

Prévention et contrôle des infections dans les services de garde et écoles du Québec

Guide d'intervention

ÉDITION

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications****

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISSN : 978-2-550-72563-3 (version PDF)

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

PRÉFACE

C'est avec fierté que la direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux présente cette toute nouvelle édition du guide d'intervention *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde et écoles*. Ce guide est destiné aux professionnels de la santé qui doivent intervenir auprès des services de garde et des écoles primaires et secondaires du Québec. Il est le fruit du travail colossal du Comité de prévention des infections dans les services de garde et écoles du Québec, un comité composé de médecins et d'infirmières pouvant compter sur plusieurs collaborateurs.

Un tel ouvrage, fondé sur des données scientifiques, exige qu'on mette régulièrement à jour son contenu et les recommandations qui en découlent, afin d'orienter adéquatement les interventions de prévention, de promotion et de protection de la santé. Afin d'offrir le plus rapidement possible les informations à jour, nous mettrons progressivement en ligne les chapitres révisés jusqu'à ce que la révision complète du guide soit réalisée.

La santé et le mieux-être des enfants, des jeunes et des travailleurs dans les services de garde et les écoles nous tiennent à cœur. Nous continuerons, en étroite collaboration avec le ministère de la Famille, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ainsi que les intervenants du réseau de santé publique, à travailler à la mise en place de mesures de prévention et de contrôle des maladies infectieuses dans ces milieux.

Je remercie sincèrement les membres du Comité de prévention des infections dans les services de garde et écoles du Québec pour leur dévouement et leur passion. Je souligne également le travail de tous les professionnels ayant collaboré à la réalisation de cet ouvrage. Je suis convaincu que ce guide précieux sera apprécié des professionnels de la santé auxquels il est destiné.



Horacio Arruda, M.D.
Directeur national de santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

AUTEURS

Le guide *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde et écoles*, édition 2015, est une production du Comité de prévention des infections dans les services de garde et écoles du Québec (CPISEQ), 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 CPISEQ en sont les principaux auteurs.

Coordination et responsables de l'édition 2015 :

Madame Caroline Duchesne, présidente
MSSS

Docteure Chantale Boucher, présidente (2010-2016)
CISSS de Lanaudière

Docteure Louise Valiquette, coordonnatrice médicale
MSSS

Membres actifs et membres liaison du CPISEQ :

Docteure Cybèle Bergeron
CIUSSS de l'Estrie

Madame Élisabeth Bisson
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Docteur Isabelle Boily
CISSS de la Montérégie

Docteure Denise Décarie
CISSS des Laurentides

Docteure Suzanne Dionne
MSSS

Madame Dominique Fortier
MSSS

Madame Dominique Grenier
Centre hospitalier de l'Université Laval

Madame Marie-Ève Lachapelle
Ministère de la Famille (MF)

Madame Catherine Martin
CISSS du Bas-Saint-Laurent

Madame Nancy Plamondon
Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

Madame Geneviève Poirier
MSSS

Docteure Louise Poirier
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Docteure Maude Saint-Jean
CISSS de Laval

Docteure Danièle Samson
CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Docteure Nadine Sicard
MSSS

Docteure Roseline Thibeault
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Docteure Michèle Tremblay
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Madame Amélie Trépanier
MSSS

Avec le soutien de madame Louise Thibault-Paquin, secrétaire

COLLABORATEURS

Sont aussi les auteurs de certaines sections :

Madame Lucie Desgagné
MSSS

Docteure Doris Deshaies
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Docteure Céline Gariépy
CISSS de la Montérégie-Centre

Monsieur Denis Gauvin
Institut national de santé publique du Québec

Madame Lucie Laflamme
MSSS

Docteur Bernard Laporte
MSSS

Docteur François Milord
CISSS de la Montérégie-Centre

Madame Mirna Panic
Institut national de santé publique du Québec

Docteur Pierre Pilon
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Docteure Gisèle Trudeau
Institut national de santé publique du Québec

Madame Annick Trudelle
Institut national de santé publique du Québec

Docteur Jasmin Villeneuve
Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont été consultées sur divers chapitres ou sections du guide. Nous tenons à les remercier.

Madame Sandra Boivin
CISSS des Laurentides

Docteur Nicolas Brousseau
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Docteure Anne Bruneau
Institut national de santé publique du Québec

Monsieur Bruno Dubreuil
CISSS de Laval

Madame Marie-Patricia Gagné
Ministère de la Famille

Docteure Colette Gaulin
MSSS

Madame Marie-Ève Jalbert
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Docteure Annie Claude Labbé
Institut national de santé publique du Québec

Docteure Olivia Labrecque
Faculté de médecine vétérinaire de Ste-Hyacinthe

Docteure Christine Lacroix, Comité québécois sur la tuberculose
CIUSSS de la Montérégie-Centre

Docteure Monique Landry
MSSS

Madame Anne-Marie Langlois
MSSS

Docteur Jean-Claude Mercier
Centre mère-enfant de Québec

Madame Marie-Pier Parent
MSSS

Madame Isabelle Poulin
Info-Santé

Madame Danielle Ramsay
Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec

Docteur Paul Rivest
Comité québécois sur la tuberculose
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Docteure Marie Saint-Amour
CISSS de la Montérégie

Docteur Julio Soto
Institut national de santé publique

Docteur Bruno Turmel
MSSS

Une mention spéciale à la Table de Concertation Nationale en Maladies Infectieuses (TCNMI) et au groupe de travail sur l'acte vaccinal pour les commentaires apportés sur plusieurs chapitres et sections du document.

Révision linguistique

Madame Marie-France Leblanc

Secrétariat et mise en page

Madame Mélanie Léger
MSSS

Madame France Villeneuve
MSSS

INTRODUCTION ET AVERTISSEMENT AU LECTEUR

Le guide d'intervention *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde et écoles*, édition 2015, est destiné aux professionnels de la santé qui interviennent auprès des services de garde et des écoles primaires et secondaires du Québec. Il vise à les soutenir dans leurs recommandations au regard de la prévention et du contrôle des infections. Toutefois, la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement (ITS) et des infections chez les utilisateurs de drogues injectables ne sont pas abordés dans ce guide.

Le chapitre 1 contient de l'information générale concernant l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux, du réseau des services de garde ainsi que du réseau de l'éducation.

L'adoption de la Loi 10 en avril 2015 a entraîné une réorganisation du réseau de la santé impliquant une révision complète du chapitre 1. Veuillez noter que les acronymes CSSS utilisés dans ce chapitre ont été remplacés par CISSS ou CIUSSS lors de la mise à jour. Dans le reste du guide, l'acronyme CSSS est utilisé et désigne autant les CISSS que les CIUSSS.

Les chapitres 2 et 3 présentent les principes relatifs à la transmission des infections de même que les mesures générales de prévention des maladies infectieuses.

Le chapitre 4 porte sur les pratiques de base. Y sont décrites les mesures d'hygiène qui sont recommandées dans les services de garde et les écoles pour prévenir la propagation des infections.

Les chapitres 1 à 4 ont pour but d'aider les intervenants à mettre en place des mesures de nature préventive ou à formuler leurs recommandations. Les services de garde et les écoles peuvent aussi utiliser ces chapitres pour mieux connaître, comprendre et agir afin de prévenir et contrôler les infections.

Le chapitre 5 est consacré à diverses situations pour lesquelles des interventions pourraient être recommandées. Dans ce chapitre 5 sont aussi indiquées les précautions qui devraient être prises lorsqu'il s'agit de populations particulières.

Le chapitre 6 traite de différents syndromes cliniques pouvant survenir dans les services de garde et les écoles. Souvent, des agents infectieux précis ne sont pas mis en cause pour ces syndromes cliniques, mais ces derniers peuvent parfois se propager, susciter des interrogations et exiger des actions.

Le chapitre 7 est réservé aux maladies pour lesquelles un agent infectieux est en cause. Sont fournis dans ce chapitre des renseignements généraux sur ces maladies ainsi que les mesures à prendre.

Les chapitres 5, 6 et 7 s'adressent aux professionnels de la santé. Ils ne devraient pas être mis en application par les services de garde et les écoles sans le soutien de professionnels de la santé. De même, les services de garde et les écoles ne devraient sous aucun prétexte envoyer les lettres aux parents ou aux travailleurs qui sont fournies dans ces chapitres sans la consultation préalable d'un professionnel de la santé du CISSS ou du CIUSSS ou de l'infirmière scolaire. Le guide n'est pas un protocole d'intervention, et les recommandations qu'il contient doivent être appliquées avec discernement. Ainsi, le professionnel de la santé qui les mettra en application devra évaluer la situation et ajuster les recommandations au besoin selon qu'il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire (MADO) ou non.

Cette édition 2015 comporte plusieurs nouveautés, dont la principale étant l'inclusion de recommandations pour le milieu scolaire. Cette nouvelle édition est disponible en version électronique seulement. Étant donné l'évolution constante des connaissances et des pratiques, la publication électronique du guide facilitera sa mise à jour. Enfin, des hyperliens mènent vers des sections du guide ou vers des outils ou des documents de référence.

Note : Le genre utilisé dans ce guide désigne aussi bien les femmes que les hommes.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAS	Acide acétylsalicylique
ACIA	Agence canadienne d'inspection des aliments
AgHBe	Antigène e de l'hépatite B
AgHBs	Antigène de surface de l'hépatite B
Anti-HBc	Anticorps contre l'antigène de la nucléocapside du virus de l'hépatite B
Anti-HBs	Anticorps contre l'antigène de surface de l'hépatite B
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CIQ	Comité sur l'immunisation du Québec
CLSC	Centre local de services communautaires
CMIG	Comité sur les maladies infectieuses en garderie
CPE	Centre de la petite enfance
CPISEQ	Comité de prévention des infections dans les services de garde et écoles du Québec
CPMISG	Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde
CSSS	Centre de santé et de services sociaux ¹
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DIN	Numéro d'identification de médicament
DMI	Dose minimale infectante
DPSP	Direction de la protection de la santé publique
DSP	Direction de santé publique
ECEH	<i>Escherichia coli</i> entérohémorragique
EIA	Essai immunoenzymatique
HBlg	Immunoglobulines contre l'hépatite B
Hib	<i>Hæmophilus influenzae</i> de type b
HTLV-I	Virus du lymphome humain à cellules T de type I
HTLV-II	Virus du lymphome humain à cellules T de type II
HVH	Herpèsvirus humain
IFA	Immunofluorescence
Ig	Immunoglobulines
IgG	Immunoglobuline G

1. Depuis avril 2015, l'appellation « centre de santé et de services sociaux » a été remplacée par « centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) » ou « centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) ». Seuls les acronymes du chapitre 1 ont été mis à jour. L'acronyme CSSS utilisé dans les chapitres 2 à 7, désigne autant les CISSS que les CIUSSS.

IgM	Immunoglobuline M
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ITL	Infection tuberculeuse latente
ITS	Infection transmissible sexuellement
IVRS	Infection des voies respiratoires supérieures
LCR	Liquide céphalorachidien
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MATO	Maladie à traitement obligatoire
MDDELCC	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MF	Ministère de la Famille
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PIQ	<i>Protocole d'immunisation du Québec</i>
PMSD	Pour une maternité sans danger
PPE	Prophylaxie postexposition
PPrE	Prophylaxie préexposition
PPGSS	<i>Papular-purpuric gloves and socks syndrome</i>
RAA	Rhumatisme articulaire aigu
RLS	Réseau local de services de santé et de services sociaux
SAG	Syndrome d'allure grippale
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SARM-AC	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline et acquis en communauté
SARM-H	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline et acquis en milieu hospitalier
SGA	Streptocoque β -hémolytique du groupe A
SHA	Solution hydro-alcoolique
SHU	Syndrome hémolytique et urémique
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
TCT	Test cutané à la tuberculine
TLIG	Test de libération de l'interféron gamma
VarIg	Immunoglobulines contre le virus varicelle-zona
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VIH-1	Virus de l'immunodéficience humaine de type 1
VIH-2	Virus de l'immunodéficience humaine de type 2

VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VNO	Virus du Nil occidental
VPH	Virus du papillome humain
VRS	Virus respiratoire syncytial

RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, SERVICES DE GARDE ET ÉCOLES DU QUÉBEC

RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ORGANISATION DES SERVICES

Palier national

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

En fonction de sa mission, le MSSS a comme rôle premier de voir au bon fonctionnement du système québécois de santé et de services sociaux. Dans cette perspective, il détermine les priorités, les objectifs et les orientations du système, puis veille à leur application. Le Ministère évalue également les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. Il appartient, notamment, au ministre de dresser, par règlement, la liste des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Il peut aussi proposer à l'État et aux autres acteurs sociaux des priorités d'intervention pour agir positivement sur les conditions qui favorisent la santé et le bien-être de la population.

La Direction générale de la santé publique du MSSS, qui inclut la Direction de la protection de la santé publique (DPSP), doit plus précisément assurer les fonctions suivantes, en vertu de la Loi sur la santé publique :

- surveillance continue de l'état de santé et de bien-être de la population;
- promotion de la santé et prévention;
- protection.

Palier régional

L'entrée en vigueur, le 1^{er} avril 2015, de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales a provoqué la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux. Le réseau est passé de 182 établissements à 34, dont 13 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et 9 centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Les établissements des régions sociosanitaires de la Côte-Nord (CLSC Naskapi), du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James n'ont pas été visés par la Loi 10. Pour plus de détails concernant la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, consulter le site du MSSS : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>.

Pour assurer une véritable intégration des services offerts à la population, chaque CISSS ou chaque CIUSSS :

- est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS);
- a la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire, incluant le volet santé publique;
- assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire;
- veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions, (centres hospitaliers [CH], centres locaux de services communautaires [CLSC], centres d'hébergement et de soins de longue durée [CHSLD], centres de protection de l'enfance et de la jeunesse [CPEJ], centres de réadaptation [CR]), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- conclut des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

Palier local

Le CISSS ou le CIUSSS regroupe les établissements de santé et de services sociaux d'un territoire, soit les CH, les CLSC, les CHSLD, les CPEJ et les CR. Les 5 établissements non visés par la Loi, qui conservent leur statut antérieur, sont le CLSC de Naskapi, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, le Centre de santé Innuulitsivik, le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James. Les partenaires sont, entre autres, les médecins des cliniques médicales, les écoles, les municipalités et les centres de la petite enfance (CPE). Selon le principe de responsabilité populationnelle, le CISSS, le CIUSSS, les 5 établissements non visés par la Loi et les partenaires agissent en collaboration pour assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population locale.

En vertu de la Loi sur la santé publique, les médecins et les établissements de santé et de services sociaux doivent déclarer au directeur de santé publique de leur région les MADO et signaler les situations qu'ils jugent menaçantes pour la santé de la population. Les écoles, les CPE et autres services de garde ainsi que les professionnels de la santé qui travaillent dans ces établissements peuvent signaler au directeur de santé publique de leur région de telles situations.

HISTOIRE DU COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE ET ÉCOLES DU QUÉBEC (CPISEQ)

Approche au regard des infections en service de garde : avant 1984

Avant 1984, en raison des épidémies qui y surviennent, les services de garde sont souvent considérés comme problématiques, et plusieurs professionnels de la santé, lorsqu'ils sont appelés à traiter des maladies infectieuses chez des enfants fréquentant un service de garde, recommandent aux parents de retirer les enfants de ce milieu. Une telle approche culpabilise et désavantage les parents, surtout les mères, sans nécessairement apporter de solution. On fait également fi de l'importance du rôle social joué par les services de garde. Or, des études permettent de mieux comprendre le phénomène de la transmission des infections en service de garde et de mettre au point des moyens de contrôle pour les enrayer.

Prévention et contrôle des infections dans les services de garde : de 1984 à 2012

En 1985, à la suite des besoins exprimés dans différentes régions, le Comité des maladies infectieuses des départements de santé communautaire du Québec crée le Comité sur les maladies infectieuses en garderie (CMIG). Le CMIG a le mandat d'élaborer un guide de prévention et de contrôle des maladies infectieuses dans les services de garde. Ainsi, le guide *Les infections en garderie* est publié en 1988 aux Publications du Québec.

Des demandes régulières d'expertise et de soutien permettent au CMIG de poursuivre ses activités jusqu'en 1989. Puis, le CMIG devient le Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde (CPMISG). Le Comité est maintenant permanent et relève de la DPSP du MSSS. Le CPMISG est aussi un comité consultatif à l'Office des services de garde à l'enfance et un organisme de liaison avec la Fédération des CLSC du Québec.

La production du CPMISG est importante : il émet plusieurs avis et recommandations de santé publique, approuve des outils provenant de diverses sources et participe à de nombreux événements nationaux et internationaux. Il collabore également à la mise sur pied d'activités de recherche appliquée à la problématique des infections en service de garde. Une deuxième édition du guide *Les infections en garderie* est publiée en 1998. De plus, à partir de cette même année, grâce au soutien du ministère de la Famille et de l'Enfance, le Comité met à la disposition du personnel éducateur et des intervenants de la santé le bulletin *Bye-Bye les microbes!*, distribué à 26 000 exemplaires.

Dans la foulée des changements et des nouvelles orientations vécus par les services de garde (implantation des CPE en 1997) et le réseau de la santé et des services sociaux, les mandats du CPMISG sont révisés, et un nouveau nom est proposé : Comité de prévention des infections dans les centres de la petite enfance du Québec. En 2002, la troisième édition du guide sur les infections en service de garde est publiée, sous le nouveau titre *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance : guide d'intervention*.

En 2005, le Comité modifie de nouveau son nom et devient le Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec, devenant ainsi plus représentatif de l'ensemble des services de garde offerts au Québec, que ceux-ci soient en CPE, en garderie ou en milieu familial.

Les travaux du Comité se poursuivent par la publication du bulletin *Bye-Bye les microbes!*, la production et la révision d'outils pour les services de garde, le soutien fourni au ministère de la Famille et des Aînés ainsi que la parution de mises à jour de la troisième édition du guide de prévention et de contrôle des infections dans les services de garde.

Une quatrième édition du guide est publiée en 2008, et celle-ci est mise à jour jusqu'en 2012.

Recommandations pour les écoles et les services de garde : de 2012 à aujourd'hui

En 2012, afin d'élargir la portée des recommandations du Comité et pour tenter d'uniformiser les interventions dans le milieu scolaire, on prend la décision d'inclure, dans la cinquième édition du guide, des contenus relatifs à la prévention et au contrôle des infections, excluant les ITS, dans les écoles primaires et secondaires du Québec, incluant les services de garde en milieu scolaire. Cette décision est prise par les membres du Comité, les représentants du MSSS et la Table de concertation nationale en maladies infectieuses, en accord avec les représentants du ministère de la Famille (MF) et du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). En 2016, le Comité devient le Comité de prévention des infections dans les services de garde et écoles du Québec (CPISEQ).

En matière de prévention des infections dans les services de garde et les écoles, les mandats du CPISEQ sont multiples. Notamment, le Comité fournit son expertise et son soutien au MSSS, au MF, au MELS et aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux en diffusant des avis et des recommandations concernant les infections dans les services de garde et les écoles. Par son expertise et son soutien, le CPISEQ contribue à la prévention, à la protection et à la promotion de la santé et du bien-être dans ces milieux.

CISSS, CIUSSS et Directions de santé publique (DSP) : un réseau pour soutenir les services de garde et les écoles dans leurs efforts de prévention, de protection et de promotion

Selon le principe de responsabilité populationnelle et la mission des RTS, le soutien de première ligne aux services de garde en matière de maladies infectieuses relève des CISSS, des CIUSSS et des 5 établissements non visés par la Loi (voir [l'annexe 1](#)). À leur tour, les DSP offrent un soutien aux professionnels des CISSS, des CIUSSS et des 5 établissements non visés par la Loi dans leur intervention auprès des services de garde. Ainsi, les régions sont encouragées à établir un réseau pour la prévention et le contrôle des infections afin que les services de garde soient soutenus par les CISSS, les CIUSSS, les 5 établissements non visés par la Loi et les DSP.

Tout comme pour les services de garde, le soutien de première ligne aux écoles en matière de maladies infectieuses relève des CISSS, des CIUSSS et des 5 établissements non visés par la Loi, eux-mêmes soutenus par les DSP. Pour chaque école publique, une infirmière en milieu scolaire est désignée afin d'assurer des services généraux et spécifiques. Elle est appelée à intervenir auprès des élèves et de leurs parents. Elle travaille en collaboration avec l'école et est responsable de fournir les services recommandés par la DSP (ex. : vaccination, prévention des infections, promotion de la santé). Afin de soutenir les infirmières scolaires dans leur rôle au regard de la prévention des infections, certaines DSP ont élaboré des outils régionaux. Lorsqu'il s'agit d'un établissement d'enseignement privé, celui-ci est responsable de définir les besoins et d'engager une infirmière ou, encore, de conclure une entente avec le CISSS, le CIUSSS ou un des 5 établissements non visés par la Loi pour assurer les services de santé en milieu scolaire auquel celui-ci répond en fonction du principe de responsabilité populationnelle. Par ailleurs, les établissements d'enseignement tant publics que privés doivent souscrire aux orientations gouvernementales en matière de santé et de services sociaux et doivent participer au continuum de services intégrés.

Les activités réalisées par les CISSS, les CIUSSS et les 5 établissements non visés par la Loi dans les écoles du Québec s'inscrivent dans le cadre de l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Centrée sur le développement global et optimal des jeunes, cette entente porte sur les services de prévention et de promotion de la santé et du bien-être ainsi que sur les services d'aide, d'adaptation et de réadaptation. Pour le volet de prévention et de promotion de la santé et du bien-être de cette entente, le MSSS et le MELS privilégient l'approche *École en santé* comme démarche concertée de planification et de mise en œuvre d'interventions efficaces intégrées.

RÉSEAU DES SERVICES DE GARDE

Le réseau québécois des services de garde relève du MF. Ce réseau comprend les CPE et les garderies, qui peuvent offrir jusqu'à 80 places dans leurs installations, ainsi que les services de garde en milieu familial, qui peuvent offrir, dans une résidence privée, un maximum de 9 places. Si un service de garde en milieu familial accueille plus de 6 enfants, il doit être reconnu par un bureau coordonnateur agréé. Les services de garde en milieu familial reconnus sont encadrés par la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance et le Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance, comme le sont les garderies et les CPE.

Les services de garde jouent un rôle social important. Ils favorisent le développement global et optimal des enfants. Ils les préparent pour leur entrée à l'école. De plus, ils favorisent la participation des parents au marché de l'emploi; ils contribuent ainsi à l'amélioration ou au maintien des conditions socioéconomiques des familles. Les services de garde ont connu un développement important au cours des dernières décennies. Actuellement, plus de 200 000 places en service de garde reconnu sont offertes au Québec, et un peu plus de la moitié de ces places sont en CPE ou en garderie.

Les ressources et l'aménagement des services de garde, notamment, jouent un rôle important dans le phénomène de la transmission des infections dans ces milieux. Le MF, la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance et le Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance, par le cadre qu'ils offrent, influencent les caractéristiques des services de garde et, par le fait même, la transmission des infections.

RÉSEAU DE L'ÉDUCATION

Le réseau de l'éducation québécois est formé d'établissements francophones et anglophones publics et privés, et comporte 4 ordres d'enseignement : l'enseignement primaire (y compris l'éducation préscolaire), l'enseignement secondaire, l'enseignement collégial et l'enseignement universitaire. Les 4 ordres d'enseignement relèvent du MELS.

Le MELS définit les orientations et les programmes, dont les programmes d'études qui déterminent les apprentissages, de même que les services éducatifs complémentaires. Par contre, la gestion du système scolaire est dévolue aux commissions scolaires.

En 2012-2013¹, pour l'éducation préscolaire, l'enseignement primaire et l'enseignement secondaire, on comptait :

- 72 commissions scolaires (60 francophones, 9 anglophones, 3 à statut particulier);
- 2 728 établissements publics;
- 353 établissements privés.

Parmi ces 2 728 établissements publics et privés, on comptait :

- 1 725 écoles primaires;
- 423 écoles secondaires;
- 192 écoles primaires et secondaires;
- 195 centres de formation professionnelle;
- 193 centres d'éducation des adultes.

En 2012-2013, l'effectif scolaire était le suivant :

- 98 561 élèves inscrits à la maternelle;
- 438 711 élèves inscrits au primaire;
- 327 216 élèves inscrits au secondaire.

En vertu du régime pédagogique et de la Loi sur l'instruction publique², les écoles offrent 4 types de services éducatifs :

- services d'éducation préscolaire;
- services d'enseignement primaire et secondaire;
- services éducatifs complémentaires;
- services particuliers.

1. QUÉBEC, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DES LOISIRS ET DU SPORT, *Principales statistiques de l'éducation préscolaire et de l'enseignement primaire et secondaire*, [En ligne], Québec, Le Ministère, Édition 2014.
[\[http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/statistiques_info_decisionnelle/statistiques_PrincStatEducation_2014.pdf\]](http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/statistiques_info_decisionnelle/statistiques_PrincStatEducation_2014.pdf).

² QUÉBEC, *Régime pédagogique de l'éducation préscolaire, de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire, l-13.3, r. 8, à jour au 1^{er} février 2017*, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec, 2014, art. 3. (Consulté le 16 février 2017).
[\[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/l_13_3/l13_3R8.HTM\]](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/l_13_3/l13_3R8.HTM).

Services éducatifs complémentaires

Les services éducatifs complémentaires s'inscrivent dans la mission de l'école qui est d'instruire, de socialiser et de qualifier. Ces services sont, de plusieurs manières, un complément aux services d'enseignement. Ils « ont pour but de favoriser la progression de l'élève dans ses différents apprentissages¹ ». Le Régime pédagogique de l'éducation préscolaire, de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire prévoit 4 types de services éducatifs complémentaires obligatoires pour répondre aux besoins des élèves :

- services de soutien;
- services de vie scolaire;
- services d'aide;
- services de promotion et de prévention.

Les services de promotion et de prévention visent à offrir à l'élève un environnement favorable à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie de même qu'au développement de compétences qui influencent de manière positive sa santé et son bien-être. Ces services incluent, entre autres, des services de santé et des services sociaux.

Les services éducatifs complémentaires sont assurés par tout le personnel de l'école, soit les enseignants, mais aussi les professionnels et techniciens : psychologues, orthopédagogues, conseillers d'orientation, psychoéducateurs, techniciens en éducation spécialisée, orthophonistes, animateurs de vie étudiante, bibliothécaires, animateurs de vie spirituelle et d'engagement communautaire, infirmières scolaires, etc.

