche
Bordetella pertussis Voir – Coqueluche
Borrelia burgdorferi Voir – Lyme (maladie de)
Bronchiolite 81 – 86, 305, 450, 478
-

C

- Campylobactérose 87 – 92, 444, 478
Candidose 93, 94, 135, 136, 395, 478
Chlamydia 95 – 100, 108, 180, 479
Chlamydophila 95 – 100, 479
Cinquième maladie Voir – Érythème infectieux
Clostridium difficile 101 – 106, 140, 479
Clostridium tetani Voir – Tétanos
Colite pseudo-membraneuse 101
Conjonctivite 42, 95 – 99, 107 – 112, 121, 179, 180, 217, 218, 305, 307, 337, 343, 479
Coqueluche 30, 42, 113 – 120, 464, 480
Coronavirus 305, 323
Corynebacterium diphtheriae Voir – Diphtérie
Coxsackie 31, 121 – 124, 253, 480
Cryptosporidiose 125 – 130, 140, 141, 446, 480, 481, 486
Cytomégalovirus xv, 31, 131 – 134, 453, 457, 481
-

D

- Dermatite de couches 93, 135 – 138, 482
Diarrhée 24, 30, 31, 38, 43, 50, 71, 72, 74, 77, 79, 87, 88, 89, 90, 101 – 104, 125 – 128, 139 – 144, 155, 157, 158, 171 – 173, 183, 229, 235, 237 – 239, 305, 331, 332, 334, 337, 340, 349, 350 – 353, 357, 359, 435, 437, 438, 447, 448, 483, 520, 523 145 – 150, 484
Diphthérite Voir – Vers intestinaux
Diphyllobothrium spp Voir – Vers intestinaux
Dispar Voir – Amibiase
-

E

- Echinococcus granulosus Voir – Vers intestinaux
Entamoeba dispar Voir – Amibiase
Entamoeba histolytica Voir – Amibiase
Entérobiase Voir – Oxyurose
Enterobius vermicularis Voir – Oxyurose
Entérovirus 107, 121, 253, 254, 255, 279, 305, 323
Epidermophyton 389, 395
-

Index

Épiglottite.....	.. Voir – <i>Hæmophilus influenzae</i> de type b
<i>Epstein-Barr</i> .....	..... Voir – Monocucléose infectieuse
<i>Erythema migrans</i> .....	..... Voir – Lyme (maladie de)
Érythème infectieux .....	..... 30, 151 – , 328, 454, 484
<i>Escherichia coli</i>.....	..... 155 – 160, 447, 485
<i>Escherichia coli</i> de type O 157 .....	..... 485
<i>Escherichia coli</i> de type O157 : H7.....	..... 140, 444, 481, 503
<i>Escherichia coli</i> entérohémorragique .....	..... 155, 156, 158
Exanthème subit.....	..... Voir – Roséole

F

Faux croup .....	..... Voir – Laryngite striduleuse
Feu sauvage.....	..... Voir – Herpès
Fièvre entérique.....	..... Voir – Salmonellose
Fièvre typhoïde.....	..... Voir – Salmonellose
Folliculite .....	..... 135, 161 – 164, 363, 485
Furoncle .....	..... 161 – 164, 485

G

Gale .....	..... 165 – 170, 485, 494
<i>Giardia lamblia</i>.....	..... 31, 140, 141, 171, 177
Giardiase .....	..... 171 – 178, 486
Gingivostomatite .....	..... Voir – Herpès
Gloméronéphrite aiguë .....	..... 225, 299, 301
Gonorrhée .....	..... 108, 179, 180, 486
Grippe.....	..... Voir – Influenza

H

<i>Haemophilus influenzae</i> de type b.....	..... 30, 31, 181 – 188, 464, 486
Hépatite A.....	..... xvi, 31, 41, 189 – 202, 204, 206, 446, 486
Hépatite B.....	..... 31, 47, 203 – 208, , 213, 214, 457 – 460, 487
Hépatite C .....	..... 209 – 212, 457, 458, 460, 488
Hépatite D .....	..... 213, 214, 488
Hépatite E .....	..... xvi, 215, 216, 488
Herpangine .....	..... Voir – Coxsackie
Herpès .....	..... 31, 107, 217 – 220, 489
Herpesviridés .....	..... 327, 413
Hib .....	..... Voir – <i>Haemophilus influenzae</i> de type b

I

Impétigo.....	..... 30, 42, 223 – 228, 299, 367, 371 – 375, 383, 489
Influenza .....	..... 30, 31, 81, 229 – 234, 450, 476, 490
Intoxication alimentaire .....	..... 89, 140, 156, 191, 235 – 240, 351, 359, 437, 490

L

- Laryngite striduleuse 229, 241 – 244, 490
Legionella Voir – Pneumonie bactérienne et virale
Listeria monocytogenes 249, 250, 490
Listériose invasive 249 – 252, 490
Lyme 18, 32, 245 – 248, 491
-