Services de garde en milieu scolaire

Les services de garde en milieu scolaire reçoivent les élèves du préscolaire et du primaire qui y sont inscrits. Ils complètent les services éducatifs fournis par l'école. Ils sont principalement axés sur des activités récréatives. Ces services sont disponibles en dehors des heures d'enseignement. Ils peuvent aussi être offerts lors des journées pédagogiques, des jours de congé d'école et de la semaine de relâche ou à toute autre occasion où des besoins sont signalés.

Aucune donnée n'est disponible au Québec ou au Canada sur l'impact des maladies infectieuses sur l'absentéisme des élèves et du personnel scolaire. Aux États-Unis, en milieu scolaire, on estime que les infections sont responsables de plusieurs millions de pertes de journées de classe. En 2007, 40 % des élèves âgés de 5 à 17 ans ont manqué 3 jours et plus d'école à cause de maladies infectieuses et blessures.

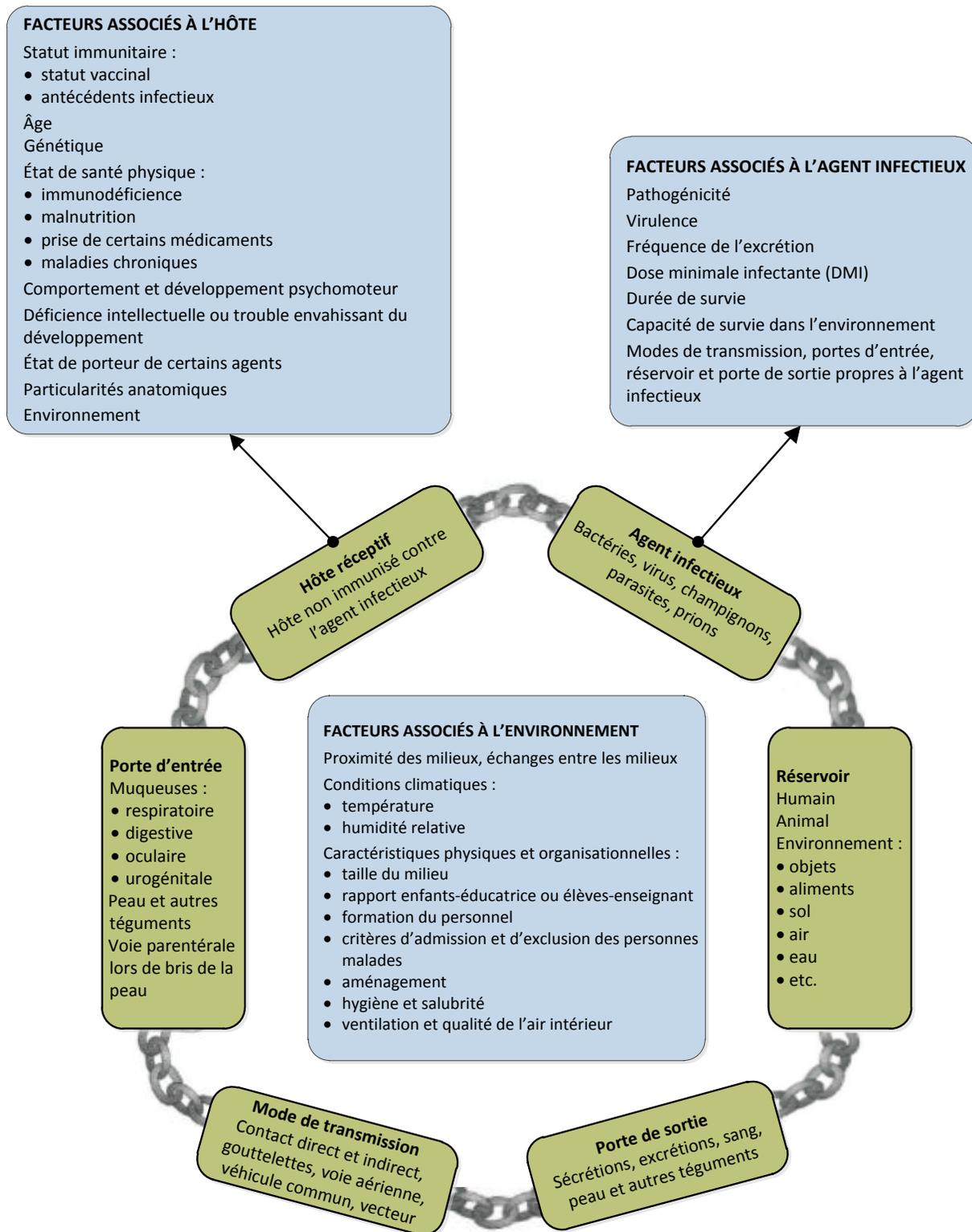
La prévention des infections dans le milieu scolaire est bénéfique; cela a été démontré à plusieurs reprises. Les écoles sont propices à la transmission des infections, notamment parce que les personnes y sont en contact étroit. Les maladies infectieuses peuvent avoir des effets négatifs en contexte scolaire, car elles peuvent contribuer, entre autres, à l'absentéisme des élèves et du personnel scolaire. Aussi, la gestion d'éclousions de maladies infectieuses peut comporter des enjeux importants pour les écoles et leurs partenaires. Des activités de prévention des infections, par exemple la promotion du lavage des mains, peuvent contribuer à diminuer les problèmes associés aux maladies infectieuses en contexte scolaire.

TRANSMISSION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE ET ÉCOLES

Afin d'adopter des mesures de prévention et de contrôle appropriées dans les services de garde et les écoles, il est indispensable de comprendre la façon dont peuvent se transmettre les infections dans ces milieux. La chaîne de l'infection illustre bien le phénomène infectieux (voir la figure 1). Les 6 maillons représentent les conditions nécessaires à la transmission de l'infection, soit :

- l'agent infectieux;
- le réservoir;
- la porte de sortie;
- le mode de transmission;
- la porte d'entrée;
- l'hôte réceptif.

Figure 1 – Chaîne de l'infection



Adapté de Gerard J. TORTORA, Berdell R. FUNKE et Christine L. CASE, *Introduction à la microbiologie*, adaptation française de Louise Martin, 2^e édition, Saint-Laurent, Pearson ERPI, c2012, p. 242.

AGENT INFECTIEUX

Il peut s'agir de bactéries, virus, champignons, parasites ou de tout autre agent pouvant causer des infections. Certains facteurs associés à l'agent infectieux influencent sa facilité à se transmettre :

- La pathogénicité (la capacité de l'agent infectieux à causer une infection).
- La virulence (la capacité de l'agent infectieux à causer une maladie grave).
- La DMI (la quantité minimale d'agents infectieux permettant l'infection).
- Les modes de transmission, les portes d'entrée, le réservoir et la porte de sortie propres à l'agent infectieux. Par exemple, même si des gouttelettes respiratoires sont projetées sur une plaie ouverte, il n'y aura pas transmission de la grippe. Par contre, il pourra y avoir transmission d'un streptocoque.
- La capacité de l'agent infectieux à survivre dans l'environnement et à rester viable. Lorsque l'agent infectieux contenu par exemple dans des sécrétions se retrouve dans l'environnement, il peut y survivre un certain temps, ce qui influence sa capacité à se transmettre (voir le tableau 1). Ainsi, les micro-organismes peuvent survivre et demeurer infectieux pour une durée variable, selon leur propre viabilité, mais aussi selon les conditions du milieu, de la surface ou des substances (ex. : sécrétions) où 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. Certains virus respiratoires, dont le virus de la grippe, demeurent viables jusqu'à 5 minutes sur la peau des mains.

Tableau 1 – Durée de survie d'agents infectieux sur différentes surfaces

AGENT	SURFACE				
	Peau des mains	Comptoirs	Papier	Vêtements, literie	Gants de caoutchouc
Cytomégalo virus	30 min	8 h	2 h		< 5 min
Virus gastro-intestinaux (rotavirus, poliovirus, virus Cocksackie, échovirus, norovirus)	4 h	30 min à > 2 sem.		2 à 12 jours	
<i>Giardia lamblia</i>		Quelques jours			
Virus de l'hépatite A (VHA)		2 sem.			
Virus de l'hépatite B (VHB)		1 sem.			
Virus influenza A et B	5 min	24 à 48 h	8 à 12 h	8 à 12 h	
<i>Staphylococcus aureus</i> (dont <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline [SARM])	3 h				
Virus herpès	2 h	4 h		3 h	
Virus respiratoire syncytial (VRS)	30 min	8 h	30 à 45 min	1 à 2 h	90 min
Entérocoque résistant à la vancomycine		> 7 jours			

RÉSERVOIR

Le réservoir est le lieu où se trouve l'agent infectieux. Le réservoir peut être :

- Un humain ou un animal lorsqu'ils :
 - font la maladie avec ou sans symptômes ni signes cliniques; par exemple, l'hépatite A est souvent sans symptômes chez les jeunes enfants;
 - sont en incubation ou en convalescence; par exemple, les personnes en période d'incubation de la varicelle ont peu ou pas de symptômes durant les 2 jours précédant l'apparition des lésions;
 - abritent l'agent infectieux sans être infectés (colonisation), par exemple le SARM.
- L'environnement (objets, aliments, sol, air, eau, etc.); par exemple, de façon ubiquitaire, le sol qui contient des spores du bacille tétanique.

PORTE DE SORTIE

La porte de sortie est la façon dont l'agent infectieux quitte le réservoir, à savoir :

- par les sécrétions : sécrétions respiratoires (nasales, pharyngées, laryngées, bronchiques), sécrétions oculaires, sécrétions génitales, salive et vomissements;
- par les excréments : selles et urine;
- par le sang;
- par la peau et autres téguments : lésion cutanée, pus, squames, cheveux et ongles.

MODE DE TRANSMISSION

La classification des modes de transmission varie selon les auteurs et les milieux d'intervention. Les modes de transmission sont variables suivant la nature de la maladie, et l'agent infectieux en cause peut utiliser plus d'un mode de transmission. Dans les services de garde et les écoles, 5 modes de transmission sont particulièrement fréquents :

- transmission par contact;
- transmission par gouttelettes;
- transmission par voie aérienne;
- transmission par véhicule commun;
- transmission par vecteur.

Transmission par contact

On distingue 2 types de contact :

- contact direct;
- contact indirect.

Le contact direct est un contact physique étroit, sans intermédiaire, entre une personne infectée et une personne réceptive, par exemple contact peau à peau, tête-à-tête, bouche-à-bouche, contact bouche à plaie (morsure), contact transplacentaire.

Le contact indirect se produit lorsqu'une personne entre en contact avec un objet ou des mains contaminés et porte le microbe à sa bouche, à son nez, à ses yeux ou à tout autre endroit pouvant constituer une porte d'entrée pour l'infection, par exemple la tétine contaminée qu'un enfant porte à sa bouche, les doigts qu'il porte à son nez, un crayon de maquillage qui contamine une plaie cutanée, la souris ou le clavier d'un ordinateur, un instrument de musique comme une flûte. Si un objet devient la source unique de transmission à plusieurs hôtes, on parlera de transmission par véhicule commun (voir la section correspondante plus bas).

Le contact direct et le contact indirect impliquent la transmission de l'agent infectieux par :

- des sécrétions :
 - sécrétions respiratoires (nasales, pharyngées, laryngées, bronchiques),
 - sécrétions oculaires,
 - salive,
 - vomissements,
 - sécrétions génitales;
- des excréments :
 - selles,
 - urine;
- du sang :
 - blessure,
 - morsure,
 - placenta;
- la peau et autres téguments :
 - lésion cutanée,
 - pus,
 - squames,
 - cheveux et ongles.

Transmission par gouttelettes

La transmission par gouttelettes se fait lorsqu'une personne infectée projette dans l'air des gouttelettes respiratoires contenant l'agent infectieux en toussant, en éternuant ou en parlant. Ces gouttelettes sont projetées sur une courte distance (maximum 2 mètres) et se déposent sur la muqueuse du nez, de la bouche ou des yeux d'une personne. Les gouttelettes ne restent pas en suspension dans l'air. Le virus de la grippe et l'agent de la coqueluche (*Bordetella pertussis*) se transmettent de cette façon.

Tous les agents infectieux transmissibles par gouttelettes peuvent contaminer l'environnement et ainsi se transmettre par contact indirect.

Transmission par voie aérienne

La transmission par voie aérienne se produit lorsque le microbe, présent dans des microgouttelettes respiratoires ou dans des particules de poussière en suspension dans l'air est inhalé. Le microbe peut rester dans l'air pendant une longue période et être dispersé par les courants d'air sur une longue distance (plus de 2 mètres).

Les infections transmises par voie aérienne sont peu nombreuses. Il s'agit notamment de la varicelle, de la rougeole et de la tuberculose.

Transmission par véhicule commun

Ce mode de transmission implique une unique source contaminée (eau ou aliment comme du jus de pomme non pasteurisé, air, eau d'une piscine ou d'une pataugeoire ou objet à usage commun comme un refroidisseur d'eau ou un thermomètre partagé) qui transmet l'infection à de nombreuses personnes.

Transmission par vecteur

Il y a transmission par vecteur lorsque l'agent infectieux doit passer par un intermédiaire comme un insecte ou une tique pour être transmis. Le virus du Nil occidental (VNO), transmis par les moustiques du genre *Culex*, et la maladie de Lyme, transmise par la tique à pattes noires (*Ixodes scapularis*), sont des exemples de transmission par vecteur.

PORTE D'ENTRÉE

La porte d'entrée est le site par lequel l'agent infectieux s'introduit dans l'hôte pour le contaminer. La porte d'entrée est variable selon l'agent infectieux, et celui-ci peut se transmettre par plusieurs portes d'entrée :

- muqueuse respiratoire;
- muqueuse digestive;
- muqueuse oculaire;
- muqueuse urogénitale;
- peau et autres téguments;
- voie parentérale lors de bris de la peau (ex. : plaie cutanée, piqûre d'aiguille).

HÔTE RÉCEPTIF

L'agent infectieux ne peut pas se transmettre si l'hôte n'est pas réceptif à l'infection, par exemple si l'hôte est immunisé contre l'agent infectieux à la suite d'une vaccination ou, dans certains cas, après avoir fait la maladie. Donc, un hôte réceptif est une personne à risque de contracter une infection. Plusieurs facteurs peuvent altérer les mécanismes de défense de l'hôte :

- Statut immunitaire incluant le statut vaccinal et les antécédents infectieux.
- Âge. Par exemple, les jeunes enfants en service de garde ont une certaine immaturité immunologique, ont l'habitude de porter des objets à leur bouche, n'ont pas acquis certaines habitudes d'hygiène, sont dépendants de l'adulte, ont besoin de contacts physiques fréquents et font plus souvent des otites à cause de l'anatomie particulière de leur trompe d'Eustache.
- Génétique.
- État de santé physique :
 - immunodéficience;
 - prise de certains médicaments;
 - malnutrition;
 - maladies chroniques.
- Environnement.

Il est prouvé que les enfants fréquentant un service de garde à plein temps courent un risque jusqu'à 3 fois plus élevé de contracter des infections que les 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.

Environnement

Plusieurs facteurs de l'environnement peuvent influencer la capacité de l'hôte à se défendre, la gravité de la maladie et la capacité de l'agent infectieux à survivre ou à se répandre. La proximité des milieux et les échanges entre les milieux sont des facteurs influençant la transmission des infections. D'autres facteurs sont liés à l'environnement intérieur ou extérieur.

À l'extérieur, la survie des micro-organismes dépend des conditions climatiques (température, humidité relative). Par exemple, le climat estival favorise la présence de *Giardia lamblia* dans les pataugeoires et les piscines. Les personnes qui se baignent dans une eau contaminée risquent d'être infectées. En hiver, les personnes sont plus souvent à l'intérieur, en contact étroit, et la circulation de l'air est diminuée. C'est en partie pourquoi les infections respiratoires telles que la grippe et le rhume sont plus fréquentes durant cette saison.

À l'intérieur, l'humidité relative et la température des pièces peuvent influencer le potentiel infectieux de la plupart des micro-organismes. Les caractéristiques physiques et le mode d'organisation des milieux jouent aussi un rôle dans l'incidence et la prévalence des infections : superficie des locaux, rapport enfants-éducatrice ou élèves-enseignant, nombre de

toilettes, de lavabos, de portes et de fenêtres, entretien des locaux, ventilation et qualité de l'air intérieur, formation du personnel et critères d'admission et d'exclusion des personnes malades. Ainsi, la fréquence des maladies respiratoires peut diminuer lorsque la taille 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.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE ET ÉCOLES

On ne peut pas toujours éviter 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 susceptibles de faire la maladie. Pour ce faire, on doit connaître les modes de transmission des agents infectieux en cause, les conditions de l'environnement, les moyens de protection existants et le milieu. La prévention et le contrôle des infections concernent à la fois les gestionnaires, le personnel des services de garde et des écoles, les professionnels de la santé, les enfants, les élèves et les familles.

La prévention, ça fonctionne! Au Québec, grâce à un programme de prévention des infections en service de garde, on a réduit des deux tiers la fréquence des infections diarrhéiques et la moitié des infections respiratoires. Aucune étude n'a été faite au Québec pour évaluer l'impact d'un programme de prévention des infections dans les écoles. Néanmoins, ailleurs dans le monde, plusieurs études démontrent l'efficacité du renforcement des mesures de prévention, telles que le lavage des mains, pour diminuer l'absentéisme autant des élèves ou des enseignants à l'école que des parents au travail.

Certaines mesures de prévention et de contrôle devraient être mises en œuvre indépendamment de la présence ou non de cas de maladies infectieuses dans le milieu. Toutefois, lorsque des cas d'infection surviennent, il est important d'adapter les interventions et de renforcer certaines mesures de contrôle.

Pour aider les milieux voulant prévenir la transmission des infections, une hiérarchie des mesures de prévention et de contrôle a été établie. Il existe 3 catégories de mesures de prévention et de contrôle :

- mesures relatives à l'environnement physique;
- mesures administratives et organisationnelles;
- équipement de protection individuelle.

MESURES RELATIVES À L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Les mesures relatives à l'environnement physique constituent le 1^{er} niveau de la hiérarchie. Si ce niveau de prévention et de contrôle n'est pas adéquat ou s'il est impossible à mettre en place, il est recommandé de prévoir des mesures administratives afin de corriger les lacunes.

Les mesures relatives à l'environnement physique visent à réduire le risque d'infection à la source. Ce sont des mesures d'infrastructure; elles sont généralement intégrées à la structure de l'immeuble ou à l'organisation des lieux. Ces mesures comprennent, entre autres, la conception des bâtiments, incluant les systèmes de ventilation, la circulation d'air dans les pièces, les modèles de circulation humaine (anticipation de la circulation des personnes dans le bâtiment), l'installation de distributeurs de solution hydro-alcoolique (SHA) et de lavabos réservés au lavage des mains et aux changements de couche, l'espace où se trouvent les tables à langer, le nombre de poubelles, l'organisation spatiale des lieux, etc.

Si les caractéristiques du milieu ne sont pas favorables à la prévention des infections, toutes les personnes y évoluant risquent davantage d'être exposées aux agents infectieux et de faire la maladie.

Concernant la conception des bâtiments des services de garde, des normes de qualité ont été intégrées à la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance et au Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance. Il appartient au MF de veiller au respect de ces normes. Au regard des écoles, ce sont les commissions scolaires qui sont responsables des bâtiments et de leur entretien. Il n'existe pas de lois ni de règlements relatifs à l'entretien des établissements scolaires. Toutefois, les commissions scolaires sont responsables de leurs établissements, en plus d'être des employeurs. Elles doivent donc veiller à la santé des occupants et répondre aux exigences contenues dans divers lois, règlements et codes, dont la Loi sur la santé et la sécurité du travail, le Code de construction du Québec, le Code national du bâtiment, le Règlement sur la sécurité dans les édifices publics et la Loi sur la qualité de l'environnement.

MESURES ADMINISTRATIVES ET ORGANISATIONNELLES

Les mesures administratives et organisationnelles sont établies par plusieurs instances et doivent être appliquées pour être efficaces. Ces mesures s'appuient, entre autres, sur les lois et règlements (ex. : Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance) ainsi que sur les politiques, procédures et pratiques internes de chaque établissement. Une application inefficace et inconstante des mesures administratives et organisationnelles risque d'entraîner des infections et même des éclosions. L'organisation du service de garde ou de l'école doit fournir les efforts nécessaires pour les mettre en œuvre.

Sont incluses dans les mesures administratives et organisationnelles :

- les pratiques de base;
- la formation et l'éducation du milieu ainsi que le soutien du personnel;
- l'immunisation;
- l'adoption d'une politique d'exclusion;
- l'adoption de normes de qualité;
- la surveillance des symptômes.

PRATIQUES DE BASE

Les pratiques de base sont les mesures à respecter en tout temps pour prévenir la transmission des infections. Le chapitre 4 décrit les pratiques de base recommandées pour les services de garde et les écoles. Ces pratiques ont un impact sur la protection individuelle et sur le contrôle de la transmission des infections. Leur efficacité à prévenir et contrôler les infections est tributaire de leur implantation adéquate dans le milieu et de la disponibilité du matériel nécessaire (ex. : SHA, gants).

Les pratiques de base doivent être respectées en tout temps, mais lorsque des cas d'infection surviennent, dépendant de la nature de l'infection, certaines pratiques de base doivent être particulièrement renforcées. Dans le guide, les pictogrammes suivants seront utilisés pour référer aux pratiques de base devant être renforcées.

Tableau 2 – Liste des références aux pictogrammes utilisés dans le guide

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'air intérieur .
	Chapitre 4, sections : — Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux : Objets souillés de sang et autres liquides biologiques (incluant instruments de musique). — <i>Brossage de dents.</i> — Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments : Administration du lait maternel et des préparations commerciales pour nourrissons. Chapitre 5, section : <i>Contacts avec le sang et les liquides biologiques.</i>
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .
	Chapitre 4, section : Port de gants .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'eau .
	Chapitre 4, section : Animaux . Chapitre 5, section <i>Situations particulières</i> : <i>Morsure, griffure et contact avec la salive d'un animal.</i>

FORMATION ET ÉDUCATION

Le gestionnaire du service de garde ou de l'école 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 (1 ou 2 fois par année). Des études démontrent que les taux d'incidence de la diarrhée et des infections respiratoires sont plus faibles dans les services de garde et les écoles qui ont un programme de formation pour le contrôle des infections.

Même si un programme de formation pour le contrôle des infections est mis en place, il est peu probable que l'on obtienne le résultat espéré si le personnel n'applique pas les pratiques de base. Pour qu'un programme fonctionne, il est nécessaire que toutes les personnes fréquentant le milieu y adhèrent, incluant les enfants et les élèves. Ainsi, il est très important que les éducatrices et les enseignants soient encouragés à appliquer les pratiques de base et à les promouvoir, surtout le lavage des mains. Des outils sont disponibles pour les services de garde et les écoles pour faire la promotion de certaines pratiques de base, dont le lavage des mains, l'hygiène respiratoire et la technique du changement de couche (voir [l'annexe 2](#)).

L'importance de l'enseignement des notions de prévention des infections est reconnue à travers le monde. Par exemple, depuis 2008, le 15 octobre est officiellement la Journée mondiale du lavage des mains. Cette journée vise à sensibiliser un maximum de personnes aux conséquences d'une mauvaise hygiène des mains. Il existe aussi un programme européen, destiné aux enseignants et aux élèves âgés de 9 à 16 ans, qui vise à préserver l'efficacité des antibiotiques. Ce programme a été implanté dans 28 pays d'Europe. Plusieurs sujets sont abordés par ce programme, dont la transmission des infections, les moyens de prévention (ex. : lavage des mains et vaccination) de même que les traitements. Une évaluation démontre que ce programme est bien accueilli et améliore les connaissances des enseignants et des élèves.

IMMUNISATION

La vaccination est le meilleur moyen de protection contre certaines infections potentiellement graves. Au Québec, malgré l'implantation de programmes de vaccination gratuite, il arrive que des maladies évitables par la vaccination soient signalées dans les services de garde et les écoles.

Advenant l'apparition d'une maladie évitable par la vaccination, les personnes considérées comme non protégées pourraient être exclues temporairement du service de garde ou de l'école (les périodes d'exclusion varient selon la maladie) jusqu'à ce que la période d'exclusion se termine ou jusqu'à ce qu'elles fournissent une preuve de protection. Cette mesure d'exclusion exceptionnelle peut être appliquée par le directeur national de santé publique lorsque la situation le justifie. Tous les enfants, élèves, membres du personnel et stagiaires devraient donc être vaccinés contre les maladies visées par le Programme québécois d'immunisation.

Idéalement, le statut vaccinal de tous les enfants, élèves et membres du personnel des services de garde et des écoles devrait être vérifié régulièrement. L'évaluation du statut vaccinal des enfants, des élèves et du personnel doit être faite par une infirmière ou un médecin.

Pour plus d'information sur la vaccination du personnel, voir la section [Populations particulières : Travailleurs et stagiaires](#) du chapitre 5.

ADOPTION D'UNE POLITIQUE D'EXCLUSION

La direction de chaque service de garde et de chaque école 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 de ce guide ainsi que de la sécurité et du bien-être des enfants et du personnel. Les parents des enfants et le personnel devraient connaître cette politique dès qu'ils commencent à fréquenter ce milieu, 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.

Plusieurs raisons peuvent justifier l'exclusion temporaire d'une personne d'un service de garde ou d'une école dont :

- le diagnostic provisoire ou confirmé d'une maladie infectieuse dont la transmission pourrait être prévenue ou réduite par l'exclusion, voir les chapitres 6 et 7;
- la sévérité ou la nature des symptômes:
 - dans le cas d'un travailleur, voir la section [Populations particulières : Travailleurs et stagiaires](#) du chapitre 5,
 - dans le cas d'un enfant, le tableau 3 décrit les situations ou symptômes qui justifient le retrait du service de garde ou de l'école;
- les tâches effectuées dans le cadre de son travail. Par exemple, les travailleurs de l'alimentation doivent parfois être retirés plus longtemps lors d'une infection entérique. Voir la section [Populations particulières : Travailleurs et stagiaires](#) du chapitre 5;
- une exigence du directeur de santé publique de la région;
- une exigence du directeur national de santé publique.

Tableau 3 – Symptômes pour lesquels l'exclusion d'un enfant est habituellement recommandée

Symptômes	Conduite à tenir ¹	Retour
Incapacité de l'enfant ou de l'élève à participer aux activités du groupe sans effort inhabituel.	Aviser les parents qu'ils doivent venir chercher l'enfant aussitôt que possible.	Lorsque l'enfant est capable de participer aux activités du groupe sans effort.
Incapacité de l'éducatrice ou de l'enseignant à s'occuper de l'enfant ou de l'élève malade sans compromettre le bien-être des autres enfants ou élèves.	Aviser les parents qu'ils doivent venir chercher l'enfant aussitôt que possible.	Lorsque l'enfant ne requiert pas ou très peu de soins additionnels ne compromettant pas le bien-être des autres enfants.
Présence de symptômes pouvant suggérer une maladie sévère, par exemple de la fièvre avec atteinte de l'état général, de la léthargie, de l'irritabilité, des pleurs persistants, de la difficulté à respirer, des signes de déshydratation.	Aviser les parents qu'ils doivent venir chercher l'enfant aussitôt que possible.	Lorsque la condition de l'enfant est améliorée.
Fièvre chez un enfant âgé de moins de 3 mois.	Aviser les parents qu'ils doivent venir chercher l'enfant aussitôt que possible.	Lorsque l'enfant est afébrile et que sa condition est améliorée.
Éruption cutanée avec fièvre ou atteinte de l'état général.	Aviser les parents qu'ils doivent venir chercher l'enfant aussitôt que possible. Une évaluation médicale est recommandée pour préciser s'il s'agit d'une maladie contagieuse.	Variable selon l'étiologie (voir les chapitres 6 et 7).
Vomissements : 2 ou plus durant les dernières 24 heures.	Aviser les parents qu'ils doivent venir chercher l'enfant aussitôt que possible.	Après résolution (pas de vomissements depuis 24 heures).
Diarrhée : <ul style="list-style-type: none"> • si les selles ne peuvent pas être contenues dans la couche ou que l'enfant est incontinent (ne peut pas se rendre à la toilette pour chacune de ses selles); • si les selles contiennent du sang ou du mucus; • s'il est fébrile. 	Aviser les parents qu'ils doivent venir chercher l'enfant aussitôt que possible.	Lorsqu'il est afébrile, que les selles peuvent être contenues dans la couche ou que l'enfant est continent et en l'absence de sang ou de mucus dans les selles OU variable selon l'étiologie (voir le chapitre 7).
Lésions cutanées avec écoulement purulent.	Exclure, si les lésions ne peuvent pas être couvertes avec un pansement imperméable.	Selon l'étiologie (voir le chapitre 7), s'il n'y a plus d'écoulement, si les lésions sont croûtées ou qu'elles peuvent être couvertes par un pansement imperméable.

¹ En tout temps, lorsque la condition de l'enfant est jugée préoccupante, une consultation médicale d'urgence peut être requise.

ADOPTION DE NORMES DE QUALITÉ

Des normes québécoises et des outils permettent d'assurer et d'évaluer la qualité des services de garde offerts aux enfants ainsi que d'améliorer les conditions de vie et de travail dans ces milieux. Ces normes s'appliquent à tous les services de garde, soit les CPE, les garderies et les services de garde en milieu familial. Celles-ci ont été intégrées à la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance et au Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance. Le contrôle de l'environnement comprend l'aménagement et la propreté des locaux, le respect du rapport enfants-éducatrice recommandé et d'autres caractéristiques organisationnelles. Les participations actives et soutenues du réseau de la santé et des services sociaux sont indispensables à l'élaboration des programmes de santé pour les services de garde.

Dans le cas des services de garde en milieu scolaire, c'est le Règlement sur les services de garde en milieu scolaire qui fournit des balises, notamment au regard de l'hygiène, de la salubrité et de la sécurité. Il n'existe pas de lois ni de règlements relatifs à l'entretien des établissements scolaires. Toutefois, les commissions scolaires sont responsables de leurs établissements, en plus d'être des employeurs. Elles doivent donc veiller à la santé des occupants et répondre aux exigences contenues dans divers lois, règlements et codes, tels que la Loi sur la santé et la sécurité du travail, le Code de construction du Québec, le Code national du bâtiment, le Règlement sur la sécurité dans les édifices publics et la Loi sur la qualité de l'environnement.

SURVEILLANCE DES SYMPTÔMES

La surveillance des symptômes d'infection, en particulier la fièvre et la diarrhée, des personnes fréquentant le service de garde ou l'école permettent le renforcement de certaines pratiques de base et de mettre en place les mesures de prévention et contrôle des infections.

Le but ultime de la surveillance est de prévenir une éclosion importante ou, s'il y a lieu, de la contrôler (communication avec les professionnels de la santé, mise en place de mesures préventives, etc.). Le succès de la surveillance dépend de l'implication du service de garde ou de l'école et d'une communication constante entre le personnel, les parents et les professionnels de la santé.

ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE

Il s'agit du dernier niveau de la hiérarchie des mesures de prévention et de contrôle. Dans les services de garde et les écoles, très peu de circonstances justifient l'utilisation d'équipement de protection individuelle. À ce titre, seul le port de gants est recommandé dans certaines circonstances qui sont détaillées au chapitre 4. Toutefois, peu importe le milieu, les mesures liées à l'équipement de protection individuelle constituent le niveau le plus faible de protection et devraient être accompagnées de règles d'utilisation. L'efficacité de ces mesures est facilement compromise lors d'une utilisation non appropriée de l'équipement de protection individuelle.

ACTIVITÉS CRÉATIVES

Dans cette section sont présentées les précautions relatives à la prévention des infections.

Lors de la réalisation des activités créatives, des précautions doivent aussi être prises pour la prévention des blessures, des intoxications et des réactions allergiques. Ces précautions dépassent le cadre de guide *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde et écoles du Québec*, mais sont rapidement abordées dans cette section. Pour plus de détails concernant la sécurité des produits chimiques dans le cadre des cours d'art, consulter le document *Information à l'intention des professeurs d'arts : Sécurité des produits chimiques* disponible à l'adresse suivante : www.hc-sc.gc.ca/cps-spc/pubs/indust/art-fra.php.

MAQUILLAGE DES ENFANTS

Les produits non toxiques et hypoallergènes doivent être privilégiés.

Avant de faire un maquillage complet, il est recommandé d'appliquer le produit sur une petite surface de la peau pour s'assurer qu'il est bien toléré. Certains produits de maquillage peuvent causer des irritations ou des allergies.

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

Pour prévenir les infections lors des séances de maquillage :

- Toujours se laver les mains avant de manipuler un produit cosmétique et avant de maquiller chaque enfant.
- Ne pas maquiller un enfant dont les yeux coulent, qui a une lésion au visage ou qui présente des symptômes d'une infection respiratoire. Ne pas maquiller une zone de peau présentant des lésions.
- Avant la séance de maquillage, nettoyer et désinfecter les pinceaux. Nettoyer les pinceaux à l'eau et au savon. Bien les rincer à l'eau, les secouer pour les égoutter, les laisser sécher et 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 %.
- Utiliser une seule fois les éponges à maquillage et les applicateurs avec extrémité en mousse ou en feutrine.
- 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. Après chaque séance de maquillage, frotter le taille-crayon avec de l'alcool à 70 % pour le désinfecter et le ranger dans un sac hermétique ou un contenant propre et bien fermé.
- Ranger le nécessaire à maquillage dans un endroit sec (loin de l'humidité) et 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 :

- D'inscrire sur les contenants la date d'achat.
- De ne pas conserver un produit de maquillage plus de 1 an.
- D'acheter de préférence de petits contenants.
- De jeter le produit si une odeur s'en dégage ou s'il y a présence de moisissures.

GOUACHE

La gouache est une peinture à l'eau mélangée avec des liants et des ingrédients qui la rendent pâteuse. Sur le marché, on la trouve sous forme liquide (dans des pots ou en tube) ou solide (en pastilles). La gouache conçue pour les milieux éducatifs présente plusieurs avantages : elle est abordable, facilement lavable à l'eau, inodore, et, surtout, non toxique. La gouache de qualité artistique peut ne pas avoir les mêmes avantages, surtout au regard de la non-toxicité. Il importe de choisir du matériel sécuritaire adapté aux enfants qui l'utiliseront.

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

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.

Il est recommandé :

- D'acheter une gouache non toxique, en petites quantités.
- De ranger la gouache dans son contenant d'origine dans un endroit sec.
- De jeter la gouache et son contenant s'il y a présence de moisissures ou d'odeur.
- Avant et après l'activité, de se laver les mains, de laver les mains des enfants ou de leur demander de le faire.
- Lors de l'activité, de servir les quantités prévues nécessaires dans des contenants autres que le contenant d'origine. Ne pas remettre l'excédent ou la gouache qui a déjà servi dans le contenant d'origine pour éviter sa contamination. Laisser sécher les pastilles de gouache avant de les ranger de façon hermétique afin de prévenir la croissance des moisissures.
- Nettoyer à l'eau et au savon les pinceaux et contenants après chaque usage et les laisser sécher.
- Nettoyer les surfaces à l'eau savonneuse.

PÂTE À MODELER

Les recommandations concernant l'utilisation sécuritaire de la pâte à modeler sont les suivantes :

- Conserver une pâte à modeler fabriquée de façon artisanale dans un contenant hermétique en inscrivant la date de fabrication sur le contenant et la remplacer chaque semaine.
- Si possible, conserver la pâte à modeler commerciale dans son contenant original.
- Déposer la pâte à modeler sur une surface préalablement nettoyée et assainie.
- Nettoyer et assainir les outils ou jouets utilisés lors du jeu après chaque usage.
- Jeter le matériel contaminé par les sécrétions du nez ou de la bouche (enfant ayant de la toux, des éternuements ou un écoulement nasal ou ayant mis la pâte à modeler dans sa bouche).
- Ne pas laisser les enfants porter la pâte à modeler à leur bouche.
- Prévoir des portions pour les enfants ayant des lésions cutanées, une coupure, des égratignures, de la toux, des éternuements ou un écoulement nasal et les jeter après utilisation.

Pour le nettoyage et l'assainissement, voir, dans le présent chapitre, la section [Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux](#). Pour le lavage des mains, voir la section [Hygiène des mains](#).

ACTIVITÉS CULINAIRES ET ACTIVITÉS DE BRICOLAGE ET DE DÉCORATION

UTILISATION DE CONTENANTS ALIMENTAIRES RECYCLÉS

Il peut être dangereux d'utiliser des contenants alimentaires recyclés (ex. : boîtes d'œufs ou barquettes de styromousse) pour bricoler, car ceux-ci peuvent avoir été contaminés par les aliments crus qu'ils contenaient. En effet, certains aliments sont plus souvent contaminés par des bactéries pouvant être responsables d'intoxications alimentaires. Par exemple, les œufs et le poulet peuvent être contaminés par les bactéries du genre *Salmonella*, qui causent la salmonellose (voir la section correspondante du chapitre 7).

Les règles suivantes sont recommandées lors de l'utilisation de contenants alimentaires recyclés pour bricoler :

- Sélectionner les contenants alimentaires les moins à risque de contamination. Dans le cas des boîtes d'œufs, utiliser seulement celles de catégorie A. Toutes les boîtes d'œufs souillées (sans égard à la catégorie) et les contenants de styromousse ayant servi à l'emballage de la viande, de la volaille et du poisson crus doivent être jetés.
- Selon la situation, laver ou essuyer les contenants :
 - Laver à l'eau et au savon les contenants faits de matériaux non poreux (ex. : pots de yogourt en plastique) visiblement souillés;
 - Essuyer avec un chiffon humide les contenants non souillés ou légèrement souillés faits de matériaux non poreux ou poreux (ex. : barquettes de styromousse, de bois ou de plastique ayant servi à l'emballage de fruits et légumes).

- Laisser sécher complètement les contenants avant l'utilisation.
- Après l'activité de bricolage, se laver les mains à l'eau et au savon et laver les mains des enfants ou leur demander de le faire.

DÉCORATIONS D'OEUF

Pour éviter une contamination, l'utilisation d'œufs de plastique, de bois ou de polystyrène est à privilégier.

Des œufs durs ou des coquilles vides peuvent toutefois être utilisés si certaines précautions sont prises.

Pour décorer des œufs durs qui seront mangés par la suite :

- Utiliser des œufs non fêlés de catégorie A ou frais lavés.
- Utiliser des colorants alimentaires.
- Ne pas décorer les œufs cuits dont la coquille est cassée.
- Garder les œufs au réfrigérateur jusqu'au moment de les servir. Il est aussi possible de les mettre dans un bol rempli de glace.

Relativement aux coquilles d'œufs vides, étant donné les mesures d'hygiène à prendre, les œufs devraient être préalablement vidés par un adulte. Idéalement, les œufs devraient être vidés la veille de l'activité pour que les coquilles aient le temps de sécher.

Pour vider de façon sécuritaire un œuf cru :

- Utiliser des œufs frais, non fêlés.
- Laver les œufs à l'eau.
- Faire un trou à chaque extrémité de l'œuf.
- Casser le jaune d'œuf avant de souffler.
- Utiliser une paille ou une seringue pour souffler dans l'œuf pour le vider de son contenu. Ne pas mettre la bouche sur la coquille.
- Laver les coquilles à l'eau et au savon.
- Faire tremper les coquilles dans une solution d'eau de Javel à une concentration de 1:10.
- Faire sécher les coquilles à l'air libre, par exemple sur une grille, en prenant soin de placer l'ouverture vers le bas.
- Laver et désinfecter les outils utilisés et les surfaces.
- Se laver les mains.

CHASSE AUX TRÉSORS (ALIMENTAIRES) OU AUX ŒUFS DE PÂQUES

Si des récompenses alimentaires ou des œufs de Pâques décorés sont cachés dans l'environnement, il est recommandé de prendre certaines précautions :

- Emballer l'œuf ou les friandises hermétiquement.
- Faire attention de ne pas briser l'emballage des aliments ou de casser la coquille des œufs.
- Choisir des cachettes à l'abri de la saleté, des animaux ou d'autres sources de bactéries. Les plates-bandes sont à éviter. Il faut plutôt privilégier les cachettes à l'intérieur.
- Ne pas oublier que la coquille d'un œuf est poreuse et laisse passer les bactéries.
- Ne pas consommer les œufs non retrouvés ou cachés plus de 2 heures en dehors du réfrigérateur ou les friandises dont l'emballage est altéré.

ACTIVITÉS CULINAIRES

Les enfants et les adultes participant à une activité culinaire devraient être considérés comme des manipulateurs d'aliments, et les règles décrites dans la section *Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments* devraient s'appliquer.

De façon générale, un enfant ou un adulte qui présente ou qui a présenté au cours des 48 dernières heures des symptômes comme de la diarrhée, des vomissements ou de la fièvre ne doit pas participer à une activité culinaire.

Un enfant ou un adulte qui a une plaie ouverte aux mains ou aux avant-bras doit recouvrir sa plaie d'un pansement imperméable et étanche à usage unique, doublé d'un gant imperméable. Si ce n'est pas possible, l'enfant ou l'adulte ne doit pas participer à l'activité culinaire. Si la blessure survient durant l'activité, celle-ci doit être recouverte immédiatement d'un pansement (voir le chapitre 5, section [Contacts avec le sang et les liquides biologiques, Soins des plaies superficielles](#)). Les aliments qui sont entrés en contact avec la plaie ou du sang doivent être jetés.

En tout temps, les pratiques de base décrites dans la section *Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments* doivent être observées.

Pour limiter le risque de contamination, il est recommandé :

- De concevoir des activités culinaires où chaque enfant réalisera et consommera sa propre recette.
- De choisir des recettes simples et exigeant peu de manipulations et d'instruments.
- D'opter pour des recettes à base d'aliments non potentiellement dangereux. Par exemple, privilégier les œufs liquides pasteurisés dans la confection des biscuits ou des gâteaux.

Avant l'activité :

- Les cheveux longs doivent être attachés, et les manches doivent être repliées.
- Les bijoux et montres doivent être retirés.
- Pour éviter de tacher leurs vêtements et pour réduire les risques de contamination, tous les participants devraient porter un tablier. Un vieux chandail propre pourrait aussi être utilisé.
- Les instruments et les surfaces de travail doivent être nettoyés et assainis.
- Tous les participants doivent laver leurs mains et avant-bras.

Durant l'activité :

- Si un participant se met les doigts dans la bouche, tousse, éternue, touche un objet souillé ou va aux toilettes pendant l'atelier culinaire, ses mains doivent être lavées à nouveau.
- Les participants doivent éviter de goûter aux préparations contenant des œufs, de la viande, de la volaille ou du poisson crus, par exemple les pâtes à biscuits ou à gâteaux crues.
- Si un participant goûte à la préparation culinaire, il doit le faire à l'aide d'une cuillère propre, et non avec son doigt. La cuillère doit être changée ou nettoyée après chaque utilisation.
- Les participants doivent éviter de toucher à mains nues les aliments prêts à manger. Les aliments doivent plutôt être manipulés avec des ustensiles. Par exemple, l'usage de contenant permettant de saupoudrer les épices directement dans la préparation devrait être privilégié pour éviter que les enfants touchent aux épices avec leurs mains.
- Les participants doivent éviter de s'essuyer les mains sur leurs vêtements, car les vêtements peuvent devenir une source de contamination pour les mains, les surfaces et les aliments qui seront manipulés.

Après l'activité :

- Tous les aliments potentiellement dangereux (fromage, viande, volaille, poisson, fruits de mer crus ou cuits, œufs, fruits et légumes coupés, etc.) qui ont été manipulés par les enfants (mais non utilisés dans la recette) ou qui sont demeurés trop longtemps entre 4 °C et 60 °C doivent être jetés.
- Les instruments et les surfaces de travail doivent être nettoyés et assainis.
- Tous les participants doivent laver leurs mains et avant-bras, surtout avant de manger leur réalisation.

ANIMAUX



Même si les animaux peuvent procurer beaucoup de plaisir et contribuer à l'atteinte de certains objectifs pédagogiques, leur présence en service de garde ou à l'école peut être associée à plusieurs problèmes de santé.

Les animaux sauvages ne sont pas abordés dans cette section. Cette section ne traite pas non plus des blessures qui peuvent être causées par des animaux, de la conduite à adopter en cas de blessures ou des mesures de prévention des blessures. Pour tous ces aspects, voir la section [Situations particulières : Morsure, griffure et contact avec la salive d'un animal](#) au chapitre 5.

RISQUE INFECTIEUX

Les zoonoses sont des infections transmises des animaux aux humains. À cause du type de contact qu'ils ont avec les animaux, les enfants sont plus à risque de contracter des zoonoses, en particulier celles transmises par contact avec des selles d'animaux. Parfois, les dangers d'infection sont évidents, par exemple en présence des excréments de l'animal. Cependant, la fourrure et la salive de l'animal peuvent aussi transmettre des microbes. Le danger d'infection est alors moins apparent, mais il est tout de même présent. De plus, des animaux en apparence bonne santé peuvent être infectés et transmettre l'infection.

Les zoonoses peuvent notamment être transmises par :

- Les selles, par exemple la salmonellose.
- L'urine, dont la leptospirose.
- Les squames, comme certaines infections fongiques (à champignons) superficielles (ex. : dermatophytose).
- La salive, dont la maladie des griffes de chat.
- Les aérosols, par exemple la fièvre Q.

La salmonellose est une infection causée par la salmonelle. Cette bactérie se trouve particulièrement chez les amphibiens, les poissons tropicaux et les reptiles, dont les tortues. Elle est souvent acquise à la suite d'un contact avec l'animal ou son vivarium. La salmonelle se trouve aussi chez d'autres animaux; elle contamine jusqu'à 5 % des chats et chiens. Ce pourcentage peut atteindre 80 % si l'animal est nourri d'aliments crus. Jusqu'à 60 % des oiseaux de la ferme peuvent excréter la salmonelle. Au Québec, des cas de salmonellose ont été liés à des tortues ou d'autres animaux achetés en animalerie et présents en service de garde en milieu familial. D'autres enfants ont acquis l'infection en CPE ou en garderie à la suite de contacts avec divers animaux, tels que serpent, lézard, hérisson, furet, souris, escargot, qui ont été permis lors d'activités éducatives ponctuelles organisées.

Dans la littérature, on rapporte plusieurs éclosions d'infections à *Escherichia coli* de type O157:H7 (maladie du hamburger) associées à des visites de lieux d'exposition ou d'élevage d'animaux, notamment les zoos et les fermes.

Au Québec, des cas de fièvre Q ont été associés à des fermettes de Pâques (expositions temporaires d'animaux dans les centres commerciaux).

On a rapporté des cas de yersiniose chez des élèves qui avaient manipulé des lapins dans un laboratoire de biologie.

Le *Tinea capitis* et le *Tinea corporis* sont des infections fongiques de la peau 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 un animal dans 10 à 30 % des cas.

RISQUE ALLERGIQUE

Les allergies aux animaux peuvent se manifester par de l'asthme, une rhinite et de l'urticaire. Les allergies aux animaux sont fréquentes, et leur prévalence augmente avec l'âge. Les pellicules, la salive, les plumes, les poils et les excréments des animaux peuvent tous être en cause.

L'allergie peut se développer avec le temps autant chez les enfants que chez les adultes qui sont dans l'environnement de l'animal. 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.

Tous les animaux peuvent être en cause :

- Les chats.
- Les chiens.
- Les petits rongeurs, comme les hamsters, les lapins et les souris.
- Les oiseaux.

Pour présenter des symptômes allergiques aux animaux, un contact direct n'est pas toujours nécessaire. Il suffit que des allergènes soient en circulation dans l'air ambiant.

RISQUE DE BLESSURES

Les morsures d'animaux représentent un problème préoccupant (voir la section [Situations particulières : Morsure, griffure et contact avec la salive d'un animal](#) au chapitre 5).

SERVICES DE GARDE

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 services de garde, à l'exception des services de garde en milieu familial.

La présence d'animaux dans les CPE et garderies est interdite en raison des caractéristiques de la population qui les fréquente, soit l'âge, les comportements d'hygiène et la fréquence de certains problèmes de santé, comme les allergies, l'asthme et la susceptibilité aux infections.

Même si les services de garde en milieu familial font exception, le CPISEQ considère que les enfants qui les fréquentent doivent bénéficier de la même protection que ceux qui fréquentent les CPE et garderies. Idéalement, il ne doit pas y avoir d'animaux présents dans les résidences où sont offerts des services de garde en milieu familial. Conformément à l'article 54 de la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance, la responsable d'un service de garde en milieu familial doit gérer son entreprise de façon à assurer la santé, la sécurité et le bien-être des enfants qu'elle reçoit. En ce sens, elle doit être informée des risques courus par les enfants exposés aux animaux. Aussi, en milieu familial, il est très exigeant pour la responsable de donner à un animal tous les soins nécessaires en même temps que de s'occuper des enfants. Ainsi, les responsables des services de garde en milieu familial et les parents des enfants qui les fréquentent doivent être sensibilisés aux problèmes liés à la présence des animaux en service de garde. Les bureaux coordonnateurs peuvent aussi en tenir compte dans leurs interventions et dans leur soutien aux responsables des services de garde en milieu familial.

L'outil d'information *Pas de poils, pas de plumes, pas de nageoires!* peut être utilisé pour faciliter la diffusion de l'information pertinente :

www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/SG_brochure_poils_plumes.pdf.

ÉCOLES

Étant donné le risque pour la santé, il est préférable qu'aucun animal ne soit gardé dans un établissement scolaire. Par ailleurs, aucune activité avec des animaux en classe n'est imposée dans le Programme de formation de l'école québécoise.

Des mesures peuvent être envisagées pour éviter la présence d'animaux tout en permettant aux élèves d'observer le monde animal. Par exemple, des sorties au zoo ou à la ferme ou encore des ateliers éducatifs avec des animaux, s'ils sont bien supervisés, peuvent être acceptables. Les intentions éducatives peuvent parfois être atteintes autrement, par exemple par l'utilisation de matériel audiovisuel, de modèles en matière synthétique ou de logiciels spécialisés.

Néanmoins, s'il y a présence d'animaux, l'école doit mettre en place des mesures pour limiter les impacts négatifs sur la santé :

- Aménager un local afin de garder les animaux. Celui-ci doit être équipé d'un système de ventilation indépendant pour empêcher le passage des particules allergènes de l'animalerie aux locaux adjacents et d'un lavabo pour le lavage des mains. Il doit être utilisé pour l'observation des animaux afin qu'aucun animal ne circule dans l'école.
- Établir des procédures de nettoyage adéquates pour ce local et s'assurer de leur application.
- Rendre obligatoire le lavage des mains avant le départ du local et le port du sarrau (comme tous les objets pouvant être contaminés, le sarrau doit être lavé régulièrement).
- Avoir le moins d'animaux possible.
- Écourter le temps de présence des animaux à l'école.
- Choisir des espèces présentant moins de risques pour la santé. Exclure par exemple les tortues, les autres reptiles et les amphibiens, car ils sont fréquemment associés à des infections gastro-intestinales (salmonellose).

- Prendre les mesures appropriées d'hygiène et de salubrité concernant les premiers soins et l'entretien des animaux.

Si un élève est assisté d'un chien guide, des dispositions doivent être prises pour limiter l'exposition des élèves allergiques ou asthmatiques aux allergènes (ex. : classes, locaux).

À la suite du retrait des animaux d'une école ou à la suite de leur relocalisation dans un local aménagé à cet effet, les particules allergènes peuvent persister plusieurs semaines dans l'environnement, et ce, même si les mesures usuelles d'entretien ménager sont appliquées.

PRÉCAUTIONS ET MESURES D'HYGIÈNE LORS DE VISITES DE LIEUX D'EXPOSITION OU D'ÉLEVAGE D'ANIMAUX (ZOO, FERME, FERMETTE DE PÂQUES, EXPOSITION AGRICOLE, ETC.)

Les visites de lieux d'exposition ou d'élevage d'animaux peuvent permettre aux enfants ou aux élèves de voir des animaux. Ces visites sont des occasions privilégiées d'animation et d'éducation pour les enfants ou les élèves. Toutefois, pour que ces activités ne soient pas aussi une occasion de transmission d'infections, certaines précautions doivent être prises.

VISITE D'UN LIEU D'EXPOSITION OU D'ÉLEVAGE D'ANIMAUX AVEC LE SERVICE DE GARDE

Les adultes qui accompagnent les enfants doivent considérer le lieu d'exposition ou d'élevage d'animaux comme une zone contaminée où le risque d'exposition à des agents infectieux est important.