M

- Méningite virale 253 – 256, 317, 492
Méningococcémie Voir – Méningocoque
Méningocoque 30, 257 – 266, 449, 492
Microsporum 383, 389
Molluscum contagiosum 267, 446, 492
Moniliase buccale Voir – Candidose
Mononucléose 253, 269 – 272, 493
Morsures de tiques Voir – Lyme (maladie de)
Muguet Voir – Candidose
Mycobacterium tuberculosis Voir – Tuberculose
Mycoplasma pneumoniae Voir – Pneumonie bactérienne et virale
-

N

- Neisseria gonorrhoeae* Voir – Gonorrhée, Voir Gonorrhée
Neisseria meningitidis Voir – Méningocoque
-

O

- Oreillons xvi, 30, 33, 192, 197, 253, 254, 273 – 278, 340, 341, 346, 464, 493
Otite moyenne aiguë 279 – 282, 280, 305, 323, 493
Oxyurose 283 – 288, 425, 493
-

P

- Panaris 217, 218, 219
Parainfluenza 478
Paramyxovirus 273, 337
Parotidite Voir – Oreillons
Parvovirus Voir – Érythème infectieux
Pédiculose 30, 33, 289 – 298, 493
Pediculus humanus capitis 289
Pharyngo-amygdalite streptococcique 299 – 304, 494
Pharyngo-amygdalite virale 305, 306, 494
Pica 401, 463, 508
Pied d'athlète Voir – Tinea pedis
Pieds-mains-bouche Voir – Coxsackie
Pneumocoque 30, 242, 280, 307 – 312, 324, 449, 495
Pneumonie bactérienne et virale 311 – 316, 495
Poliomyélite 253, 317, 318, 495
Poliovirus 31, 317, 495
Poux Voir – Pédiculose
Pseudomonas aeruginosa 161, 162
Purpura fulminans Voir – Méningocoque
-

R

- Rage 319 – 322, 495
Rhinovirus 40, 81, 241, 279, 305, 323
Rhumatisme articulaire aigu xvi, 299
Rhume 24, 30, 154, 323 – 326, 496
Roséole 327 – 330, 496
Rotavirus 30, 31, 33, 40, 140, 141, 192, 197, 331 – 336, 483, 496
Rougeole xvi, 30, 33, 107, 192, 197, 253, 254, 274, 276, 311, 328, 337 – 342, 346, 453, 454, 464, 497
Rubéole xvi, 30, 32, 42, 192, 197, 274, 276, 328, 340, 341, 343 – 348, 453, 454, 497, 498
-

S

- Salmonella paratyphi 351, 354
Salmonella typhi 349 – 352, 355
Salmonellose 30, 349 – 356, 444, 498
Sarcoptes scabiei Voir – Gale
SARM Voir – *Staphylococcus aureus*
Scarlatine Voir – pharyngo-amygdalite streptococcique et scarlatine
Shigella 140, 357, 358, 446, 498
Shigellose 30, 357 – 362, 498
SIDA Voir – Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
Staphylococcus aureus xvi, 31, 161, 162, 163, 165, 223, 241, 311, 363, 446, 498, 499
Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) 363 – 366, 498
Stomatite vésiculeuse 121
Streptococcus pneumoniae Voir – Pneumocoque
Streptococcus pyogenes 223, 299, 301, 311, 413
Streptocoque β -hémolytique du groupe A 165, 223, 413, 415
Streptocoque β -hémolytique du groupe A (infection invasive à) 367 – 378, 499
Strongyloides stercoralis Voir – Vers intestinaux
Syndrome hémolytique-urémique Voir – *Escherichia coli*
-

T

- Taenia saginata Voir – Vers intestinaux
Taenia solium Voir – Vers intestinaux
Teigne Voir – *Tinea capitis*
Tétanos 379 – 382, 459 – 461, 464, 499
Tinea capitis 383 – 388, 444, 500
Tinea corporis 500
Tinea corporis 33, 389 – 394, 444, 446, 448
Tinea pedis 395 – 400, 448, 500
Toxocarose 401 – 404, 444, 463, 500
Trichophyton 383, 389, 395, 446, 500
Trichuris trichiura Voir – Vers Intestinaux
Tuberculose vii, 33, 405 – 412, 500
-

V

- Varicella zoster 413
Varicelle 30, 33, 42, 192, 197, 253, 254, 301, 311, 341, 367 – 375, 413 – 422, 449, 450, 453, 454, 465, 501
Verrues 423, 424, 446, 501
Vers intestinaux 425 – 428, 501
Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) xvi, 429 – 432, 457, 458, 501
Virus du nil occidental (VNO) xvi, 18, 32, 433, 434, 502
Virus respiratoire syncytial Voir – Bronchiolite
-

Y

- Yersiniose 30, 435 – 440, 444, 502
-

Z

- Zona 413 – 422, 501