Les enfants âgés de moins de 5 ans sont particulièrement plus à risque d'infections graves et ils ont des comportements qui les rendent plus à risque d'acquérir des infections lors de contacts avec des animaux. C'est pourquoi, lors d'une visite de lieu d'exposition ou d'élevage d'animaux, il est préférable que les enfants en service de garde évitent tout contact direct avec les animaux et leur environnement. Il en est de même des adultes qui les accompagnent. Ainsi, les enfants ou les adultes doivent :

- Assurer une supervision étroite de tout enfant âgé de moins de 5 ans.
- Prendre les mesures nécessaires afin de réduire le risque de contamination des mains.
- Observer les animaux derrière une barrière ou une clôture.
- Éviter tout contact pendant et après la mise bas.
- Éviter de manger ou de boire dans les limites du lieu d'exposition ou d'élevage ou de nourrir les animaux.
- Éviter que les enfants transportent de la nourriture, une boisson (ex. : biberons, 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 suce son pouce lorsqu'il est dans les limites du lieu d'exposition ou d'élevage.
- Éviter de donner aux enfants des boissons ou des aliments non pasteurisés offerts sur les lieux de la visite (lait, jus ou fromage).

Les enfants et les adultes doivent se laver les mains à l'eau et au savon :

- En quittant le lieu d'exposition ou d'élevage d'animaux.
- Avant de préparer de la nourriture.
- Avant de manger, de boire ou de fumer.

Le lavage des mains des enfants âgés de moins de 5 ans est important et il doit être supervisé par un adulte. En l'absence d'eau et de savon, une lingette humide jetable sera utilisée, suivie d'une SHA; la SHA seule ne sera pas efficace en présence de saletés.

Pour la technique de lavage des mains à l'eau et au savon ou avec une SHA, voir la section [Hygiène des mains](#) dans le présent chapitre.

Dans tous les cas, avant la visite du lieu d'exposition ou d'élevage d'animaux, le service de garde doit aviser les parents des risques inhérents à cette visite. Si leur enfant est allergique ou asthmatique, ils pourront décider de le garder à la maison ou d'ajuster son traitement en conséquence.

Certains animaux ne devraient pas être mis en contact avec les enfants âgés de moins de 5 ans:

- Les reptiles, incluant les tortues, serpents et lézards.
- Les amphibiens, incluant les grenouilles, crapauds et salamandres.
- Les volailles, incluant les poules, poulets, dindes et poussins.
- Les furets.
- Tous les animaux pendant et après la mise bas.

VISITE D'UN LIEU D'EXPOSITION OU D'ÉLEVAGE D'ANIMAUX AVEC L'ÉCOLE

Les adultes et les élèves doivent considérer le lieu d'exposition ou d'élevage d'animaux comme une zone contaminée où le risque d'exposition à des agents infectieux est important.

Lors de la visite du lieu d'exposition ou d'élevage d'animaux, il est préférable que les élèves et les adultes évitent tout contact direct avec les animaux et leur environnement, en appliquant les mesures suivantes :

- Observer les animaux de préférence derrière une barrière ou une clôture.
- Éviter tout contact pendant et après la mise bas.
- Éviter de manger ou de boire dans les limites du lieu d'exposition ou d'élevage ou de nourrir les animaux.
- Prendre les mesures nécessaires afin de réduire le risque de contamination des mains.
- Éviter de donner aux enfants des boissons ou des aliments non pasteurisés offerts sur les lieux de la visite (lait, jus, fromage).

Les élèves et les adultes doivent se laver les mains à l'eau et au savon :

- En quittant le lieu d'exposition ou d'élevage d'animaux.
- Avant de préparer de la nourriture.
- Avant de manger, de boire ou de fumer.

En l'absence d'eau et de savon, une lingette humide jetable sera utilisée, suivie d'une SHA; la SHA seule ne sera pas efficace en présence de saletés.

Pour la technique de lavage des mains à l'eau et au savon ou avec une SHA, voir la section [Hygiène des mains](#) dans le présent chapitre.

BROSSAGE DES DENTS

Pour que le brossage des dents devienne une habitude de santé buccodentaire durable, il est important de créer un climat agréable et d'encourager les efforts des enfants.

Le brossage des dents au moins 2 fois par jour est une habitude qui s'acquiert en bas âge. De plus, le brossage des dents avec dentifrice fluoré est reconnu comme une pratique clinique préventive efficace contre la carie dentaire. C'est pourquoi cette pratique est encouragée pour tous les enfants.

En service de garde comme en milieu scolaire, un ou des adultes doivent superviser le brossage des dents avec dentifrice fluoré afin que cette activité se déroule bien et que les mesures d'hygiène optimales pour un brossage des dents sécuritaire soient appliquées. Aussi, il est souhaitable que la supervision du brossage soit assurée par la ou les mêmes personnes.

Jusqu'à l'âge de 6 ans, les enfants n'ont pas toujours la dextérité pour se brosser les dents de façon autonome. C'est pourquoi la personne responsable de la supervision peut être appelée, dans certains cas, à aider les enfants pour le brossage des dents.

Pour un brossage des dents efficace, il faut :

- Utiliser du dentifrice fluoré.
- Se brosser chaque dent.
- Ne pas se rincer la bouche après le brossage, mais plutôt cracher tous les surplus de dentifrice.
- Renouveler sa brosse à dents dès que les soies sont abîmées ou recourbées (environ tous les 3 ou 4 mois).

En service de garde, pour faciliter la mise en place de cette activité, on propose que le dentifrice et les brosses à dents soient fournis et gérés. En milieu scolaire, les enfants pourraient utiliser leur brosse à dents personnelle, placée dans un étui avec capuchon troué ainsi que leur dentifrice fluoré.

Avant d'offrir une activité de brossage des dents en service de garde ou en milieu scolaire, il est nécessaire d'informer les parents, par écrit, des avantages de cette activité comme mesure d'hygiène et comme moyen de prévention de la carie dentaire. Les parents doivent aussi être informés des risques potentiels de contamination pouvant survenir lors de cette activité, même si ces risques sont très faibles, ainsi que des éléments suivants :

- En quoi consiste l'activité?
- Pourquoi est-elle offerte?
- Quand et où est-elle offerte?
- Quel matériel doivent-ils fournir?
- Le cas échéant, quel matériel est fourni par le service de garde ou l'école?
- Avec qui doivent-ils communiquer?

Enfin, les parents doivent savoir que l'activité n'est pas obligatoire, qu'ils peuvent refuser la participation de leur enfant ou qu'ils peuvent retirer leur enfant de l'activité en tout temps.

Des propositions de lettres aux parents sont présentées à la fin de la section.

MESURES D'HYGIÈNE DE BASE PENDANT LE BROSSAGE DES DENTS

Des agents infectieux présents dans les sécrétions du nez et de la bouche des enfants peuvent être la source d'infections respiratoires, gastro-intestinales et même systémiques. Afin de réduire le risque de transmission d'agents infectieux, il est primordial que la personne responsable de la supervision respecte les mesures d'hygiène suivantes :

- S'assurer que les enfants se lavent les mains avant et après le brossage des dents.
- S'assurer que les brosses à dents ne sont pas partagées. Le nom de l'enfant doit être écrit sur la brosse à dents au moyen d'un crayon à encre permanente ou de toute autre méthode qui résiste à l'eau.
- Rincer chaque brosse à dents ou s'assurer que les enfants rincent leur brosse à dents sous une eau courante froide après chaque usage en évitant de toucher les soies avec les doigts.
- S'assurer que les brosses à dents sont entreposées convenablement après chaque utilisation (voir plus bas).
- Ne jamais désinfecter les brosses à dents. Certains désinfectants peuvent être toxiques.
- Jeter les brosses à dents qui ont été partagées ou qui sont entrées en contact.
- Nettoyer les lavabos à l'eau et au savon avant et après l'activité de brossage des dents.

De plus, la personne responsable de la supervision du brossage des dents doit :

— En service de garde :

- Remettre à chaque enfant la brosse à dents à son nom;
- Distribuer le dentifrice fluoré à chacun des enfants (selon la méthode décrite à la section *Dentifrice*);
- Au besoin, aider un enfant à se brosser les dents :
 - se laver les mains avant et après le brossage des dents de chaque enfant,
 - porter des gants si les doigts sont mis dans la bouche de l'enfant.

— En milieu scolaire :

- Vérifier que chaque enfant utilise sa brosse à dents personnelle;
- S'assurer que l'enfant renouvelle sa brosse à dents régulièrement ou qu'il la renouvelle dès que les soies sont abîmées ou recourbées;
- S'assurer que l'enfant utilise la bonne quantité de dentifrice fluoré.

Pour le nettoyage des lavabos, voir le chapitre 4, section [Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux](#). Pour les gants et la technique de lavage des mains, voir le chapitre 4, sections [Hygiène des mains](#) et [Port de gants](#).

MATÉRIEL

Brosse à dents

Le nom de l'enfant doit être écrit sur la brosse à dents. De plus, la brosse à dents devrait être adaptée à l'âge de l'enfant et devrait être composée de soies souples et d'un manche droit en plastique lisse (le manche est plus facile à nettoyer).

Entreposage et rangement des brosses à dents

Dans les services de garde, pour l'entreposage et le rangement des brosses à dents, on recommande un porte-brosses à dents. Le porte-brosses à dents permet aux soies des brosses à dents de sécher à l'air libre, mais à l'abri de la poussière. Le porte-brosses à dents doit aussi permettre de saisir facilement chaque brosse à dents et de la ranger sans qu'elle touche aux autres. La personne responsable de la supervision s'assurera de reprendre chaque brosse à dents et de la remettre dans le porte-brosses à dents. De plus, on utilisera de préférence un porte-brosses à dents amovible et fabriqué en un matériau non poreux, ce qui en facilitera l'entretien.

Il existe différents modèles de porte-brosses à dents qui présentent toutes les caractéristiques voulues, par exemple celui de la figure 2¹.

Figure 2 – Modèle de porte-brosses à dents



Gracieuseté : Madame Nancy Lord

Le porte-brosses à dents doit être propre en tout temps. Il doit être désinfecté ou assaini au moins 1 fois par semaine. Le porte-brosses à dents doit être désinfecté avec une solution d'eau de Javel, puis rincé à fond, ou être mis au lave-vaisselle pour l'assainissement (voir le chapitre 4, section [Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux](#)). À cet effet, l'utilisation de 2 porte-brosses à dents facilite l'entretien.

En milieu scolaire, l'enfant pourrait aussi entreposer, dans un endroit propre (son bureau, sa case ou sa boîte à lunch), son dentifrice fluoré ainsi que sa brosse à dents placée dans un étui muni d'un capuchon troué. Cet étui devra être nettoyé chaque semaine avec de l'eau et du savon.

Dentifrice

La quantité de dentifrice à utiliser ne doit pas dépasser la quantité recommandée pour l'âge de l'enfant, soit la grosseur d'un grain de riz pour les enfants de moins de 3 ans et la grosseur d'un petit pois pour les enfants de 3 à 6 ans. Pour les enfants de plus de 6 ans, on doit mettre de 0,5 à 1 cm de dentifrice sur la brosse à dents. On recommande d'utiliser uniquement des dentifrices avec fluorure, car ils préviennent efficacement la carie dentaire. Le dentifrice fluoré doit comporter un numéro d'identification de médicament (DIN) ou un numéro de produit naturel (NPN).

Si un tube de dentifrice est prévu pour chaque enfant, le nom de l'enfant doit être écrit sur le tube.

¹ On peut se procurer un porte-brosses à dents auprès des fournisseurs de matériel pour services de garde.

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, il est recommandé de :

- Découper des languettes de papier ciré et y placer la quantité de dentifrice recommandée.
- Mettre les poils de la brosse à dents dans le dentifrice déposé sur le papier ciré et retirer le papier.
- Éviter de toucher avec les doigts à l'extrémité de la brosse à dents et au dentifrice.

Soutien

Les services de garde et les écoles souhaitant obtenir plus d'information ou du soutien pour l'activité de brossage des dents ou encore ayant besoin de formation pour les responsables de cette activité peuvent prendre contact avec l'hygiéniste dentaire du CISSS ou du CIUSSS de leur territoire ou avec le dentiste-conseil de leur DSP.

SITUATIONS PARTICULIÈRES

Une brosse à dents est un objet personnel et ne doit pas être partagée. Toutefois, le partage peut survenir par inadvertance ou par accident.

Dans les cas de partage, la brosse à dents doit être jetée immédiatement et une nouvelle brosse à dents doit être fournie. Il n'existe aucun moyen pour désinfecter adéquatement une brosse à dents lors de situations de partage.

Le partage de brosses à dents peut être associé à une transmission d'agents infectieux et donc d'infection. La salive peut contenir des agents infectieux, et la muqueuse buccale peut être une porte d'entrée aux infections. Néanmoins, pour que l'évènement constitue un risque de transmission du VHB, du virus de l'hépatite C (VHC) ou du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), il doit y avoir présence de sang visible sur la brosse à dents ou dans la bouche des enfants impliqués. Une telle situation risque peu de se produire, mais si elle se produisait, elle devrait être considérée comme une exposition d'une muqueuse à du sang d'une autre personne. Pour connaître les mesures à prendre dans une telle situation, voir le chapitre 5, *Contacts avec le sang et les liquides biologiques*, section [Morsure humaine](#).

LETTRE AUX PARENTS
BROSSAGE DES DENTS EN SERVICE DE GARDE

Date : _____

Nom du service de garde : _____

Chers parents,

Il est prouvé que le brossage des dents avec un dentifrice fluoré permet d'avoir une bonne hygiène de la bouche et de prévenir la carie dentaire. C'est pourquoi nous offrons une activité de brossage des dents à tous les enfants du service de garde.

Cette activité débutera le _____. Elle aura lieu au service de garde une fois par jour, après le repas du midi ou du soir, selon le cas.

Une brosse à dents ainsi qu'un dentifrice fluoré seront fournis à votre enfant¹. Le nom de votre enfant sera écrit sur sa brosse à dents, et celle-ci sera rangée dans un endroit propre et sécuritaire (porte-brosses à dents).

Nous superviserons l'activité de brossage des dents pour qu'elle se déroule bien et que chaque enfant utilise sa propre brosse à dents. En effet, le partage de brosses à dents représente un risque de transmission d'infection, surtout s'il y a présence de sang visible sur la brosse à dents ou dans la bouche des enfants impliqués.

Si votre enfant utilisait par mégarde la brosse à dents d'un autre enfant avec présence de sang visible, vous en seriez rapidement informés et nous vous donnerions des conseils sur la conduite à tenir.

Si vous ne souhaitez pas que votre enfant participe à l'activité de brossage des dents, vous devez remplir le formulaire en annexe, le signer et nous le retourner avant le début de l'activité. Si vous acceptez la participation de votre enfant, vous n'avez rien à faire, et vous pourrez retirer votre enfant de l'activité en tout temps.

Pour en savoir plus, n'hésitez pas à communiquer avec nous. Nous vous remercions de votre collaboration.

Nom et fonction : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

¹ Des frais peuvent être prévus à l'entente de services et à son annexe entre le prestataire de services et le parent.

**FORMULAIRE DE REFUS DE PARTICIPATION
À L'ACTIVITÉ DE BROSSAGE DES DENTS AU SERVICE DE GARDE**

Je refuse la participation de _____ à l'activité de brossage
des dents. (Nom de l'enfant en lettres moulées)

Nom du parent ou du tuteur : _____
(Lettres moulées)

X _____ Date : _____
Signature du parent ou du tuteur (année-mois-jour)

**Si vous avez rempli et signé ce formulaire, veuillez le retourner au service de garde
avant le : _____.**

LETTRE AUX PARENTS
BROSSAGE DES DENTS EN MILIEU SCOLAIRE

Date : _____

Nom de l'école : _____

Année scolaire : _____

Nom de l'enseignant ou de l'enseignante : _____

Chers parents,

Il est prouvé que le brossage des dents avec un dentifrice fluoré permet d'avoir une bonne hygiène de la bouche et de prévenir la carie dentaire. C'est pourquoi nous offrons à tous les élèves de la classe de votre enfant une activité de brossage des dents.

Cette activité débutera le _____. Elle aura lieu à l'école une fois par jour, après le repas du midi.

Si vous ne souhaitez pas que votre enfant participe à l'activité de brossage des dents, vous devez remplir le formulaire en annexe, le signer et nous le retourner avant le début de l'activité.

Si vous acceptez la participation de votre enfant, vous devrez lui fournir du matériel et écrire son nom sur ce matériel :

- Une brosse à dents (à changer tous les trois mois).
- Un étui à brosse à dents avec un capuchon troué.
- Un dentifrice fluoré.

Ce matériel sera rangé dans le bureau, la case ou la boîte à lunch de votre enfant. Par ailleurs, vous pourrez retirer votre enfant de l'activité en tout temps.

L'activité de brossage des dents sera supervisée afin qu'elle se déroule bien et que chaque enfant utilise sa propre brosse à dents. En effet, le partage de brosses à dents représente un risque de transmission d'infection, surtout s'il y a présence de sang visible sur la brosse à dents ou dans la bouche des enfants impliqués.

Si votre enfant utilisait par mégarde la brosse à dents d'un autre enfant avec présence de sang visible, vous en seriez rapidement informés et nous vous donnerions des conseils sur la conduite à tenir.

Pour en savoir plus, n'hésitez pas à communiquer avec nous. Nous vous remercions de votre collaboration.

Nom et fonction : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

**FORMULAIRE DE REFUS DE PARTICIPATION
À L'ACTIVITÉ DE BROSSAGE DES DENTS EN MILIEU SCOLAIRE**

Je refuse la participation de _____ à l'activité de brossage
des dents. (Nom de l'enfant en lettres moulées)

Nom du parent ou du tuteur : _____
(Lettres moulées)

_____ Date : _____
Signature du parent ou du tuteur (année-mois-jour)

Si vous avez rempli et signé ce formulaire, veuillez le retourner à l'enseignant ou à l'enseignante de votre enfant avant le : _____

CHANGEMENT DE COUCHE ET INSTALLATIONS SANITAIRES



CHANGEMENT DE COUCHE

ESPACE RÉSERVÉ AU CHANGEMENT DE COUCHE

L'espace réservé au changement de couche comprend :

- Une table à langer dédiée au changement de couche. Les surfaces qui servent à d'autres usages sont à éviter, comme les divans.
- Un lavabo situé près de la table à langer pour le lavage des mains. S'il sert à d'autres usages, le lavabo doit être nettoyé et désinfecté après chaque changement de couche. Il ne doit pas servir à la préparation des aliments.
- Une poubelle avec couvercle que l'on peut ouvrir sans les mains et qui est munie d'un sac en plastique. La poubelle doit être hors de la portée des enfants.
- Un contenant fermé pour mettre les débarbouillettes lavables souillées, s'il y a lieu.
- Un distributeur de SHA.
- Un contenant commercial fermé ou des sacs de plastique pour les couches lavables ou les vêtements souillés, s'il y a lieu.
- Un contenant fermé pour mettre les piqués souillés, si nécessaire.

Concernant la table à langer :

- Elle doit, pour être facile à nettoyer et désinfecter, être lavable, lisse (sans crevasses ni fissures), hydrofuge et non poreuse.
- Elle doit être utilisée uniquement pour le changement de couche. Il faut éviter de déposer dessus des aliments, des ustensiles ou de la vaisselle.
- Elle doit être placée près d'un lavabo afin de faciliter le lavage des mains.
- Elle ne doit pas être dans la cuisine, car cela augmente les risques de contamination de l'environnement par des agents infectieux provenant des selles.
- Elle ne doit pas avoir de matelas parce qu'ils sont difficiles à nettoyer et à désinfecter. Si un piqué ou du papier sont utilisés, ceux-ci doivent être changés après chaque changement de couche.
- Elle doit être nettoyée et désinfectée après chaque changement de couche, tout comme le matériel touché par les mains.

PROCÉDURE POUR LE CHANGEMENT DE COUCHE

Les étapes à suivre pour le changement de couche sont les suivantes :

1. Rassembler le matériel nécessaire :
 - Une couche. La couche doit être dépliée à l'avance.
 - Des débarbouillettes ou lingettes humides jetables pour nettoyer les fesses. Les débarbouillettes ou lingettes doivent être facilement accessibles. On doit pouvoir les prendre sans avoir à toucher au contenant. Si des débarbouillettes lavables sont utilisées, elles ne doivent servir qu'à cet usage. Pour éviter la confusion, on peut par exemple décider qu'elles auront une couleur distincte. Les débarbouillettes lavables doivent être utilisées une seule fois et mises dans un contenant fermé jusqu'à ce qu'elles soient lavées.
 - S'il y a lieu, un piqué ou du papier de rechange pour la table à langer.
 - Un linge humide ou des papiers essuie-tout pour essuyer la table à langer en cas de souillures.
 - Une SHA.
 - Si nécessaire, un contenant commercial fermé ou des sacs de plastique pour les couches lavables. Le nom de l'enfant doit être indiqué sur le sac de plastique.
 - S'il y a lieu, des sacs de plastique pour les vêtements souillés. Le nom de l'enfant doit être indiqué sur le sac de plastique.
 - Des vêtements propres, le cas échéant.
 - Des gants, si nécessaire. 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 de la diarrhée ou s'il a du sang dans les selles.
 - S'il y a lieu, de la crème pour les fesses et des papiers mouchoirs pour l'appliquer. La crème doit être mise sur le papier mouchoir à l'avance. Il ne faut pas prendre de crème directement dans le pot avec les doigts.
 - Si nécessaire, un jouet pour le donner à l'enfant durant le changement de couche. Il est très important de considérer ce jouet comme contaminé et de le nettoyer et désinfecter à la fin de la procédure.
 - Un produit désinfectant prêt à être utilisé pour la table à langer et le lavabo au besoin. Le produit doit être gardé hors de la portée des enfants.
2. Si nécessaire, mettre des gants.
3. Placer l'enfant sur la table à langer. Lui enlever ses vêtements et bien les repousser. Lui enlever aussi ses souliers pour qu'il ne les mette pas accidentellement dans sa couche et contamine son environnement par la suite. Si les vêtements sont souillés, les déposer dans un sac de plastique.
4. 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 trouve ainsi pliée en 2, côté propre sous les fesses de l'enfant. La laisser en place.

5. Laver la région des fesses de l'avant vers l'arrière. Jeter à la poubelle les débarbouillettes ou lingettes humides jetables ou mettre les débarbouillettes lavables dans un contenant fermé.
6. Soulever le siège de l'enfant, retirer la couche souillée et la jeter à la poubelle. Si la couche est lavable, ne pas la vider ni la rincer. La déposer dans le contenant commercial prévu à cet effet si le ramassage et le lavage des couches au service de garde sont assurés par une compagnie. Sinon la déposer dans un sac de plastique pour qu'elle soit remise aux parents.
7. Glisser la couche propre déjà dépliée sous le siège de l'enfant.
8. Si nécessaire, procéder à un second nettoyage de la région des fesses.
9. S'il y a lieu, appliquer la crème pour les fesses en utilisant le papier mouchoir déjà préparé.
10. S'il y a lieu, enlever les gants et les jeter à la poubelle.
11. Se laver les mains avec une SHA.
12. Fermer la couche et habiller l'enfant. L'enfant doit toujours porter des vêtements par-dessus sa couche.
13. Laver les mains de l'enfant à l'eau et au savon ou le lui faire faire.
14. Nettoyer et désinfecter la table à langer et le matériel touché par l'adulte ou l'enfant (incluant le jouet, s'il y a lieu).
15. Si nécessaire, nettoyer et désinfecter le lavabo.
16. Se laver les mains à l'eau et au savon.
17. S'il y a lieu, changer le piqué ou le papier utilisé pour la table à langer.

Pour le nettoyage et la désinfection, voir, dans le présent chapitre, la section [Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux](#). Pour les gants à utiliser et la technique de lavage des mains avec ou sans eau, voir les sections [Hygiène des mains](#) et [Port de gants](#).

Quelle sorte de couches choisir?

En raison de leur pouvoir absorbant, les couches jetables contiennent mieux l'urine et les selles, elles diminuent les besoins de manipulation de couches souillées et elles n'ont pas besoin de revêtement imperméable additionnel. Pour ces raisons, elles réduisent les risques de contamination de l'environnement. Aussi, grâce à leur pouvoir absorbant, elles sont associées à une diminution de la fréquence et de la gravité de la dermatite de couche.

Des couches lavables peuvent être recommandées pour certains enfants allergiques aux produits contenus dans les couches jetables. Il se peut aussi que le service de garde, par principe, décide d'utiliser des couches lavables.

Il existe plusieurs types de couches lavables :

- Les modèles tout-en-un sont préférables. Il s'agit de couches composées d'un seul morceau avec la couche et le couvre-couche intégré. Elles ressemblent à une couche jetable faite en tissu.
- Les modèles avec couvre-couche séparé peuvent être utilisés. Dans ce cas, la couche et le couvre-couche doivent être changés comme s'il s'agissait d'un seul et même morceau, c'est-à-dire que le couvre-couche ne doit pas être gardé pour la couche suivante. La couche et le couvre-couche ne doivent pas être séparés pour le lavage. Le couvre-couche doit être utilisé **une seule fois**, puis lavé.

Il ne faut pas rincer ou vider les couches souillées. Lors du changement de couche, les couches souillées doivent être directement déposées dans le contenant prévu à cet effet ou dans un sac de plastique sur lequel le nom de l'enfant est indiqué.

À la fin de la journée, les couches souillées seront remises aux parents. Toutefois, si c'est une compagnie qui assure le ramassage et le nettoyage des couches du service de garde, celle-ci doit fournir un contenant commercial avec un couvercle hermétique dans lequel les couches souillées seront accumulées. La fréquence de ramassage doit être adaptée aux besoins du service de garde.

CHANGEMENT DE COUCHE-CULOTTE OU DE SOUS-VÊTEMENT

La procédure pour le changement de couche-culotte ou de sous-vêtement souillés doit être connue tant dans les services de garde que dans les écoles. Elle peut se faire alors que l'enfant est en position debout ou couchée.

En milieu scolaire, un endroit approprié doit être prévu à cet effet, et il faut prévoir un papier jetable non absorbant pour recouvrir la surface nécessaire au changement de couche-culotte ou de sous-vêtement. Elle s'effectuera souvent au sol.

En service de garde, le changement de couche-culotte ou de sous-vêtement se fait idéalement sur une table à langer adaptée pour les enfants plus vieux qui assure un meilleur confort et diminue les risques de contamination.

Les étapes du changement de couche-culotte ou de sous-vêtement sont les suivantes :

1. Rassembler le matériel nécessaire :
 - S'il y a lieu, un papier jetable non absorbant pour recouvrir le sol ou la table à langer.
 - Une couche-culotte ou un sous-vêtement propre.
 - Des vêtements de rechange, si nécessaire.
 - Des débarbouillettes ou lingettes humides jetables pour nettoyer les fesses. Les débarbouillettes ou lingettes doivent être facilement accessibles. On doit pouvoir les prendre sans avoir à toucher au contenant. Si des débarbouillettes lavables sont utilisées, elles ne doivent servir qu'à cet usage. Pour éviter la confusion, on peut par exemple décider qu'elles auront une couleur distincte. Les débarbouillettes lavables doivent être utilisées une seule fois et mises dans un contenant fermé jusqu'à ce qu'elles soient lavées.
 - Si elle est utilisée, un linge humide ou des papiers essuie-tout pour essuyer la table à langer en cas de souillures.
 - Une SHA.
 - Des sacs de plastique pour les vêtements, les sous-vêtements ou les couches-culottes lavables souillés. Le nom de l'enfant doit être indiqué sur le sac de plastique.
 - Des gants, si nécessaire. Le port de gants est recommandé seulement si la personne qui change la couche-culotte ou le sous-vêtement a un bris cutané (dermite, blessure, infection) aux mains ou si l'enfant a de la diarrhée ou s'il a du sang dans les selles.
 - Un produit désinfectant prêt à être utilisé pour la table à langer et, s'il y a lieu, le lavabo. Le produit doit être gardé hors de la portée des enfants.
2. Choisir si le changement de couche-culotte ou de sous-vêtement se fait couché ou debout.
3. S'il y a lieu, déposer un papier jetable non absorbant au sol.
4. Si nécessaire, mettre des gants.
5. Retirer ou demander à l'enfant de retirer ses chaussures, ses chaussettes et son pantalon afin d'éviter de les salir. Pour la même raison, le chandail doit être relevé. L'adulte peut demander à l'enfant de relever son chandail. Ainsi, ses mains seront occupées, ce qui évitera la contamination de celles-ci et de l'environnement. S'il y a lieu, déposer les vêtements souillés dans un sac de plastique.
6. Retirer le sous-vêtement ou la couche-culotte souillée (en utilisant les côtés séparables).
7. Jeter la couche-culotte à la poubelle ou placer le sous-vêtement ou la couche-culotte lavable dans le sac de plastique prévu à cet effet. Ne pas rincer ni vider les sous-vêtements ou les couches-culottes lavables dans les toilettes ou ailleurs.
8. Laver la peau de l'enfant, particulièrement la région des fesses. Jeter à la poubelle les débarbouillettes ou lingettes humides jetables ou mettre les débarbouillettes lavables dans un contenant fermé.
9. S'il y a lieu, enlever les gants en évitant de contaminer les mains et l'environnement, puis se laver les mains avec une SHA et laver les mains de l'enfant ou lui demander de le faire.

10. Enfiler à l'enfant une couche-culotte propre ou un sous-vêtement propre ou lui demander de le faire.
11. S'il y a lieu, replier le papier non absorbant de façon à ne pas toucher aux souillures. Le jeter à la poubelle.
12. Rhabiller l'enfant ou lui demander de le faire. Si les chaussures de l'enfant sont souillées, les nettoyer avant qu'elles soient remises.
13. Demander à l'enfant de se laver les mains ou l'aider à le faire.
14. Si elle a été utilisée, nettoyer et désinfecter la table à langer.
15. Nettoyer et désinfecter le lavabo lorsqu'il sert à d'autres usages que le lavage des mains.
16. Se laver les mains à l'eau et au savon.
17. S'il y a lieu, changer le piqué ou le papier utilisé pour la table à langer.

Pour le nettoyage et la désinfection, voir, dans le présent chapitre, la section [Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux](#). Pour les gants à utiliser et la technique de lavage des mains avec ou sans eau, voir les sections [Hygiène des mains](#) et [Port de gants](#).

ÉQUIPEMENT POUR L'APPRENTISSAGE DE LA PROPRETÉ

Il n'est pas recommandé d'utiliser de l'équipement pour l'apprentissage de la propreté. Des toilettes adaptées à la taille des enfants ainsi que des marchepieds devraient être utilisés.

Par contre, si les petits pots et les chaises percées sont utilisés, ces derniers devraient :

- Êtres réservés uniquement aux enfants en apprentissage.
- Êtres accessibles aux enfants seulement sous la supervision directe d'un adulte.
- Être faciles à nettoyer et désinfecter.
- Être utilisés et entreposés uniquement dans une salle de toilettes.
- Être hors de la portée des enfants.
- Être nettoyés et désinfectés après chaque utilisation dans un lavabo réservé uniquement à cela. Après chaque utilisation, le lavabo doit être également nettoyé et désinfecté.

INSTALLATIONS SANITAIRES

Les salles de toilettes ainsi que les installations de lavage des mains doivent être situées dans un endroit accessible aux enfants et être adaptées à leurs besoins et à leur développement. Elles doivent aussi permettre la surveillance par un adulte.

Pour les enfants d'âge scolaire, il est important que les toilettes ne soient pas mixtes ou qu'elles soient privées. Il est important de prévoir une poubelle avec couvercle dans chaque salle de toilettes pour que les filles puissent jeter leurs serviettes hygiéniques souillées.

ENTRETIEN, HYGIÈNE ET SALUBRITÉ DES OBJETS, DES SURFACES ET DES LOCAUX



NOTIONS DE BASE

Les mesures d'entretien des objets, des surfaces et des locaux sont importantes. Ces mesures sont efficaces pour réduire la transmission des infections, pourvu que les produits, leur utilisation et la fréquence d'entretien soient adéquats. L'utilisation inappropriée d'un produit peut rendre les mesures inefficaces et avoir pour conséquence de ne pas protéger les occupants contre les infections et de les exposer inutilement à des substances chimiques. L'utilisation inappropriée de plusieurs produits peut provoquer des réactions chimiques et exposer les occupants à des émanations chimiques toxiques.

Les mesures d'entretien doivent être adaptées en fonction des risques de transmission des infections, des caractéristiques des surfaces et objets ainsi que des moyens disponibles.

Repérer les endroits où se trouvent les agents infectieux aide à cibler les interventions. Deux types de surfaces et objets doivent particulièrement être recherchés à cause du risque de transmission élevé qu'ils représentent :

- Les surfaces et objets à haut risque, qui incluent les zones à risque de contact avec le sang, les selles, les autres liquides biologiques et la peau, par exemple :
 - table à langer;
 - vestiaires, douches, toilettes;
 - équipements sportifs partagés comme les matelas.
- Les surfaces fréquemment touchées, par exemple :
 - poignées de porte;
 - table pour repas;
 - clavier et souris d'ordinateur partagés;
 - jouets.

Certaines caractéristiques des surfaces et objets influencent le choix des mesures d'entretien. On distingue 2 types de surfaces :

- Poreuses.
- Non poreuses.

Une surface non poreuse est lisse et imperméable. Parmi les surfaces non poreuses, on distingue celles en contact avec les aliments et celles non en contact avec les aliments.

Une surface poreuse est perméable. Elle se laisse traverser par les liquides ou les gaz et retient donc les micro-organismes. Un tapis est un exemple de surface poreuse. Les surfaces poreuses ne peuvent pas être désinfectées, car aucun produit désinfectant n'est jugé efficace pour elles. Elles peuvent seulement être nettoyées et assainies. C'est pour cette raison qu'elles ne sont pas recommandées aux endroits susceptibles d'être en contact avec du sang ou d'autres liquides biologiques.

Il existe 3 niveaux d'entretien :

- Le nettoyage.
- La désinfection.
- L'assainissement.

Pour que les niveaux d'entretien fonctionnent, il est fondamental qu'ils soient bien faits.

NETTOYAGE

Le nettoyage doit toujours précéder l'assainissement ou la désinfection. Le nettoyage permet d'enlever un certain nombre d'agents infectieux, mais il ne les détruit pas. Il élimine les éléments qui sont propices à leur prolifération, comme la saleté, l'eau, la graisse, la poussière et les matières organiques. Comme l'assainissement, le nettoyage élimine aussi les biofilms (voir l'encadré plus bas). Le nettoyage diminue ainsi les besoins d'assainissement ou de désinfection et augmente l'efficacité des assainisseurs ou des désinfectants utilisés.

Avant de procéder au nettoyage, il est nécessaire d'enlever et jeter toutes les particules visibles à l'œil nu. Un rinçage peut aussi être fait avant l'étape du nettoyage lorsque la surface ou l'objet est très souillé.

Les biofilms

Un biofilm peut se former en quelques heures dans un environnement humide (par exemple, la salle de bain, les toilettes et la cuisine). Un biofilm est formé d'une membrane qui protège les bactéries qui s'agglomèrent, survivent et prolifèrent en dessous. Les bactéries contenues dans le biofilm peuvent s'en détacher et être une source constante de contamination. Si un désinfectant est utilisé sans que la membrane soit brisée, les bactéries continueront à se développer et à proliférer. Pour atteindre les bactéries contenues dans le biofilm, il faut briser la membrane par une action mécanique, par exemple en frottant avec un chiffon ou une vadrouille avec de l'eau et du savon.

Le nettoyage doit se faire avec de l'eau propre et du savon ou un nettoyant. Le savon ou le nettoyant utilisé sera choisi en fonction de la tâche à effectuer.

Le rinçage est nécessaire après le nettoyage pour éliminer les particules résiduelles de savon et de matières organiques qui pourraient favoriser le développement des micro-organismes.

S'il y a lieu, les produits de nettoyage devront être compatibles avec les produits utilisés pour l'assainissement ou la désinfection et être entièrement solubles dans l'eau.

Si un même produit est utilisé pour nettoyer et assainir ou nettoyer et désinfecter, 2 applications consécutives de ce produit doivent être effectuées. Il faut s'assurer de bien utiliser le produit selon les recommandations du fabricant.

Plusieurs outils peuvent être utilisés pour effectuer le nettoyage, tels que serviettes, vadrouilles, brosses. Les outils faits de microfibres représentent plusieurs avantages (voir l'encadré ci-dessous). Des lingettes jetables peuvent aussi être utilisées à la condition qu'elles soient destinées à cet usage et qu'elles soient compatibles avec les produits utilisés pour l'assainissement ou la désinfection. Il est important de toujours bien suivre les instructions du fabricant. Les éponges sont à éviter, car elles se contaminent rapidement.

Les microfibres

Les microfibres sont faites de polyester et de nylon (polyamide). Plusieurs outils sont offerts sur le marché (linge, vadrouille, balai, plumeau...).

Avantages :

- Les microfibres permettent une action mécanique plus grande (elles se glissent plus facilement dans les petites crevasses) et une action abrasive plus efficace pour déloger la saleté et briser les biofilms.
- Elles sont absorbantes.
- Elles sont durables.

Désavantages :

- Elles coûtent plus cher.
- Elles sont incompatibles avec l'eau de Javel.
- Elles ne doivent pas être lavées avec d'autres types de tissus. Aucun assouplissant (liquide ou en feuilles) ne doit être utilisé. Le séchage doit se faire à basse température pour ne pas les abîmer.
- Elles sont inflammables et libèrent des vapeurs toxiques lorsqu'elles sont séchées à trop haute température.

ASSAINISSEMENT ET DÉSINFECTION

Selon la surface ou l'objet et le risque de contamination, il peut être nécessaire d'assainir ou de désinfecter. L'assainissement ou la désinfection s'effectuent après l'étape du nettoyage.

ASSAINISSEMENT

L'assainissement permet de réduire la quantité d'agents infectieux à un niveau jugé sécuritaire et sans danger sans les éliminer complètement. Par exemple, les surfaces alimentaires, la vaisselle et les ustensiles sont assainis. Il existe 2 façons d'assainir :

- Assainissement chimique.
- Assainissement thermique (à l'eau chaude).

L'assainissement à l'eau chaude est surtout utilisé pour la vaisselle et les objets qui peuvent être immergés dans l'eau chaude. Pour être efficace, la température de l'eau doit être d'au moins 77 °C et la durée de l'immersion doit être d'au moins 30 secondes. L'assainissement à

l'eau chaude peut aussi se faire au lave-vaisselle. Pour la majorité des lave-vaisselles, l'assainissement se fait lors du cycle du rinçage.

L'assainissement chimique se fait avec un produit. Pour être reconnu comme un assainisseur, le produit n'a pas besoin d'être virucide ou d'agir contre les champignons ou la moisissure. L'assainissement chimique n'est efficace que si les instructions du fabricant sont respectées au regard de la dilution, du mode d'utilisation, de la température de l'eau, du temps de contact et de la nécessité de rincer ou non.

Les assainisseurs peuvent être approuvés pour un usage alimentaire ou non alimentaire. Il faut utiliser un assainisseur pour objets ou surfaces alimentaires lorsque l'objet est susceptible d'être porté à la bouche ou que la surface est susceptible d'être en contact avec des aliments.

Les assainisseurs pour surfaces alimentaires sont régis par le Bureau d'innocuité des produits chimiques de Santé Canada. Le Bureau détermine si les résidus des produits laissés après usage sont acceptables, et l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) approuve leur usage. Seuls les assainisseurs pour surfaces alimentaires qui contiennent un désinfectant (comme un bactéricide ou un virucide) obtiennent un numéro d'identification de médicament (DIN). Pour certains assainisseurs pour surfaces alimentaires, un rinçage à l'eau avant tout contact avec les aliments est nécessaire. Il est primordial de vérifier les instructions du fabricant.

Les assainisseurs pour surfaces non alimentaires doivent satisfaire aux normes prévues par la Loi sur les aliments et drogues ou être inscrits sur la liste de référence pour les matériaux de construction, les matériaux d'emballage et les produits chimiques non alimentaires acceptés, publiée par l'ACIA et accessible à l'adresse suivante : www.inspection.gc.ca.

Le produit assainisseur doit être utilisé selon le mode d'emploi (concentration, température de l'eau et temps de contact) et être entreposé, comme tout autre produit d'entretien ménager, dans un contenant à l'écart des aliments et hors de la portée des enfants. Le nom du produit doit être indiqué sur le contenant.

Un même produit peut être utilisé pour assainir ou désinfecter. Il faut suivre les recommandations du fabricant.

Il est recommandé d'alterner les produits chimiques pour maintenir l'efficacité de l'assainissement et éviter que les micro-organismes deviennent résistants aux assainisseurs.

DÉSINFECTION

La désinfection détruit ou inactive de façon irréversible les agents infectieux sans nécessairement éliminer les spores des bactéries ou des champignons. La désinfection est nécessaire pour les objets et surfaces les plus à risque de contamination, en cas d'éclosions et pour certains objets et surfaces qui ont été en contact avec des liquides biologiques ou qui sont à risque de l'être, par exemple la table à langer. Seules les surfaces non poreuses peuvent être désinfectées.

La désinfection s'effectue à l'aide d'un produit chimique. Le produit utilisé doit être reconnu comme un désinfectant, avoir un DIN de Santé Canada et être virucide. Le caractère virucide du produit n'est pas toujours indiqué sur le contenant, mais on devrait pouvoir obtenir cette information auprès du fabricant.

Le produit désinfectant doit être utilisé selon le mode d'emploi (concentration, température de l'eau et temps de contact) et être entreposé, comme tout autre produit d'entretien ménager, dans un contenant à l'écart des aliments et hors de la portée des enfants. Le produit doit être indiqué sur le contenant.

L'eau de Javel est un produit désinfectant souvent utilisé (voir la section sur l'eau de Javel plus loin pour les recommandations d'utilisation).

S'il y a présence de personnes intolérantes à l'eau de Javel au service de garde ou à l'école, des désinfectants à base de peroxyde d'hydrogène peuvent être une bonne option. Plusieurs de ces produits ont reçu un DIN par Santé Canada.

Comme l'eau de Javel, les produits à base d'ammonium quaternaire peuvent provoquer des symptômes d'asthme. Il n'est donc pas recommandé de les utiliser. La désinfection par ionisation de l'eau n'est pas recommandée non plus, car les preuves scientifiques sont pour l'instant insuffisantes pour conclure à son efficacité et à son innocuité.

Il existe, sur le marché, une panoplie de lingettes jetables pour les surfaces et les objets. Qu'elles soient pour le nettoyage, l'assainissement ou la désinfection, il est important de bien suivre les recommandations du fabricant pour les utiliser adéquatement et être sûr de leur efficacité. Il faut s'assurer que les lingettes utilisées sont approuvées pour les objets et surfaces alimentaires lorsque l'objet est susceptible d'être porté à la bouche ou que la surface est susceptible d'être en contact avec des aliments.

AUTRES CONSIGNES DE NETTOYAGE, D'ASSAINISSEMENT ET DE DÉSINFECTION

Il est important de respecter ces autres consignes :

- Effectuer le nettoyage, puis l'assainissement ou la désinfection en commençant par les surfaces et objets les moins souillés.
- Utiliser préférentiellement une bouteille munie d'un bec verseur. Si un vaporisateur est utilisé, le régler afin d'avoir un jet, et non de la bruine, pour diminuer les risques d'inhalation. Déposer la solution nettoyante, assainissante ou désinfectante sur un linge. Plier le linge en 4 de façon à utiliser successivement les 8 surfaces (toujours utiliser une surface propre) et changer de linge s'il est souillé.
- Éviter de retremper ou d'essorer un linge déjà utilisé dans la solution nettoyante, assainissante ou désinfectante afin de conserver l'efficacité de la solution.
- Ne jamais mélanger différents produits chimiques (nettoyant, assainisseur ou désinfectant). Cela peut causer des vapeurs toxiques, irritantes pour les voies respiratoires.
- Respecter la température de l'eau recommandée par le fabricant. La température de l'eau joue un rôle important dans l'efficacité des produits. À défaut de spécification du fabricant, la température de l'eau permettant de rendre efficace l'effet de nettoyage, d'assainissement ou de désinfection est généralement tiède (les mains doivent tolérer aisément la température de l'eau).

PRÉVENTION DE LA CONTAMINATION CROISÉE

La contamination croisée est le passage d'agents infectieux d'une surface, d'une personne ou d'un objet à un autre qui peut se produire lors du nettoyage, de l'assainissement ou de la désinfection. Pour la prévenir, il est important d'en prendre conscience et d'éviter la diffusion des agents infectieux dans l'environnement par les mains, objets, liquides et autres utilisés lors de l'entretien.

Pour prévenir la contamination croisée :

- Nettoyer après usage et faire sécher les chiffons et vadrouilles souillés afin de diminuer le niveau de contamination. Ne pas les laisser tremper dans l'eau souillée.
- Utiliser des chiffons et vadrouilles propres seulement avec une solution propre faite dans un contenant propre. Ne pas laisser de solution résiduelle dans le seau et le faire sécher autant que possible entre les utilisations.
- Utiliser une poubelle à pédale pour éviter que les mains propres touchent la poubelle sale.
- Utiliser un code de couleurs pour les chiffons et vadrouilles (ex. : rouge pour les zones à risque telles que les toilettes et tables à langer, bleu pour les autres).

L'installation de robinets automatiques peut aussi réduire le risque de contamination croisée, car les poignées de robinets sont souvent contaminées.

ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE

Il est recommandé d'utiliser les produits qui sont les moins toxiques et pour lesquels le port d'un équipement de protection individuelle est peu ou pas nécessaire. Cependant, certains produits ont un pH élevé et sont corrosifs pour les yeux et la peau. D'autres peuvent être absorbés par la peau et causer une atteinte à la santé.

Tableau 4 – Équipement de protection individuelle requis selon la situation

Situations	Équipement de protection individuelle requis
Risque de contact avec du matériel infectieux	Gants jetables
Risque de contact avec du matériel coupant, corrosif ou nocif	Gants de caoutchouc ultrarésistant
Risque d'éclaboussures au visage	Masque et lunettes
Risque d'éclaboussures sur le corps	Blouse ou tablier ou sarrau
Risque de marcher dans des liquides biologiques ou des produits chimiques et les disperser	Couvre-chaussures ou bottes

EAU DE JAVEL

L'eau de Javel peut être utilisée comme assainisseur ou désinfectant, selon des dilutions différentes. Le produit choisi doit avoir une concentration de 5,25 à 6,15 % au maximum et, lorsqu'elles sont disponibles, être utilisé conformément aux instructions du fabricant. Si l'eau de Javel risque d'être en contact avec une surface alimentaire, elle ne doit pas être parfumée et doit être sur la liste de référence pour les matériaux de construction, les matériaux d'emballage et les produits chimiques non alimentaires acceptés, de l'ACIA.

L'eau de Javel est un désinfectant efficace pour détruire la plupart des micro-organismes pathogènes présents dans un service de garde ou une école, dont les bactéries, les virus, les moisissures et certaines spores.

Il est important d'utiliser raisonnablement l'eau de Javel afin de minimiser les risques qui y sont associés. L'eau de Javel est corrosive et peut causer des blessures à la peau et aux yeux. Elle peut aussi déclencher et exacerber l'asthme.

L'eau de Javel est efficace si :

- Elle n'est pas expirée. L'eau de Javel perd de son efficacité avec le temps. Sa durée de vie est d'environ 6 mois après sa fabrication. Il faut décoder la date de fabrication pour connaître la date d'expiration. Par exemple, sur un contenant de la marque Javex, dans le code *9154L 12:13*, 9 est l'année de fabrication (2009), 154 est le jour de fabrication (3 juin) et 12:13, correspond à l'heure de fabrication. Le 3 janvier 2010, l'eau de Javel de ce contenant est expirée.
- Elle est fraîchement diluée. Les solutions d'eau de Javel diluées perdent de leur efficacité rapidement. Elles doivent être faites chaque jour pour avoir l'efficacité attendue.
- Elle est appliquée après le nettoyage et le rinçage de la surface. La présence résiduelle de matières organiques, de saleté, de graisse, de liquides biologiques ou de savon empêche l'action de l'eau de Javel. Les étapes du nettoyage et du rinçage sont primordiales pour assurer son efficacité.
- Sont respectés :
 - la dilution (voir le tableau 5);
 - le temps de contact requis (voir le tableau 5).

Pour préparer de façon sécuritaire de l'eau de Javel :

- Porter des gants et lunettes de protection lors de la préparation.
- S'assurer que la pièce est bien ventilée.
- Diluer avec de l'eau tiède fraîche; l'eau de Javel perd de son efficacité lorsqu'elle est diluée avec de l'eau chaude, car le chlore s'évapore rapidement.
- Utiliser la quantité à diluer recommandée.
- Utiliser un entonnoir pour préparer la solution javellisante.
- Pour réduire les vapeurs, ajouter l'eau de Javel dans l'eau déjà préparée, et non l'inverse.
- Ne pas utiliser une solution contenant de l'eau de Javel et du savon. Le savon inactive l'effet de l'eau de Javel.
- Ne pas mélanger avec tout autre produit.

Pour une utilisation sécuritaire de l'eau de Javel :

- Si l'utilisation est effectuée avec un vaporisateur, s'assurer que le jet est suffisamment gros pour éviter une bruine qui causerait un risque d'inhalation.
- Respecter les temps de contact recommandés (voir le tableau 5).
- Ne pas utiliser quand les enfants sont dans la pièce.
- Pour éviter les risques d'inhalation et favoriser le séchage de la surface, aérer la pièce après utilisation.
- Essuyer au besoin après le temps de contact recommandé.
- Après avoir désinfecté avec l'eau de Javel, rincer toute surface pouvant être en contact avec de la nourriture ou tout objet pouvant être porté à la bouche ou aux yeux.

Pour un entreposage sécuritaire de l'eau de Javel :

- Conserver dans un contenant opaque en plastique à l'abri de la lumière.
- Indiquer le produit sur le contenant avec la date de préparation.
- Garder à l'écart des aliments et hors de la portée des enfants.

Tableau 5 – Recommandations d'utilisation de l'eau de Javel pour les surfaces non poreuses

Concentration	Dilution	Temps de contact		Commentaires
		Pour un assainissement	Pour une désinfection	
1:1 000	5 ml d'eau de Javel 5 l d'eau tiède fraîche	Frotter la patageoire et laisser sécher		Limiter l'usage de cette concentration à l'assainissement de la patageoire en l'absence d'accident fécal ou vomitif (voir la section Qualité de l'eau dans le présent chapitre pour la procédure en détail).
1:300	15 ml d'eau de Javel 4,5 l d'eau tiède fraîche	2 à 5 minutes		Limiter l'usage de cette concentration à l'assainissement des refroidisseurs d'eau (voir la section Qualité de l'eau pour la procédure en détail).
1:200	5 ml d'eau de Javel 995 ml d'eau tiède fraîche	2 minutes	Non applicable	Limiter l'utilisation de cette concentration à l'assainissement.
1:100	10 ml d'eau de Javel 990 ml d'eau tiède fraîche		2 à 3 minutes	Utiliser cette concentration pour la désinfection des patageoires en présence d'accident fécal ou vomitif (voir la section Qualité de l'eau pour la procédure en détail). Utiliser cette même concentration pour la désinfection des gants de caoutchouc réutilisables ayant été en contact avec du sang ou d'autres liquides biologiques.
1:65	15 ml d'eau de Javel 985 ml d'eau tiède fraîche		2 minutes	
1:10	10 ml d'eau de Javel 90 ml d'eau tiède fraîche	Non applicable	30 secondes à 2 minutes. Peut être augmenté jusqu'à 5 minutes lorsqu'il s'agit d'un incident avec présence d'une quantité importante de sang ou d'autres liquides biologiques.	Utiliser surtout cette concentration quand il s'agit d'un incident avec présence d'une quantité importante (> 10 ml) de liquides biologiques.

SITUATIONS PARTICULIÈRES

Pour l'entretien général des objets, des surfaces et des locaux, voir aux [annexes 3](#) et [4](#) les calendriers d'entretien proposés dans les services de garde et les écoles primaires et secondaires.

SURFACES SOUILLÉES DE SANG OU D'AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES (SALIVE, SELLES, URINE, ETC.)



Les surfaces non poreuses souillées de sang ou d'autres liquides biologiques doivent être nettoyées et désinfectées. Le nettoyage et la désinfection doivent être faits de la manière suivante :

- S'assurer qu'aucun enfant ne peut toucher la surface.
- S'assurer de porter l'équipement de protection individuelle requis (voir le tableau 4) :
 - porter des gants jetables, sauf si l'on peut nettoyer et désinfecter la surface sans toucher au sang ou aux autres liquides biologiques et que les mains ne présentent aucune blessure.
- Porter des gants de caoutchouc ultrarésistant si du verre brisé ou d'autres objets tranchants peuvent se trouver sur la surface. Afin d'éviter les coupures, conserver les gants pour balayer le verre brisé ou les autres objets tranchants. Ne pas manipuler les objets tranchants avec les mains ou les doigts : utiliser un balai, un porte-poussière ou 2 morceaux de carton. Déposer les débris dans un contenant qui résiste aux bris.
- Pour les incidents mineurs (moins de 10 ml) : essuyer, nettoyer, rincer et désinfecter la surface avec une solution javellisante ou un autre produit désinfectant. Pour la solution javellisante, utiliser une concentration de 1:100 en laissant agir le produit de 2 à 3 minutes (voir le tableau 5). Rincer après la désinfection si la surface peut être en contact avec des aliments.
- Pour les incidents plus importants (plus de 10 ml) :
 - Éponger la surface avec un tissu absorbant (papier essuie-tout) et le jeter dans une poubelle à pédale fermée et munie d'un sac de plastique;
 - Laver la surface à l'eau savonneuse, puis rincer;
 - Désinfecter avec un produit désinfectant ou une solution javellisante à une concentration de 1:10 en laissant la solution agir de 30 secondes à 5 minutes (voir le tableau 5). Rincer après la désinfection si la surface peut être en contact avec des aliments.
- Jeter les gants dans une poubelle à pédale fermée et munie d'un sac de plastique ou laver les gants de caoutchouc. Laver l'intérieur et l'extérieur des gants à l'eau de Javel 1:100 au moins 2 minutes (voir le tableau 5). Laisser sécher les gants à l'envers et à l'air libre.
- Autant que possible, nettoyer, rincer et essorer l'équipement de nettoyage utilisé, puis laisser sécher à l'air libre.
- Se laver les mains (voir la section [Hygiène des mains](#) dans le présent chapitre).

Les surfaces poreuses telles que les tapis ne peuvent pas être désinfectées; elles peuvent uniquement être nettoyées et assainies. Si un tapis a été souillé par du sang ou d'autres liquides biologiques, il faut idéalement le jeter et le remplacer au besoin par un neuf. Sinon, il faut nettoyer le tapis avec un produit nettoyant pour tapis et assainir. Pour assainir, on utilise un produit assainisseur pour surfaces non alimentaires ou on rince le tapis à fond ou on utilise un appareil de nettoyage à la vapeur ou un appareil d'injection-extraction. Le tapis doit être sec dans un délai de 24 heures, sinon l'humidité prolongée pourrait favoriser la croissance d'agents pathogènes, en particulier lorsque le rinçage à fond est utilisé comme mode d'assainissement.

OBJETS SOUILLÉS DE SANG OU D'AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES



Le partage des objets personnels (sucette, brosse à dents, instrument de musique, chapeau, peigne, maquillage, etc.) est à éviter. Et toutes les mesures nécessaires doivent être mises en place afin d'en éviter le partage.

Les objets qui ne peuvent pas être bien nettoyés entre chaque utilisation et sur ou dans lesquels des liquides biologiques peuvent s'accumuler doivent être considérés comme des objets individuels. Ils ne doivent pas être partagés.

Les objets souillés de sang ou d'un autre liquide biologique doivent être lavés à l'eau savonneuse et être assainis ou désinfectés selon les matériaux qui les composent, leurs utilisations et le risque de contamination qu'ils représentent.

Jouets

Les jouets que les enfants mettent dans leur bouche ou qui sont contaminés par un liquide biologique doivent être retirés de l'aire de jeux après leur utilisation jusqu'à ce qu'ils soient lavés et assainis ou lavés et désinfectés. En tout temps, les jouets donnés à l'enfant lors du changement de couche doivent être nettoyés et désinfectés à cause du risque augmenté de contamination fécale.

Sucettes

Les sucettes sont des objets personnels qui ne doivent pas être partagés. Leur utilisation doit autant que possible être réservée aux situations où les risques de partage sont minimales (ex. : heure de la sieste). Elles doivent être nettoyées tous les jours à l'eau savonneuse et lorsque nécessaire. Étant donné les nombreux matériaux dont sont faites les sucettes, la désinfection de celles-ci doit être faite par les parents selon les recommandations du fabricant.

Thermomètres

Les thermomètres peuvent transmettre des infections. Le thermomètre rectal est plus à risque de contamination que le thermomètre buccal, et le thermomètre buccal est plus à risque de contamination que les thermomètres auriculaire et axillaire. Le thermomètre et son boîtier doivent être réservés pour chaque type de prise de température. Les thermomètres peuvent être utilisés par plus d'un enfant si les mesures d'hygiène suivantes sont bien appliquées :

- Se laver les mains avant et après la prise de température (voir la section [Hygiène des mains](#) dans le présent chapitre).
- Utiliser une gaine protectrice qui couvre adéquatement le thermomètre.
- Nettoyer et désinfecter le thermomètre et son boîtier après chaque utilisation, même si une gaine protectrice a été utilisée.

Pour le nettoyage et la désinfection des thermomètres, il faut suivre les recommandations du fabricant.

De façon générale, il faut :

- Laver le thermomètre à l'eau savonneuse et le sécher.
- Frotter le thermomètre avec de l'alcool (70 % et +) pendant au moins 10 secondes ou le tremper dans l'alcool (70 % et +) pendant 10 minutes. Tenir la solution d'alcool hors de la portée des enfants et la jeter après usage. Vérifier dans le guide d'utilisation du thermomètre utilisé que celui-ci peut être immergé et que l'alcool peut être utilisé pour son entretien.
- Ranger le thermomètre. S'assurer que le boîtier est propre.

L'utilisation de l'eau de Javel comme solution désinfectante n'est pas recommandée, car l'action corrosive de celle-ci risque d'abîmer le bout du thermomètre.

Il est recommandé de toujours utiliser un thermomètre digital. Les thermomètres au mercure et en verre sont à bannir étant donné le risque de contamination lors d'un bris.

Lors de l'achat d'un thermomètre, il faut connaître son mode d'utilisation selon le modèle et les recommandations du fabricant en matière de désinfection.

Les thermomètres jetables pourraient être utilisés lors de certaines éclosions.

Flûtes et instruments de musique à vent

Plusieurs agents pathogènes peuvent se trouver dans la salive et les sécrétions respiratoires, par exemple les virus du rhume et de la grippe.

La contamination des instruments de musique à vent par les agents infectieux présents dans la salive de la personne qui en joue a été démontrée. La salive déposée et la condensation sur les parois intérieures de l'instrument favorisent la survie des agents infectieux. Durant les 72 heures suivant l'utilisation d'un instrument, c'est surtout la flore buccale qui est retrouvée, alors que par la suite, c'est la flore environnementale (incluant les moisissures) qui domine.

Le musicien peut se contaminer par contact avec les sécrétions qui s'écoulent de l'instrument ou qui refoulent lorsqu'il soulève l'instrument ou par les gouttelettes formées lorsqu'il souffle dans l'instrument.

Il est donc important d'assurer un entretien régulier des instruments de musique personnels en plus de l'entretien recommandé entre les utilisateurs s'il y a lieu.

Les principes généraux sont les suivants :

- Le lavage des mains est recommandé avant de jouer d'un instrument.
- Après chaque usage, l'extérieur et l'intérieur de l'instrument doivent être séchés.
- Si un désinfectant est utilisé, il doit l'être conformément aux recommandations des fabricants du produit et de l'instrument.
- L'instrument doit toujours être séché avant d'être entreposé.

La flûte à bec en plastique est l'instrument le plus utilisé en milieu scolaire. D'autres instruments de musique à vent peuvent être utilisés, par exemple cuivres, clarinette, hautbois, flûte traversière.

Flûtes à bec en plastique

Vu le faible coût des flûtes utilisées en milieu scolaire, chaque élève devrait posséder la sienne et toute flûte à usage personnel ne devrait pas être partagée (voir l'encadré si le prêt de flûtes est envisagé).

Pour l'entretien de sa flûte personnelle :

- Nettoyer la flûte à l'eau savonneuse chaque semaine ou toutes les 2 semaines ou après chaque usage lors d'écllosion de maladies infectieuses ou lorsqu'il est malade.
- Désinfecter la flûte avant l'année scolaire et à la fin de chaque étape.

Le prêt de flûtes à long terme

Le prêt de flûtes à long terme aux élèves peut être considéré par un établissement ou une commission scolaire si :

- Le prêt des flûtes est limité aux élèves qui ne sont pas en mesure de les acheter.
- Les flûtes prêtées ne sont jamais partagées entre les élèves à l'intérieur d'une étape ou d'une année scolaire.
- Les flûtes sont nettoyées et désinfectées au début et à la fin de chaque prêt de la façon suivante :
 - Rincer à l'eau courante;
 - Nettoyer à l'eau et au savon;
 - Rincer à l'eau courante;
 - Désinfecter avec une solution d'eau de Javel à une concentration de 1:10 pendant 30 secondes ;
 - Rincer à l'eau courante.

D'autres désinfectants pourraient être utilisés, selon les indications du fabricant (dilution et temps d'exposition au désinfectant).

Autres instruments de musique à vent

Idéalement, chaque élève devrait avoir son propre instrument et connaître l'entretien recommandé. Certains instruments sont à entretenir de façon particulière pour qu'ils conservent leurs propriétés musicales. Il est recommandé de suivre les instructions du fabricant pour l'entretien de l'instrument.

Les produits couramment utilisés peuvent ne pas être compatibles avec les pièces buccales ou l'instrument à cause de leur effet sur la peau ou sur les matériaux. Par exemple, l'eau de Javel, à cause de son action corrosive, n'est pas recommandée pour désinfecter les instruments en cuivre. Il existe des produits spécialisés pour désinfecter les instruments de musique.

Lorsque les instruments de musique à vent sont prêtés pour une longue période :

- Tous les instruments de musique partagés doivent être désassemblés, nettoyés et désinfectés à la fin de chaque étape de l'année scolaire et entre chaque utilisateur.
- Des instructions claires pour l'entretien doivent être remises à l'élève.
- Il est préférable que chaque élève ait sa propre pièce buccale.
- Aucune anche ne doit être partagée. Chaque élève doit posséder et conserver son anche personnelle.

Lorsque les instruments de musique à vent sont partagés dans un même temps par plusieurs élèves :

- Entre chaque utilisateur, l'instrument de musique doit être séché et désinfecté avec de l'alcool ou un autre produit recommandé pour l'instrument.
- Avant chaque utilisation, l'instrument de musique doit être désinfecté avec de l'alcool ou un autre produit recommandé pour l'instrument.
- Après chaque utilisation, les pièces buccales partagées doivent être nettoyées à l'intérieur avec une brosse prévue à cet effet et de l'eau savonneuse, être rincées, puis être désinfectées, rincées et séchées.

Vêtements

Voir, dans le présent chapitre, la section [Changement de couche et installations sanitaires](#).

Équipements sportifs

Voir [l'annexe 4](#).

Déguisements

Voir [l'annexe 3](#).

NETTOYAGE, ASSAINISSEMENT OU DÉSINFECTION D'OBJETS PARTAGÉS

Jouets

Les jouets utilisés dans les services de garde doivent être lavables.

Les jouets ne doivent pas être partagés entre 2 groupes d'enfants avant d'avoir été lavés et désinfectés.

Les jouets qui ne sont pas mis dans la bouche (blocs, gros camions, tricycles, etc.) peuvent être nettoyés 1 fois par semaine et lorsqu'ils sont visiblement souillés.

Les jouets de plastique mis dans la bouche peuvent être lavés et assainis au lave-vaisselle (la vaisselle et les ustensiles ne doivent pas être lavés en même temps).

Les jouets en tissu lavable et les déguisements doivent être lavés à la machine chaque semaine et dès qu'ils sont souillés.

Les peluches ne doivent pas être partagées. Elles peuvent être acceptées au moment de la sieste, mais elles doivent être rangées dans un casier individuel après la sieste. Elles doivent être retournées chaque semaine à la maison pour y être lavées.

Matelas, draps, taies d'oreiller et couvertures

Les draps, taies et couvertures de chaque enfant ne doivent pas être partagés en cours d'utilisation et doivent être rangés de façon à ne pas entrer en contact avec ceux des autres enfants. Les draps et taies doivent être lavés chaque semaine, lorsqu'ils sont souillés ou avant d'être utilisés par un autre enfant. Les couvertures doivent être lavées chaque mois, lorsqu'elles sont souillées ou avant d'être utilisées par un autre enfant.

Les matelas doivent être en bon état et être faits d'un matériel résistant à l'eau afin de pouvoir être nettoyés chaque semaine et avant d'être utilisés par un autre enfant.

Carré de sable extérieur

Un carré de sable mouillé peut favoriser la multiplication des moustiques et des micro-organismes (ex. : bactéries et moisissures). On doit exposer le carré de sable au soleil pour réduire la prolifération des agents infectieux.

Les recommandations d'entretien du carré de sable sont les suivantes :

- Utiliser un contenant laissant circuler l'air et s'égoutter l'eau. Il ne faut pas utiliser un contenant de plastique avec un couvercle hermétique.
- Couvrir d'une moustiquaire ou de tout autre couvercle perméable à l'air pour éviter que les animaux utilisent le carré de sable comme une litière.
- Avant chaque utilisation, inspecter le carré de sable ainsi que l'ensemble de l'aire de jeux.
- Ratisser et nettoyer le carré de sable pour y enlever les excréments des animaux et d'autres matières indésirables. S'il y a présence de matières fécales animales ou humaines, il faut retirer tout le sable qui a pu être contaminé. Selon la contamination, il peut être justifié de changer le sable.
- Utiliser du sable spécialement conçu pour les carrés de sable, exempt de matières organiques, toxiques ou dangereuses.
- Remplacer le sable aussi souvent que nécessaire afin qu'il soit toujours visiblement propre.
- Ranger à l'abri, entre les utilisations, les jouets. Les nettoyer et les assainir toutes les semaines.

Pataugeoires

Voir la section [Qualité de l'eau](#) dans le présent chapitre.

Tables de jeux d'eau

L'idéal serait d'avoir une table d'eau fraîche par enfant. Les tables communes doivent être évitées, mais si elles sont utilisées, elles doivent en tout temps être supervisées et entretenues :

- De l'eau potable fraîche doit toujours utilisée.
- Les enfants doivent laver leurs mains avant et après les jeux à la table d'eau.
- Seuls les enfants sans coupure ou blessure sur les mains peuvent y jouer.
- Les enfants ne doivent pas boire l'eau provenant de la table. Il faut éviter de donner des bouteilles, des tasses ou des verres de plastique pour jouer afin de ne pas favoriser l'ingestion d'eau.
- L'eau doit être renouvelée à chaque changement d'utilisateur ou de groupe d'utilisateurs.
- Le bassin et les jouets doivent être assainis s'ils sont utilisés par un autre groupe d'enfants et à la fin de la journée.

HYGIÈNE À LA CUISINE ET HYGIÈNE DES ALIMENTS (INCLUANT ADMINISTRATION DU LAIT MATERNEL)



HYGIÈNE À LA CUISINE

ACCÈS À LA CUISINE

En service de garde, 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.

NETTOYAGE ET ASSAINISSEMENT DES SURFACES ET DES OBJETS ALIMENTAIRES

À la cuisine, les surfaces et les objets doivent être nettoyés et assainis. Les surfaces de travail doivent être en bonne condition, sans dommages ni égratignures, afin de pouvoir être nettoyées et assainies efficacement. Le revêtement doit être non poreux et doit résister à l'humidité, à la corrosion, aux entretiens fréquents et aux produits d'entretien. Les surfaces de travail ne doivent pas avoir de joints ni d'aspérités, car cela exige une attention particulière au moment du nettoyage et de l'assainissement.

Pour les techniques de nettoyage et d'assainissement ainsi que pour les produits à utiliser, voir la section [Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux](#).

Pour la fréquence d'entretien des surfaces et des objets, voir les calendriers d'entretien proposés aux [annexes 3](#) et [4](#).

OUTILS SERVANT AU NETTOYAGE ET À L'ASSAINISSEMENT

Comme le recommande le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ), les outils servant au nettoyage et à l'assainissement des surfaces et des objets alimentaires (brosses, instruments de récurage et serviettes) ne doivent pas être utilisés pour nettoyer et assainir d'autres surfaces. Par exemple, on ne doit pas se servir d'une serviette destinée au nettoyage des poubelles pour nettoyer des planches à découper. De plus, les outils doivent être nettoyés et assainis régulièrement ainsi que changés souvent, « car ils peuvent aussi être une source de contamination. Dès qu'un instrument commence à se détériorer, il devrait être changé. Les chiffons de table doivent être lavés et rincés après leur utilisation. Il est possible de les conserver par la suite dans une solution comportant un assainisseur, de manière à éviter le développement de microorganismes et la contamination. Cette solution doit être maintenue propre en tout temps »¹.

Sont à éviter :

- Les éponges, car elles sont facilement contaminées et difficiles à nettoyer.
- Les tampons ou brosses métalliques, car ils présentent un danger de contamination des aliments.

¹ QUÉBEC, MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DES PÊCHERIES ET DE L'ALIMENTATION, *Nettoyage et assainissement dans les établissements alimentaires*, [En ligne], [Québec], Le Ministère, c2013, p. 18. www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Publications/etablissement_alimentaire.pdf].

POUBELLES

Les ordures doivent être déposées dans une poubelle munie d'un sac de plastique et recouverte d'un couvercle étanche qui s'ouvre sans les mains. Les poubelles doivent être vidées quotidiennement dans des contenants à l'extérieur. Elles doivent être nettoyées lorsqu'elles sont souillées. Si la poubelle n'est pas munie d'un sac de plastique, elle doit être nettoyée chaque fois qu'elle est vidée.

FENÊTRES

Les fenêtres de la cuisine doivent être munies de moustiquaires pour empêcher l'entrée des insectes. Si des traces d'insectes ou de rongeurs sont découvertes dans la cuisine ou dans toute autre pièce du service de garde ou de l'école, des mesures rigoureuses et adéquates doivent immédiatement être prises pour enrayer la situation (par exemple, utiliser les services d'un exterminateur).

MESURES D'HYGIÈNE À LA CUISINE

Les lavabos qui servent à la préparation des aliments ne doivent pas servir pour le changement de couche, ni pour laver les mains des enfants, ni pour vidanger l'eau ayant servi à nettoyer les locaux.

La vaisselle et les ustensiles doivent être lavés et assainis avec de l'eau potable, un agent nettoyant et un produit assainissant approuvé pour usage alimentaire. Si un lave-vaisselle est utilisé, la température de l'eau de lavage doit être d'au moins 60 °C et celle de l'eau de rinçage doit être d'au moins 82 °C. Le surchauffeur ou *booster* du lave-vaisselle doit être en mesure de maintenir ces températures.

Si le lavage de la vaisselle et des ustensiles est fait manuellement :

— Pour le nettoyage :

- Démontez les équipements démontables;
- Rincer (prélavage) pour enlever les plus grosses particules de la surface;
- Nettoyer (lavage) en immergeant complètement dans une eau chaude (au moins 43 °C) savonneuse. Changer l'eau lorsqu'elle est souillée;
- Rincer avec de l'eau chaude propre (autre que l'eau du prélavage et du lavage) d'au moins 43 °C.

— Pour l'assainissement, choisir l'une ou l'autre des façons suivantes :

- Immerger complètement dans un bassin d'eau chaude (77 °C) pendant au moins 30 secondes;
- Immerger dans une solution contenant un assainisseur approuvé pour usage alimentaire en suivant les recommandations du fabricant. Ne pas oublier de rincer si cela est recommandé;
- Laisser sécher à l'air libre, car l'utilisation de linge à vaisselle peut favoriser la contamination.

Les comptoirs de cuisine, les planches de travail, les ustensiles, etc., doivent être lavés et assainis après chaque usage, en particulier :

- dès qu'un aliment cru d'origine animale a été manipulé sur une surface de travail;
- entre chaque viande lorsque différentes sortes de viande sont manipulées successivement;
- lorsque la manipulation d'un aliment cru précède la manipulation d'un aliment prêt à manger, par exemple quand on pèle une pomme de terre et qu'on prépare ensuite un sandwich sur la même surface de travail;
- chaque fois qu'une contamination a pu se produire.

SALUBRITÉ ALIMENTAIRE

La salubrité alimentaire désigne l'ensemble des conditions et mesures pour assurer la sécurité et l'innocuité des aliments à toutes les étapes de la chaîne alimentaire. 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, les services de garde en installation sont exemptés de l'obligation d'avoir un permis alimentaire. Néanmoins, ils sont tenus de se soumettre aux inspections régulières du Sous-ministériat à la santé animale et à l'inspection des aliments du MAPAQ ou de son mandataire (par exemple, la Ville de Montréal).

Selon le 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 apportés² ».

MANIPULATION DES ALIMENTS

L'état de santé d'un manipulateur d'aliments peut être un facteur de risque pour la contamination des aliments. Un manipulateur d'aliments doit informer son employeur s'il est atteint d'une maladie susceptible de contaminer les aliments ou s'il présente des symptômes comme la diarrhée, nausées, vomissements, ictère ou fièvre.

S'il y a lieu, une consultation médicale est recommandée. Au regard du retrait et de la réaffectation du manipulateur d'aliments, il faut respecter les recommandations émises par le MAPAQ dans le document *Retrait ou réaffectation des manipulateurs d'aliments porteurs d'agents infectieux potentiellement transmissibles par les aliments*, disponible à l'adresse suivante : <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Restauration/Qualitedesaliments/Toxiinfectionsalimentaires/Pages/recommandations.aspx>.

² QUÉBEC, *Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance*, S-4.1.1, r. 2, à jour au 1^{er} octobre 2014, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2014, art. 113. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_4_1_1/S4_1_1R2.HTM] (Consulté le 22 octobre 2014).

Notamment, le manipulateur d'aliments peut ou doit :

- Attendre 48 heures après la disparition complète des symptômes avant de reprendre le travail ou, le cas échéant, suivre les recommandations formulées par le médecin.
- Envisager un retour au travail s'il est porteur d'un agent infectieux et qu'il n'a pas de symptômes, à condition de suivre des mesures d'hygiène plus strictes, ou être réaffecté selon l'agent infectieux.
- S'abstenir de préparer ou servir les aliments s'il a une maladie contagieuse comme une gastroentérite ou des infections cutanées aux mains, aux avant-bras ou au visage.
- Couvrir toute blessure non infectée à la main ou à l'avant-bras d'un pansement propre. Il doit aussi porter des gants imperméables et propres à usage unique (non fabriqués ou saupoudrés de latex) suffisamment longs pour recouvrir entièrement le pansement, en prenant soin de se laver les mains à l'eau et au savon avant et après le port des gants.
- Être réaffecté à d'autres tâches ou fonctions s'il a une plaie infectée sur les mains ou aux avant-bras. Il doit également être réaffecté s'il a une plaie infectée impossible à couvrir complètement sur d'autres régions du corps (ex. : paupière, cuir chevelu, visage).

Le manipulateur d'aliments doit aussi veiller à son hygiène personnelle. Il doit, entre autres :

- Enlever sa montre, ses boucles d'oreilles, ses épinglettes et tous ses autres bijoux, y compris les bagues et les bijoux de perçage corporel. Il doit aussi avoir les ongles courts et propres. Il ne doit pas porter d'ongles artificiels ni de vernis à ongles. Ceux-ci peuvent cacher des germes et favoriser la contamination. Ils sont également susceptibles de tomber dans les aliments.
- Respecter les étapes du lavage des mains : mouiller, savonner et frotter toutes les surfaces des mains et des poignets (y compris les espaces interdigitaux, le bout des doigts, les ongles et les pouces) durant 15 à 30 secondes, puis rincer, sécher et fermer le robinet avec des serviettes individuelles jetables. Dans le contexte de la manipulation des aliments, les SHA ne remplacent pas l'eau et le savon. Les mains doivent en tout temps être lavées à l'eau et au savon.
- Se laver les avant-bras et les mains avec de l'eau et du savon liquide avant de commencer le travail, avant de toucher les aliments et après, entre chaque catégorie d'aliments, entre la manipulation d'aliments crus et cuits ainsi que chaque fois qu'il y a risque de contamination pour les aliments.
- Se laver les mains après être allé aux toilettes, après s'être mouché ou avoir mouché un enfant, après avoir toussé, éternué, touché une surface sale ou fumé.
- Porter des vêtements de travail pour la manipulation ou la préparation des aliments, par exemple un tablier propre. Il ne doit pas s'essuyer les mains sur ses vêtements de travail, car ils peuvent devenir une source de contamination pour les mains, les surfaces et les aliments qui seront manipulés.
- Couvrir entièrement ses cheveux avec un bonnet ou une résille et, s'il y a lieu, porter un couvre-barbe. Cette mesure n'est pas obligatoire dans le cas d'un service de garde en milieu familial, mais les cheveux doivent être retenus ou attachés.
- Éviter de toucher à mains nues les aliments prêts à manger. Il doit plutôt prendre des ustensiles.

Les manipulateurs d'aliments ne devraient pas changer les couches des enfants ni les aider à aller aux toilettes. S'ils ont à le faire, ils doivent retirer leurs vêtements de travail, puis se laver les mains à l'eau savonneuse et enfiler un sarrau qui couvre entièrement leurs vêtements. Le sarrau doit rester à l'extérieur de la cuisine.

PORT DE GANTS POUR LES MANIPULATEURS D'ALIMENTS

Le port de gants est obligatoire lorsque la personne qui manipule les aliments a une lésion non infectée à la main. En présence d'une lésion infectée, cette personne ne doit pas manipuler d'aliments. Les gants doivent être propres, imperméables et suffisamment longs pour recouvrir entièrement le pansement.

Les gants fabriqués ou saupoudrés de latex sont interdits pour les personnes en contact avec les aliments ou les équipements alimentaires.

Il faut changer de gants :

- S'ils sont souillés ou déchirés.
- Lors d'un changement de tâche ou lors de la préparation d'aliments de nature différente.
- Après la manipulation des aliments crus et avant de manipuler des aliments cuits ou prêts à manger.
- Après avoir touché une surface contaminée.
- Chaque fois qu'il y a un risque de contamination des aliments.

ACHAT DES ALIMENTS

Les aliments doivent provenir exclusivement d'une source reconnue, et les services de garde et les écoles doivent avoir un registre des fournisseurs et des factures afin d'être en mesure de tracer les produits alimentaires servis.

Il faut choisir des aliments frais et de bonne qualité ainsi que respecter la date de péremption des produits.

Une attention particulière doit être portée aux boîtes de conserve bossées.

Il faut s'assurer que les températures de conservation des aliments sont adéquates. Après avoir fait l'épicerie, il est préférable de revenir au service de garde sans tarder; sinon, il faut prévoir une glacière pour les aliments altérables à la chaleur.

Il est recommandé d'acheter les aliments réfrigérés ou congelés juste avant de passer à la caisse.

Il faut séparer la viande, la volaille, le poisson et les fruits de mer crus des autres aliments dans le chariot d'épicerie pour limiter les risques de contamination des aliments prêts à manger. Les différents types de viande doivent être emballés séparément dans les sacs de plastique transparents fournis sur les lieux de l'achat.

Si des sacs à provisions réutilisables sont utilisés pour transporter la nourriture, il est préférable de mettre les aliments crus dans un sac de plastique avant de les mettre dans le

sac réutilisable ainsi que de rassembler dans un même sac les aliments crus. Il est recommandé de nettoyer et assainir fréquemment les sacs à provisions réutilisables, surtout s'ils servent à transporter de la viande, de la volaille, du poisson et des fruits de mer crus ou s'ils sont souillés.

ENTREPOSAGE ET CONSERVATION DES ALIMENTS

Pour l'entreposage et la conservation des aliments :

- Emballer les denrées dès leur réception au service de garde ou à l'école et y 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 suivante : www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/publications/thermoguide.pdf.
- Réfrigérer ou congeler sans délai les aliments qui doivent l'être. Afin d'éviter la contamination directe, toujours entreposer les viandes crues en dessous des aliments prêts à manger.
- Garder la température du réfrigérateur à 4 °C au maximum et celle du congélateur à -18 °C. Un thermomètre doit être placé dans l'appareil (à l'endroit le plus chaud du réfrigérateur, par exemple à l'intérieur de la porte), et la température devrait être vérifiée régulièrement et consignée dans un registre.
- Ne pas laisser d'aliments altérables à la chaleur séjourner à plus de 4 °C. À cette température, les bactéries se développent rapidement.
- Ne pas congeler de nouveau les aliments après les avoir décongelés, sauf s'ils ont été cuits après la décongélation.
- Réfrigérer les fruits et légumes frais coupés prêts à servir entre 0 °C et 4 °C.
- Vérifier si l'aliment doit être réfrigéré après l'ouverture.

PRÉPARATION DES ALIMENTS

Les toxi-infections alimentaires sont presque toujours le résultat d'une méthode de préparation ou de conservation inappropriée. Même si la plupart des toxi-infections alimentaires sont bénignes et ne durent que quelques jours, leurs conséquences peuvent être plus graves, surtout chez les personnes vulnérables, telles que les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées et celles dont le système immunitaire est affaibli.

Pour décongeler un aliment, l'une ou l'autre des façons suivantes est sécuritaire :

- Mettre l'aliment au réfrigérateur.
- Utiliser le four à micro-ondes suivi d'une cuisson immédiate de l'aliment.
- Cuire l'aliment congelé directement au four traditionnel.
- Placer le contenant sous de l'eau potable en circulation continue en veillant à ce que l'aliment soit complètement submergé ou en changeant l'eau toutes les 30 minutes.

Il ne faut surtout pas décongeler les aliments sur le comptoir, car la température à la surface de l'aliment devient et demeure trop longtemps propice à la multiplication des micro-organismes pathogènes.

Ces autres mesures sont aussi à suivre lors de la préparation des aliments :

- Toujours faire mariner les aliments au réfrigérateur.
- Veiller à ne pas contaminer les aliments cuits ou prêts à manger 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 :
 - Jeter ceux qui sont altérés (odeur, couleur, texture);
 - Se laver les mains avant et après leur manipulation;
 - Les laver à l'eau potable avant de les manger, de les préparer ou de les couper. Laver et frotter les fruits et légumes à surface rugueuse comme le cantaloup à l'aide d'une brosse propre avant de les couper;
 - Retirer les parties meurtries ou endommagées et nettoyer ensuite le couteau pour éviter de contaminer le reste du fruit ou du légume.
- Vérifier avec un thermomètre la température interne des viandes lors de la cuisson. La cuisson sert, entre autres, à détruire les micro-organismes. Pour connaître les températures internes recommandées, voir la brochure du MAPAQ *Guide des bonnes pratiques d'hygiène et de salubrité alimentaires* :
www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Publications/Guidemanipulateur5.pdf.
- Refroidir les aliments le plus rapidement possible à 4 °C selon l'une ou l'autre de ces 2 méthodes :
 - Transférer la nourriture cuite dans de petits contenants à demi couvert et les mettre au réfrigérateur. Fermer les contenants lorsqu'ils sont bien refroidis;
 - Mettre le contenant ayant servi à la cuisson dans un bain d'eau froide ou glacée, puis remuer pour dissiper la chaleur et réfrigérer.
- Ne pas refroidir les aliments cuits à la température ambiante afin d'éviter les températures critiques (de 4 °C à 60 °C).
- S'il y a retard dans le service des aliments chauds, les garder au four afin qu'ils conservent une température de 60 °C et plus.

ALIMENTS À ÉVITER POUR LES ENFANTS

Les enfants doivent éviter les aliments qui représentent un risque d'infection. Par exemple, le miel est associé au botulisme (*Clostridium botulinum*) chez les enfants âgés de moins de 1 an.

Étant donné que leur système immunitaire n'est pas complètement développé, les enfants âgés de 5 ans et moins sont plus à risque de complications à la suite d'une intoxication alimentaire. D'autres personnes peuvent aussi être plus à risque, comme les personnes âgées, les femmes enceintes et les personnes dont le système immunitaire est affaibli.

Le tableau 6 présente la liste des aliments à éviter pour les enfants âgés de 5 ans et moins ainsi que des substituts. Même si les jeunes âgés de 6 ans et plus ne sont pas plus à risque de complications, il n'en demeure pas moins que toute personne peut faire une toxi-infection alimentaire à la suite de consommation d'aliments contaminés. C'est pourquoi, dans le cadre de leurs activités, les écoles ne devraient pas autoriser le service des aliments présentés dans le tableau 6.

Tableau 6 – Aliments à éviter pour les enfants âgés de 5 ans et moins

Choisir des substituts plus sûrs		
Type d'aliment	Aliments à éviter	Substituts plus sûrs
Produits laitiers	Lait cru ou non pasteurisé.	Lait pasteurisé.
Miel	Le miel, sous toutes ses formes, est dangereux pour les enfants de moins d'un an, car il peut causer le botulisme infantile.	Attendre que l'enfant soit âgé de plus d'un an.
Œufs et produits à base d'œufs	Œufs et produits à base d'œufs crus ou d'œufs cuits seulement un peu, y compris certaines vinaigrettes, les pâtes à biscuits, les pâtes à gâteau, les sauces et les breuvages (comme le lait de poule maison).	Plats à base d'œufs bien cuits à une température interne sécuritaire de 74 °C (165 °F). Les œufs doivent être cuits jusqu'à ce que le jaune soit solide. Le lait de poule maison doit être chauffé à 71 °C (160 °F). Conseil : Dans les recettes qui demandent des œufs crus, utilisez des substituts d'œufs pasteurisés.
Viande et volaille	Viande et volaille crue ou pas assez cuite comme le steak tartare.	Viande et volaille cuites à une température interne sécuritaire. (Consulter le tableau sur les <i>températures de cuisson internes</i> du <i>Guide sur la salubrité des aliments pour les enfants âgés de cinq ans et moins</i> disponible à l'adresse mentionnée sous ce tableau).
Fruits de mer	Huîtres, palourdes et moules crues. Fruits de mer crus comme le sushi.	Huîtres, palourdes et moules cuites jusqu'à ce que la coquille s'ouvre. Fruits de mer cuits à une température interne sécuritaire de 74 °C (165 °F).
Germes « pousses » de légume	Germes « pousses » cru(e)s comme les germes « pousses » de luzerne, de trèfle, de radis et les fèves germées.	Germes « pousses » bien cuit(e)s.
Jus de fruits	Jus de fruits non pasteurisés.	Jus de fruits non pasteurisés amenés à forte ébullition puis refroidis. Jus de fruits pasteurisés.

Source : CANADA, *Guide sur la salubrité des aliments pour les enfants âgés de cinq ans et moins*, [En ligne], publié en mars 2015. [<http://canadiensensante.gc.ca/eating-nutrition/healthy-eating-saine-alimentation/safety-salubrite/vulnerable-populations/children-under-5-moins-enfant-fra.php>] (Consulté le 7 décembre 2015).

Les recommandations contenues dans ce guide tiennent uniquement compte du risque infectieux relié aux aliments. Pour connaître les politiques alimentaires en vigueur dans les services de garde, consulter le Cadre de référence *Gazelle et Potiron* et la Politique-cadre *Pour un virage santé à l'école* pour le milieu scolaire.

MANIPULATION ET ENTREPOSAGE DES ALIMENTS À L'OCCASION D'UN PIQUE-NIQUE

RECOMMANDATIONS POUR DIMINUER LES RISQUES D'INTOXICATIONS ALIMENTAIRES

Certains micro-organismes, dont les virus et les bactéries, peuvent être introduits dans les aliments lors de la manipulation ou se développer lorsque la température de conservation est inadéquate. Ils peuvent provoquer des maux de ventre, de la diarrhée, des vomissements ou de la fièvre. Les bébés et les jeunes enfants dont le système immunitaire est affaibli sont plus vulnérables aux aliments contaminés.

Pour diminuer les risques d'intoxications alimentaires :

- Utiliser une glacière de très bonne qualité fermant hermétiquement. Idéalement, utiliser 2 glacières : 1 pour les boissons et collations, l'autre pour les aliments. Maintenir une température interne égale ou inférieure à 4 °C (40 °F) en tout temps afin d'éviter la croissance des germes. La remettre à l'ombre plutôt qu'en plein soleil et l'ouvrir seulement si nécessaire.
- Utiliser des sachets réfrigérants (*ice packs*) pour conserver les aliments. Si des cubes de glace sont employés, les placer dans un contenant hermétique.
- Placer les aliments périssables au fond et les sachets réfrigérants sur le dessus.
- Réfrigérer pendant quelques heures les sandwichs et aliments préparés avant de les placer dans la glacière. Sortir les aliments seulement au moment de les servir.
- Nettoyer l'intérieur et les plateaux de la glacière avant et après son utilisation afin d'éviter la multiplication des germes entre les utilisations.

Des ustensiles et une nappe propres sont aussi des outils essentiels. Enfin, le lavage des mains avant le repas demeure une mesure d'hygiène essentielle, même en pique-nique! Les SHA sont une bonne solution de rechange dans les endroits où il n'y a pas d'eau courante potable (pour la technique de lavage des mains à l'eau et au savon ou avec une SHA, voir la section [Hygiène des mains](#) dans le présent chapitre).

BOÎTES À LUNCH

Conservation des aliments

La boîte à lunch doit préférablement être rigide, isolante et facile à nettoyer.

Il faut s'assurer que les contenants utilisés pour les aliments sont conçus pour le four à micro-ondes. Il ne faut pas utiliser les contenants de yogourt, de margarine, etc.

Les aliments altérables à la chaleur sont des milieux propices à la croissance des micro-organismes. Ceux-ci doivent être maintenus à une certaine température pour prévenir les toxi-infections alimentaires.

La méthode de conservation pour les aliments froids est la suivante :

- Maintenir la température des aliments froids entre 0 °C et 4 °C.
- Utiliser une boîte à lunch isolante et mettre un sachet réfrigérant sur le dessus des aliments. Ce dernier conservera les aliments froids pour une période de 4 à 6 heures. Les jus congelés ne suffisent pas pour la conservation des aliments. Ils peuvent être utilisés en plus des sachets réfrigérants.
- Remiser la boîte à lunch loin des rayons du soleil ou d'une source de chaleur ou la ranger jusqu'à l'heure du midi dans le réfrigérateur, le cas échéant.

La méthode de conservation pour les aliments chauds est la suivante :

- Maintenir la température des aliments chauds à 60 °C ou plus.
- Utiliser une bouteille isolante (Thermos).
- La remplir d'eau bouillante avant de l'utiliser et la laisser reposer pendant 15 minutes.
- La vider et y mettre les aliments.

Cette méthode conservera les aliments chauds pendant environ 5 heures.

Entretien de la boîte à lunch

La boîte à lunch doit être nettoyée et assainie régulièrement ou dès qu'elle est souillée (voir la section [Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux](#) dans le présent chapitre). L'ajout de bicarbonate de soude (soda à pâte) dans l'eau permet d'éliminer toutes les odeurs.

Pour plus d'information concernant l'hygiène à la cuisine et l'hygiène des aliments et pour consulter les documents cités, communiquer avec le Sous-ministériat à la santé animale et à l'inspection des aliments.

Téléphone : 1 800 463-5023 option 3 Hygiène et salubrité

Courrier électronique : smsaia@mapaq.gouv.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].

ADMINISTRATION DU LAIT MATERNEL ET DES PRÉPARATIONS COMMERCIALES POUR NOURRISSONS



Le service de garde doit mettre en place un environnement favorable à l'allaitement et à l'administration sécuritaire du lait maternel et des préparations commerciales pour nourrissons.

Au regard de ses bénéfices, la Société canadienne de pédiatrie, Santé Canada et l'Organisation mondiale de la Santé recommandent l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie de l'enfant, suivi de l'allaitement avec des aliments complémentaires jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà.

En 2006, au Québec, 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 environnement social, notamment celui de leur milieu de travail et des services de garde. Ces derniers devraient :

- Offrir aux mères un endroit confortable où elles peuvent allaiter ou exprimer leur lait.
- Accepter de donner à l'enfant le lait que la mère a préalablement exprimé 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 ont fréquemment à nourrir un enfant avec un biberon ou un contenant de lait maternel.

Certains enfants allaités et les enfants non allaités reçoivent habituellement des préparations commerciales pour nourrissons enrichies de fer, jusqu'à l'âge de 9 à 12 mois.

MANIPULATION DU LAIT MATERNEL ET DES PRÉPARATIONS COMMERCIALES POUR NOURRISSONS

La manipulation du lait maternel ne comporte aucun risque pour le personnel des services de garde. Aucune précaution additionnelle aux pratiques de base n'est nécessaire, ni lorsqu'on donne le lait à l'enfant, ni lorsqu'on ramasse les dégâts. Le port de gants n'est pas requis sauf si la personne qui manipule le lait maternel a une lésion non couverte par un pansement imperméable sur les mains. Une quantité résiduelle de lait maternel dans un biberon peut être jetée dans le drain d'un évier.

Cependant, des précautions doivent être prises pour éviter de contaminer le lait maternel et les préparations commerciales pour nourrissons : le lavage des mains doit en précéder toute manipulation. De plus, une conservation et une méthode de réchauffement adéquates du lait et des préparations commerciales pour nourrissons peuvent aussi prévenir leur contamination.

Des précautions doivent également être prises pour éviter des erreurs de destinataires. Le lait maternel, lorsqu'il est donné par erreur à un enfant à qui il n'était pas destiné, représente un risque de transmission d'infection (voir la section [Situations particulières : Contacts avec le](#)

[sang et les liquides biologiques, Erreurs d'administration du lait maternel](#) du chapitre 5). De même, les enfants nourris avec des préparations commerciales pour nourrissons doivent recevoir la préparation qui leur est destinée, car il existe des préparations à base de lait de vache, de soya, d'acides aminés, des préparations de différentes valeurs caloriques ainsi que des préparations spécialisées, en fonction des besoins de l'enfant.

TRANSPORT DU LAIT MATERNEL ET DES PRÉPARATIONS COMMERCIALES POUR NOURRISSONS

Les biberons et les contenants de lait maternel et de préparations commerciales pour nourrissons doivent être transportés de la maison au service de garde dans une boîte à lunch isolante avec un sachet réfrigérant pour qu'ils restent frais.

Les parents doivent apporter quotidiennement au service de garde les biberons et les contenants déjà préparés et propres. Le nom de l'enfant doit être indiqué sur les biberons et les contenants. Afin d'éviter que les éducatrices aient à transvider le lait maternel ou les préparations commerciales pour nourrissons, il est suggéré d'utiliser des contenants anti-fuites tels qu'une tasse à bec ou à couvercle.

Les biberons et les contenants doivent être fermés solidement avec un couvercle étanche. La tétine d'un biberon n'est pas un couvercle adéquat parce que ce n'est pas assez étanche pour éviter la contamination.

Les biberons et les contenants doivent être réfrigérés dès leur arrivée. Ils peuvent être conservés au réfrigérateur avec les autres aliments.

CONSERVATION DU LAIT MATERNEL ET DES PRÉPARATIONS COMMERCIALES POUR NOURRISSONS

Pour une conservation optimale du lait maternel et des préparations commerciales pour nourrissons :

- Dès leur arrivée, conserver au réfrigérateur les biberons et les contenants de lait dans une boîte ou un autre contenant sur lequel est indiqué le nom de l'enfant.
- Nettoyer régulièrement cette boîte ou ce contenant, au moins chaque semaine.
- Rincer les biberons et les contenants après usage.
- Jeter le lait préalablement réchauffé (lait maternel exprimé ou préparations commerciales pour nourrissons) qui a été à la température ambiante pendant plus de 2 heures.
- Jeter les biberons et les contenants de lait sur lesquels aucun nom n'est indiqué.
- En fin de journée, remettre aux parents les biberons et les contenants de lait non utilisés, à condition que ceux-ci n'aient pas été en contact avec la bouche de l'enfant et qu'ils aient été conservés au réfrigérateur.

Pour plus d'informations sur la conservation du lait maternel et la préparation des biberons, consulter l'édition en cours de *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, disponible à l'adresse suivante : www.inspq.gc.ca/MieuxVivre/.

ÉTIQUETAGE

Chaque service de garde doit s'assurer que le nom de l'enfant est bien indiqué sur les biberons et les contenants. La date de l'expression du lait maternel ainsi que la date et l'heure de décongélation, le cas échéant, doivent être indiquées par les parents afin d'éviter les erreurs. La date de préparation du mélange de préparation commerciale pour nourrissons doit aussi être indiquée. L'étiquette doit demeurer en place et rester 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. Habituellement, 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 une odeur de savon. Cette odeur est normale et est due à l'activité de la lipase du lait maternel qui digère les graisses pendant l'entreposage. Malgré l'odeur et le changement de goût qui y est associé, le lait est habituellement bien accepté par l'enfant.

MÉTHODE POUR TIÉDIR LE LAIT MATERNEL ET LES PRÉPARATIONS COMMERCIALES POUR NOURRISSONS

Pour tiédir le lait maternel et les préparations commerciales pour nourrissons :

- Se laver les mains.
- Mettre le contenant de lait ou de préparation commerciale pour nourrissons réfrigéré dans un récipient d'eau chaude pendant quelques minutes, jusqu'à ce qu'il soit tiède. Éviter d'immerger le couvercle du biberon ou du contenant : l'eau servant à réchauffer le lait n'étant pas stérile, elle pourrait contaminer le lait maternel ou la préparation commerciale pour nourrissons en s'infiltrant par le couvercle. Secouer doucement.
- Pour réchauffer du lait maternel qui serait encore congelé, commencer par laisser couler de l'eau froide sur le contenant, puis, petit à petit, ajouter l'eau chaude courante jusqu'à ce qu'il soit tiède.
- Ne pas utiliser d'eau bouillante.

Il n'est pas recommandé d'utiliser un four à micro-ondes pour décongeler ou tiédir le lait maternel ou pour tiédir les préparations commerciales pour nourrissons. Le micro-ondes chauffe le lait de façon inégale, augmente les risques de brûlure, détruit les anticorps contenus dans le lait maternel et en altère les propriétés anti-infectieuses.

HYGIÈNE DES MAINS



GÉNÉRALITÉS

Le lavage des mains est le moyen le plus efficace de prévenir la transmission des infections. Cela est particulièrement vrai en service de garde et en milieu scolaire, où les personnes sont en contact étroit et où les objets sont partagés, par exemple les jouets. 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.

Les ongles longs, les faux ongles, le vernis écaillé ou les bagues favorisent la contamination des mains et rendent plus difficile un bon lavage des mains. De plus, les ongles longs peuvent plus facilement percer les gants.

QUAND DOIT-ON SE LAVER LES MAINS?

En service de garde ou en milieu scolaire, les mains doivent être lavées dans les situations suivantes :

1. En arrivant au service de garde ou à l'école et en quittant les lieux.
2. Avant de manger ou de boire et avant d'aider un enfant à manger ou à boire.
3. Avant et après la manipulation des aliments.
4. Après chaque changement de couche.
5. Après être allé aux toilettes ou après avoir aidé un enfant à y aller.
6. Après avoir touché un objet ou une surface sale.
7. Après avoir joué à l'extérieur.
8. Après avoir utilisé un papier mouchoir ou après avoir toussé ou éternué.
9. Avant et après le brossage des dents ainsi qu'avant d'aider un enfant à se brosser les dents.
10. Avant et après un changement de pansement.
11. Avant la préparation et l'administration d'un médicament (crème, gouttes, etc.).
12. Avant et après la prise de température.
13. Après avoir été en contact avec un liquide biologique (sang, sécrétions, excréments).
14. Après le retrait des gants.
15. Avant et après les jeux à la table d'eau ou les activités avec la gouache ou la pâte à modeler.
16. Avant de jouer d'un instrument de musique.

17. Avant de manipuler un produit cosmétique et avant de maquiller chaque enfant.
18. Après avoir été en présence d'animaux.
19. Après avoir fumé.
20. Lorsque les mains sont visiblement souillées.
21. Chaque fois qu'on le juge nécessaire.

Pour les manipulateurs d'aliments, voir la section [Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments](#) dans le présent chapitre.

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. Le pain de savon est à éviter, car il se contamine rapidement. Il n'est pas recommandé d'utiliser un savon antimicrobien en service de garde ou en milieu scolaire.

En l'absence d'eau et de savon, une SHA peut être utilisée. Les SHA les plus efficaces contiennent plus de 60 % d'alcool. La solution est combinée avec des agents émoullissants pour éviter l'assèchement de la peau. Les SHA se présentent sous forme de gel, de liquide ou de mousse. Elles sont très efficaces contre la majorité des microbes. De plus, elles agissent rapidement : dès que les mains sont sèches, elles sont désinfectées. Toutefois, les SHA sont moins efficaces si les mains sont visiblement souillées ou mouillées. Par ailleurs, les SHA doivent être gardées hors de la portée des jeunes enfants, et les jeunes enfants doivent les utiliser sous supervision.

LAVAGE DES MAINS À L'EAU ET AU SAVON

Pour le lavage des mains à l'eau et au savon :

- Si une plate-forme est utilisée, elle devrait être munie d'une surface antidérapante.
- Le robinet doit fournir un écoulement d'au moins 30 secondes sans être réactivé.
- Un savon doit se trouver à proximité.
- Des serviettes de papier à usage unique ou des serviettes personnalisées doivent se trouver à proximité.

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. Mettre du savon et savonner vigoureusement toutes les surfaces des mains et des poignets pendant 15 à 30 secondes (ne pas oublier les espaces interdigitaux, le bout des doigts, les ongles et les pouces).



4. Rincer abondamment à l'eau.



5. Sécher les mains avec des serviettes de papier ou une serviette personnalisée.



6. Fermer le robinet avec les serviettes de papier ou la serviette personnalisée.



Illustrations tirées de COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC, *Ouste les microbes! La mousse à la rescousse.*, [En ligne], ministère de la Famille et des Aînés, 2007, www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/MFA-Affiche_Mains.pdf (Consulté le 15 septembre 2014).

COMBIEN DE TEMPS DURE LE LAVAGE DES MAINS?

Le lavage des mains doit durer au moins 15 à 30 secondes. Si la peau et les ongles sont visiblement souillés, on doit prolonger la durée du frottage, et ce, jusqu'à ce que les mains soient propres.

On peut guider les enfants sur la durée habituelle du lavage des mains en leur faisant chanter une courte chanson (ex. : *Bonne fête*).

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

On suggère des serviettes de papier pour s'essuyer les mains. Celles-ci ont une double fonction, car elles sont aussi utilisées pour fermer le robinet afin d'éviter que les mains propres soient contaminées.

La serviette commune en tissu est à éviter, car elle peut devenir une source de contamination. Si la serviette en tissu est utilisée, elle doit être personnalisée à chaque enfant.

SITUATIONS PARTICULIÈRES

Comment laver les mains d'un enfant à l'eau et au savon avec une débarbouillette?

1. Laver les mains de l'enfant avec une débarbouillette à usage unique imbibée d'eau tiède et de savon.
2. Rincer avec une autre débarbouillette à usage unique imbibée d'eau tiède.
3. Sécher les mains 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. Lorsque le contenant de lotion est vide, il ne doit pas être rempli, mais jeté afin d'éviter la contamination de la lotion.

LAVAGE DES MAINS SANS EAU

Le lavage des mains à l'eau et au savon demeure le meilleur moyen de se laver les mains. Toutefois, en l'absence d'eau et de savon, une SHA peut être utilisée dans les circonstances où le lavage des mains à l'eau et au savon n'est pas nécessaire. La SHA peut par exemple être utilisée quand les enfants entrent dans la classe. Le lavage des mains sans eau n'assèche pas plus la peau que le lavage avec eau.

Toutefois, le lavage des mains avec eau est nécessaire dans les circonstances suivantes :

- Lorsque les mains sont visiblement souillées.
- Après être allé aux toilettes.
- Après avoir changé la couche d'un enfant.
- Après avoir aidé un enfant à aller aux toilettes.

COMMENT SE LAVER LES MAINS SANS EAU?

Il faut utiliser la même technique et faire les mêmes mouvements que lors du lavage des mains avec de l'eau et du savon :

1. Déposer au creux de la main une quantité suffisante de SHA pour enduire toutes les surfaces des mains et des poignets. Habituellement, un coup de pompe suffit. Utiliser moins de produit si celui-ci est destiné à l'usage d'un enfant.
2. 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).
3. Continuer de frotter jusqu'à ce que les mains soient sèches sans utiliser de serviette de papier.

Les SHA ne doivent pas être utilisées si les mains sont visiblement souillées ou mouillées parce qu'elles 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. Cependant, ce nettoyage doit être suivi de l'utilisation d'une SHA.

QUELLES PRÉCAUTIONS PRENDRE?

En service de garde ou en milieu scolaire, l'utilisation de SHA peut représenter des risques de blessures associées à l'ingestion ou aux éclaboussures du produit. Les règles d'utilisation suivantes sont recommandées :

- Les SHA doivent être dans un endroit sous surveillance sans pour autant être gardées 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 d'un plateau antigouttes.
- Seules les SHA à base d'alcool éthylique sont recommandées.
- Les SHA doivent être gardées hors de la portée des jeunes enfants, et les jeunes enfants doivent les utiliser sous supervision.

HYGIÈNE RESPIRATOIRE



L'hygiène respiratoire est un ensemble de gestes à faire pour limiter la dispersion des micro-organismes à l'occasion d'éternuement, de toux ou de mouchage. Elle consiste à :

1. Contenir les sécrétions (empêcher les sécrétions du nez et de la bouche de se disperser dans l'environnement).
2. Utiliser la bonne technique de mouchage.
3. Se laver les mains.

Pour contenir les sécrétions :

- Avoir des papiers mouchoirs à portée de main.
- Se couvrir le nez et la bouche avec un papier mouchoir à l'occasion de toux ou d'éternuement.
- Jeter le papier mouchoir à la poubelle.
- En l'absence d'un papier mouchoir, tousser ou éternuer dans le pli du coude ou le haut du bras.
- Ne pas se couvrir le nez et la bouche avec les mains afin d'éviter la contamination de ces dernières.
- Se laver les mains à l'eau et au savon ou avec une SHA.

Pour utiliser la bonne technique de mouchage :

- Utiliser suffisamment de papiers mouchoirs pour éviter que les doigts 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 papiers mouchoirs à la poubelle. Celle-ci devrait être munie d'un sac de plastique et d'un couvercle qui s'ouvre sans les mains (actionné par une pédale).
- Se laver les mains à l'eau et au savon ou avec une SHA.

Pour moucher un enfant :

- Utiliser suffisamment de papiers mouchoirs pour éviter que les doigts touchent aux sécrétions.
- Demander à l'enfant de souffler doucement. Essuyer une narine à la fois.
- Jeter immédiatement les papiers mouchoirs à la poubelle. Celle-ci devrait être munie d'un sac de plastique et d'un couvercle qui s'ouvre sans les mains (actionné par une pédale).
- Se laver les mains à l'eau et au savon ou avec une SHA.

Pour aider un enfant à se moucher :

- S'assurer qu'il tient bien le papier mouchoir pour éviter que ses doigts touchent aux sécrétions.
- Tenir un mouchoir en même temps que l'enfant en lui montrant la façon de faire.
- Lui demander de 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. Au besoin, l'aider à tenir le mouchoir pour éviter la dispersion des sécrétions.
- Jeter immédiatement les papiers mouchoirs à la poubelle. Celle-ci devrait être munie d'un sac de plastique et d'un couvercle qui s'ouvre sans les mains (actionné par une pédale).
- Se laver les mains à l'eau et au savon ou avec une SHA.

Pour la technique de lavage des mains à l'eau et au savon ou avec une SHA, voir la section [Hygiène des mains](#) dans le présent chapitre.

Il existe des outils pour rappeler à tous l'hygiène respiratoire, voir [l'annexe 2](#).

PORT DE GANTS



Les pratiques de base en service de garde et en milieu scolaire comprennent aussi le port de gants.

Il existe 2 types de gants :

- Les gants jetables.
- Les gants réutilisables.

GANTS RÉUTILISABLES

Les gants réutilisables, ou gants de caoutchouc, doivent être utilisés pour l'exécution des travaux ménagers ou pour nettoyer et désinfecter les surfaces souillées de sang ou d'autres liquides biologiques s'il y a présence de verre brisé ou d'autres objets coupants. Après chaque utilisation, l'intérieur et l'extérieur des gants doivent être nettoyés à l'eau et au savon, puis trempés dans une solution d'eau de Javel à une concentration de 1:100 au moins 2 minutes. Il faut par la suite laisser sécher les gants à l'envers pour éliminer l'humidité résiduelle, car celle-ci favorise la prolifération des agents infectieux à l'intérieur des gants. Il faut également se laver les mains après le nettoyage et la désinfection des gants (pour la technique de lavage des mains, voir la section [Hygiène des mains](#) dans le présent chapitre).

GANTS JETABLES

Dans les services de garde et les écoles, le port de gants jetables est justifié dans les situations suivantes :

- Lors de risque de contact avec le sang ou autres liquides biologiques contenant du sang.
- Lors de contact avec la salive et la cavité buccale d'un enfant.
- Lors des changements de couche, si :
 - La personne qui change la couche a des lésions cutanées sur les mains;
 - L'enfant a de la diarrhée;
 - L'enfant a du sang dans les selles.

Pour le port de gants pour les manipulateurs d'aliments, voir la section [Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments](#) dans le présent chapitre.

La recommandation de porter des gants ne doit pas retarder les soins à donner à l'enfant.

Il n'est pas nécessaire de porter des gants :

- Habituellement lors des changements de couche (voir ci-haut pour les indications).
- Lors de la manipulation du lait maternel, sauf si la personne qui manipule le lait maternel a une lésion non couverte par un pansement imperméable sur les mains.
- Lorsqu'on aide un enfant à se moucher.

Lorsqu'ils sont adéquatement utilisés, les gants sont efficaces pour :

- Diminuer les risques de contamination des mains par le sang et les autres liquides biologiques.
- Diminuer la contamination de l'environnement et, par le fait même, la transmission des infections.

Toutefois, les gants n'offrent pas de protection absolue. La contamination peut survenir, car la plupart des gants ont des défauts. De plus, la contamination survient fréquemment lors du retrait des gants et lorsque les gants sont portés de façon prolongée sans être enlevés et sans lavage des mains adéquat. Le port de gants ne remplace pas le lavage des mains.

Il faut se laver les mains avec ou sans eau (voir la section [Hygiène des mains](#) dans le présent chapitre) :

- Avant de mettre les gants si le lavage des mains est nécessaire pour la tâche que l'on se prépare à accomplir (par exemple, nettoyer et panser une plaie cutanée qui saigne).
- En tout temps après le retrait des gants.

Il ne faut jamais se laver les mains pendant que l'on porte des gants. Si le lavage des mains est indiqué, il faut retirer les gants, se laver les mains et mettre de nouveaux gants.

La façon d'enfiler et de retirer les gants est très importante (voir [l'annexe 5](#)). Porter des gants peut donner un sentiment de sécurité qui nuit à l'application des recommandations du lavage des mains, et si les gants sont portés alors qu'ils ne sont pas nécessaires, ils deviennent un gaspillage de ressources.

Concernant les gants jetables :

- Les gants non stériles jetables sont fabriqués en nitrile, en latex ou en vinyle.
- Les gants poudrés en latex ont été associés à des allergies au latex. Aussi, certaines SHA peuvent interagir avec la poudre présente sur les gants. C'est pourquoi il peut être préférable de choisir des gants sans latex ni poudre.
- Les gants de vinyle ont plus souvent des défauts que les gants de latex ou de nitrile.
- L'utilisation de lotion ou de crème à base de pétrole peut abîmer les gants en latex.
- Il faut bien se sécher les mains après l'utilisation d'une SHA pour diminuer les risques de perforation.

QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR



La qualité de l'air intérieur influence la santé et le bien-être. Les sources de pollution de l'air intérieur responsables d'effets sur la santé sont les agents physiques (ex. : poussière, radon, amiante), chimiques (ex. : monoxyde de carbone, formaldéhyde et autres composés organiques volatils) ou biologiques (ex. : moisissures, acariens, bactéries, virus). En milieu scolaire et en service de garde, les sources de pollution d'origine biologique demeurent les plus préoccupantes en termes de risques pour la santé.

Les facteurs environnementaux influençant la qualité de l'air intérieur des édifices sont multiples : ventilation insuffisante, chauffage excessif, taux d'humidité relative élevé ou trop faible, infiltration ou dégât d'eau, entretien ménager inadéquat, etc. Une mauvaise qualité de l'air, résultant notamment d'une mauvaise ventilation ou d'un problème d'humidité excessive, peut augmenter les risques de problèmes respiratoires, comme les rhinosinusites, les infections respiratoires et l'exacerbation de l'asthme. D'autres symptômes non spécifiques tels que maux de tête, fatigue, somnolence, difficultés de concentration ou étourdissements sont également rapportés. Les occupants et leurs types d'activités (ex. : rénovation, laboratoire, arts plastiques, etc.) peuvent également représenter des facteurs qui influent sur la qualité de l'air.

Afin d'assurer la qualité de vie et le confort des personnes présentes dans les établissements scolaires et les services de garde, il importe :

- De mettre en place un programme d'entretien préventif du bâtiment.
- De s'assurer de la réalisation des travaux d'entretien.
- D'inspecter périodiquement l'intégrité des composantes structurales et des systèmes mécaniques.
- De déterminer les principaux facteurs de risques de dégradation de la qualité de l'air intérieur.
- De s'assurer d'une ventilation adéquate et suffisante pour les occupants.
- De veiller à ce que la température ambiante soit constante (entre 20 et 25 °C).
- De mettre en place un programme d'entretien ménager adéquat.

Diverses organisations ont produit des guides, des lignes directrices et d'autres types de documents pour orienter les responsables des établissements scolaires et des services de garde vers une gestion adéquate de la qualité de l'air de leurs locaux ou établissements. Par exemple, le MELS a produit les documents suivants :

- *La qualité de l'air dans les établissements scolaires* :
www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/reseau/financement/qualite_air_refere_nce_s.pdf
- *Gestion de la prolifération des moisissures en milieu scolaire* :
http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/reseau/infrastructures/Guide_moisissures.pdf

Lorsqu'on observe des problèmes de santé associés à la qualité de l'air en service de garde, il faut en rechercher les causes et trouver des solutions permanentes. Les parents des enfants qui présentent des symptômes doivent être invités à consulter un médecin. Les services de garde peuvent également appeler Info-Santé et, si les solutions proposées sont inefficaces, signaler la situation à la DSP (équipe santé environnementale) afin d'obtenir du soutien pour orienter leurs recherches évaluatives et trouver des solutions. Les services de garde en milieu familial, quant à eux, peuvent demander au bureau coordonnateur de les aider à trouver des solutions.

Pour les établissements scolaires, les commissions scolaires doivent signaler à la DSP (équipe santé environnementale) les situations où ils ont des motifs de croire qu'il existe une menace à la santé des personnes qui fréquentent ces endroits. Le MELS n'a généralement pas à intervenir à cet égard. Cependant, les commissions scolaires doivent déclarer au MELS les situations exceptionnelles lorsque le premier plan d'intervention visant à corriger une situation nuisant à la santé des personnes n'a pas donné les résultats prévus.

SENSIBILITÉ DES ENFANTS À LA QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR

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. Par rapport à leur poids et leur taille, le volume des poumons des enfants est approximativement 2 fois plus grand que celui des adultes. 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 parce que celles-ci, en raison de la gravité, sont plus abondantes au sol.

La ventilation d'un établissement scolaire ou d'un service de garde a une influence directe sur la qualité de l'air intérieur de l'édifice ainsi que sur la santé et le bien-être des occupants. Il faut s'assurer que la ventilation, qu'elle soit naturelle ou mécanique, est régulière et que le volume d'air est suffisant pour le nombre d'occupants.

ENTRETIEN DES SYSTÈMES DE VENTILATION MÉCANIQUE

Comme chaque système de ventilation mécanique possède ses particularités, il n'y a pas de règle universelle pour la fréquence d'entretien du système. Les équipements de purification de l'air, les humidificateurs, les déshumidificateurs, les appareils de climatisation, les prises d'air extérieur, les conduits de ventilation, les filtres, les volets d'admission d'air frais, etc., doivent faire l'objet d'une inspection et d'un entretien préventif. De l'information sur l'entretien est donnée dans les documents suivants :

— *La qualité de l'air dans les établissements scolaires :*

www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/reseau/financement/qualite_air_refere_nce_s.pdf

— *Guide de la qualité de l'air intérieur dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux :*

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-610-05W.pdf>

MAINTIEN DE LA VENTILATION NATURELLE

Au Québec, la grande majorité des écoles et services de garde n’ont pas de système de ventilation mécanique. La ventilation de l’édifice se fait donc principalement par les événements et par l’ouverture des fenêtres et des portes. Les conseils suivants peuvent favoriser la ventilation des édifices non pourvus de ventilation mécanique :

- Faire connaître au personnel les avantages d’ouvrir les portes et les fenêtres (tant intérieures qu’extérieures) pour assurer une ventilation efficace de l’édifice, et ce, en respectant le contexte d’efficacité énergétique.
- Profiter des périodes de pause entre les cours ou durant les dîners ou les sorties à l’extérieur pour ouvrir quelques instants les fenêtres et les portes des locaux non occupés.
- En période chaude, privilégier l’ouverture des fenêtres lorsque la température extérieure est inférieure à la température intérieure (la nuit ou le matin).

CONTRÔLE DES MOISSURES

Les moisissures sont des champignons microscopiques produisant des spores et autres particules pouvant, pour la plupart, être transportées par l’air. Les moisissures posent problème lorsqu’elles se développent à l’intérieur des habitations. Elles sont de diverses couleurs et dégagent souvent une odeur de moisi ou de terre. Comme elles ont besoin de nutriments et d’humidité pour se développer, la présence de sources d’eau (fuite de plomberie, infiltration d’eau, inondation, humidité excessive) est souvent la cause la plus importante de leur prolifération. Une ventilation insuffisante peut également accroître le taux d’humidité dans un édifice.

RISQUES POUR LA SANTÉ LIÉS À LA PRÉSENCE DE MOISSURES À L’INTÉRIEUR

Les effets des moisissures sur la santé sont liés entre autres à l’importance et à la durée de l’exposition, au type de moisissures et à la vulnérabilité des personnes exposées. Ainsi, les personnes qui souffrent d’allergies, d’asthme ou de maladies respiratoires et les très jeunes enfants, dont le système immunitaire est en développement, peuvent être plus sensibles aux moisissures. Les effets fréquemment observés sont l’irritation des yeux, du nez ou de la gorge (symptômes s’apparentant à des rhumes à répétition) et les effets allergiques (rhinite, exacerbation des symptômes d’asthme allergique). La présence de ces symptômes ne signifie toutefois pas nécessairement qu’ils sont causés par les moisissures. En cas de plaintes relatives à ce type de symptômes, il ne faut pas ignorer le problème et il importe d’entreprendre des démarches d’évaluation afin de déterminer la cause du problème et, au besoin, d’apporter les corrections nécessaires. On peut consulter Info-Santé 8-1-1 et la DSP (équipe santé environnementale).

MESURES À PRENDRE EN PRÉSENCE DE MOISSURES

Les moisissures qu'on trouve en petites quantités sur le pourtour des fenêtres ne sont pas considérées comme problématiques, et la situation peut être facilement corrigée par un simple entretien ménager. En cas de problèmes plus importants, des mesures correctives doivent être prises afin d'éliminer la contamination. Ainsi :

- Les endroits peu contaminés peuvent être nettoyés par le personnel d'entretien habituel. Les surfaces atteintes devraient être nettoyées à l'aide d'une solution nettoyante. Un produit de nettoyage domestique est généralement adéquat pour les matériaux non poreux. Il est recommandé de porter des gants, des lunettes de sécurité et un masque au cours du nettoyage. Lorsque la surface contaminée est grande (plus de 1 m²), il faut consulter un expert ou une entreprise spécialisée (voir le site suivant pour le choix d'un spécialiste : www.habitation.gouv.qc.ca/qualite_air/section3_4.html). Les matériaux poreux qui ont été en contact avec les moisissures devraient être jetés, tels que matelas, meubles rembourrés, plaques de plâtre.
- Les bébés et les personnes qui souffrent d'allergies ou de problèmes respiratoires ne devraient pas se trouver dans la pièce où se fait le nettoyage ou à proximité du lieu de nettoyage.
- Les personnes immunosupprimées ne devraient pas fréquenter le lieu jusqu'à quelques jours après la fin de la décontamination.

Pour éviter la formation de moisissures :

- Éliminer la cause de la présence d'eau (infiltration, dégât d'eau, humidité excessive).
- Essuyer et sécher les matériaux ayant subi un dégât d'eau le plus rapidement possible (dans les 24 à 48 heures).
- Éviter les conditions d'humidité excessive. Maintenir l'humidité relative à environ 30 à 35 % en hiver et à environ 50 % en été.
- Tenir compte de la superficie à ventiler et de la densité d'occupants pour régler la ventilation, naturelle ou mécanique. Il peut être approprié d'installer un système d'échangeur d'air pour contrôler l'humidité et favoriser un apport d'air frais adéquat.

On ne recommande généralement pas d'analyses d'air pour confirmer la présence de moisissures. Leur détection visuelle suffit généralement pour la mise en place de mesures correctives. L'analyse d'air pourrait néanmoins être utile dans certaines situations, par exemple lorsque des situations sont controversées ou lorsque les sources n'ont pas été localisées et qu'il y a présence de problèmes de santé associés à l'exposition aux moisissures. Des moisissures non visibles peuvent en effet se développer à l'intérieur des murs ou d'autres structures d'un bâtiment à la suite d'une infiltration d'eau, et il pourrait être indiqué d'en soupçonner la présence. La DSP peut être consultée.

NETTOYAGE DES HUMIDIFICATEURS PORTATIFS

Un taux d'humidité trop bas peut provoquer l'irritation des muqueuses et favoriser la survie de certains virus (virus de l'influenza, rotavirus). Un taux d'humidité élevé peut entraîner la formation de moisissures et favoriser la survie d'autres agents microbiens.

Dans certains milieux, on peut utiliser des humidificateurs portatifs pour maintenir un taux d'humidité adéquat. Par contre, s'ils ne sont pas nettoyés régulièrement, ces appareils pourraient contribuer à aggraver certains problèmes de santé comme les difficultés respiratoires, les allergies et l'asthme. Leur utilisation doit donc être conditionnelle au respect d'un programme d'entretien rigoureux. Il existe 3 types d'humidificateurs portatifs :

- Les vaporisateurs.
- Les humidificateurs à ultrasons.
- Les humidificateurs à vapeur.

Lorsqu'on les utilise selon les instructions du fabricant, il est peu probable que ces appareils causent des problèmes de santé aux occupants.

L'eau qui reste dans le réservoir d'un humidificateur portatif entre 2 utilisations est un excellent milieu de croissance pour certains micro-organismes. Ainsi, des bactéries telles que *Pseudomonas*, des champignons et leurs spores peuvent proliférer dans ce milieu et être par la suite dispersés dans l'environnement lorsque l'appareil sera mis en marche.

Pour diminuer les risques pour la santé associés à l'utilisation d'un humidificateur portatif :

- Remplir le réservoir juste avant de le mettre en marche. Utiliser de l'eau potable pour remplir le réservoir.
- Nettoyer régulièrement l'humidificateur selon les instructions du fabricant; ces dernières peuvent varier d'un type d'appareil à l'autre.
- Vider l'eau résiduelle du réservoir et le sécher après chaque utilisation.
- Nettoyer et remplir le réservoir uniquement lorsque l'appareil est utilisé de nouveau.
- Nettoyer ou remplacer les filtres, s'il y a lieu, selon les recommandations du fabricant.
- Mesurer le taux d'humidité à l'intérieur du bâtiment à l'aide d'un hygromètre afin de le maintenir à environ 50 % en été et à environ 30 à 35 % en hiver pour ainsi prévenir la croissance des moisissures.
- Avant de ranger l'appareil pour une longue période, laver le réservoir selon les instructions du fabricant.

QUALITÉ DE L'EAU



EAU POTABLE

L'eau potable dans les services de garde et les écoles doit toujours être d'excellente qualité.

ÉTABLISSEMENTS ALIMENTÉS PAR UN RÉSEAU D'AQUEDUC

Habituellement, l'eau des services de garde et des écoles provient d'un réseau d'aqueduc municipal ou, plus rarement, d'un réseau d'aqueduc privé. Dès qu'un réseau de distribution alimente en eau potable plus de 20 personnes, le responsable de ce réseau doit se conformer aux exigences de suivi du Règlement sur la qualité de l'eau potable. Il doit s'assurer de la qualité de l'eau distribuée par des analyses régulières. La fréquence du suivi et les paramètres à analyser sont précisés dans le Règlement (voir le site du ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques [MDDELCC] : www.mdDELCC.gouv.qc.ca/eau/potable/brochure/). En cas de contamination de l'eau pouvant affecter la santé, les responsables des réseaux doivent aviser les services de garde et les écoles alimentés des mesures à prendre pour protéger leur clientèle, en attendant le retour à la conformité de l'eau distribuée.

ÉTABLISSEMENTS AYANT LEURS PROPRES INSTALLATIONS D'EAU POTABLE

En milieu rural, il arrive que des services de garde ou des écoles possèdent leurs propres installations d'eau potable. Si ces installations alimentent plus de 20 personnes, les responsables doivent également se conformer aux exigences du Règlement sur la qualité de l'eau potable.

RÉSEaux DE DISTRIBUTION NON ASSUJETTIS AU SUIVI RÉGLEMENTAIRE

Si le réseau de distribution alimente 20 personnes et moins, le suivi de la qualité de l'eau n'est pas obligatoire. Cependant, le responsable du réseau a quand même l'obligation de distribuer en tout temps une eau répondant aux normes de qualité du Règlement.

Pour ce faire, il est recommandé que le responsable du réseau :

- Réalise minimalement 2 analyses par année pour vérifier la qualité microbiologique (*Escherichia coli*, entérocoques et coliformes totaux).
- Effectue préférentiellement les prélèvements d'eau en périodes plus critiques, soit au printemps (lors de la fonte des neiges), à l'automne (après de fortes pluies) ou après une longue période sans précipitations. Des analyses sont également souhaitables en cas de modification inhabituelle de l'aspect de l'eau.
- Effectue l'analyse des substances inorganiques (ex. : nitrates, plomb, fluorures, arsenic) indiquées dans le Règlement sur la qualité de l'eau potable. La fréquence d'analyse peut

- varier selon divers facteurs tels que les conditions hydrogéologiques, l'ampleur de la concentration trouvée, la présence de sources d'origine naturelle ou humaine, etc.

MESURES À PRENDRE EN CAS DE CONTAMINATION FÉCALE DE L'EAU

Les principaux risques pour la santé demeurent d'ordre microbiologique. Virus, bactéries, protozoaires peuvent contaminer l'eau lorsque les installations de distribution sont inadéquates ou lorsqu'il y a bris des unités de traitement. Si ces situations se produisent, l'ingestion de l'eau pourrait causer des gastroentérites.

Si les analyses révèlent la présence d'un indicateur de contamination fécale (*E. coli*, coliformes fécaux), le responsable du réseau touché a l'obligation de diffuser sans délai un avis d'ébullition. Comme l'ébullition de l'eau est souvent impraticable en service de garde ou à l'école, dès réception de cet avis, le responsable doit :

- Placer une affiche à chaque endroit où l'eau est disponible en indiquant que celle-ci est impropre à la consommation.
- Couper l'eau des fontaines.
- S'assurer de la disponibilité de l'eau embouteillée pour la consommation et pour le brossage des dents.

La clientèle peut continuer à utiliser l'eau du robinet pour le lavage des mains à la condition d'utiliser du savon et de se sécher les mains immédiatement après.

Des directives particulières s'appliquent s'il y a un service alimentaire dans le service de garde ou l'école : préparation des aliments, nettoyage du matériel, utilisation des machines à glace, à jus, à café, lavage des mains pour le personnel, etc. Ces directives sont présentées dans la brochure du MAPAQ disponible à l'adresse suivante :

http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Publications/ebullition_d_eau.pdf.

Pour toute précision au regard de la qualité de l'eau, le responsable du réseau de distribution d'eau potable peut prendre contact avec sa direction régionale du MDDELCC ou sa DSP. En cas d'éclosion de gastroentérites possiblement associées à une mauvaise qualité de l'eau du robinet, la situation doit être signalée à la DSP.

Les documents suivants peuvent également être consultés :

- *L'avis de faire bouillir l'eau* :
www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-281-01F.pdf.
- *La qualité de l'eau dans les services de garde* :
www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/SF_qualite_eau_serv_garde.pdf.

REFROIDISSEURS D'EAU

Les refroidisseurs d'eau, ou fontaines réfrigérantes, doivent faire l'objet d'un entretien périodique et minutieux. La fréquence d'entretien recommandée de l'appareil sera principalement fonction de son utilisation et de la fréquence à laquelle l'eau est consommée. Un entretien minimal est recommandé tous les 2 mois de façon à maintenir un niveau raisonnable de propreté et de salubrité permettant ainsi l'élimination des dépôts, des poussières et des micro-organismes inévitables au cours de l'utilisation. L'entretien des refroidisseurs d'eau devrait être effectué par des employés qui accompliront cette tâche dans le cadre de leur pratique courante. La date de l'entretien devrait être consignée dans un registre.

Pour l'entretien du refroidisseur d'eau, il faut toujours se référer au manuel d'entretien du fabricant. La procédure suivante est adaptée d'un document de Santé Canada¹ :

1. Débrancher l'appareil.
2. Enlever la bouteille vide et vidanger l'eau contenue dans le réservoir par les robinets.
3. Préparer une solution assainissante en ajoutant 15 ml (1 cuillerée à table) d'eau de Javel à 4,5 litres d'eau. D'autres solutions désinfectantes peuvent convenir; vérifier auprès du fournisseur de refroidisseur d'eau.
4. Verser la solution désinfectante dans le réservoir et laver le réservoir avec cette solution et une brosse propre.
5. Laisser reposer entre 2 et 5 minutes (pas plus longtemps pour éviter la corrosion des pièces de l'appareil).
6. Vidanger la solution désinfectante par le robinet d'eau froide; ne pas utiliser le robinet d'eau chaude pour cette vidange.
7. Rincer le réservoir à fond avec de l'eau du robinet propre et vidanger l'eau par les robinets pour éliminer toute trace de solution désinfectante.
8. Placer une nouvelle bouteille d'eau sur l'appareil.
9. Brancher l'appareil.
10. Inscrire dans le registre la date du prochain entretien.

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

1. Se laver les mains avec de l'eau et du savon avant de procéder au remplacement de la bouteille.
2. 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.
3. Manipuler la bouteille avec précaution pour éviter de propager des microbes dans l'eau du refroidisseur.

¹ SANTÉ CANADA, « Comment devrait-on nettoyer la fontaine réfrigérante? », *Foire aux questions sur l'eau embouteillée*, [En ligne], modifié le 5 décembre 2013. [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/facts-faits/faqs_bottle_water-eau_embouteillee-fra.php] (Consulté le 10 octobre 2014).

Tous les jours, l'extérieur des robinets et toutes les autres parties du refroidisseur touchées par les mains (ex. : poignées) devraient être nettoyés et assainis.

Pour le nettoyage et l'assainissement, voir, dans le présent chapitre, la section [Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux](#). Pour le lavage des mains, voir la section [Hygiène des mains](#).

BAIGNADE

BIENFAITS DE LA BAIGNADE

Que ce soit en milieu naturel, en piscine ou pataugeoire, la baignade est une activité des plus bienfaites, tant sur le plan du bien-être que de celui de l'activité physique. Cette activité doit être encouragée auprès des jeunes, pourvu qu'elle soit pratiquée dans un environnement adéquat et sécuritaire.

RISQUES LIÉS À LA BAIGNADE

Risque de noyade

Le risque le plus important est sans contredit la noyade.

Les mesures de sécurité lors de la baignade sont les suivantes :

- S'assurer d'une surveillance étroite et constante des baigneurs.
- Privilégier les sites où il y a la présence d'un sauveteur.
- S'assurer que les baigneurs comprennent bien les règles de sécurité et les respectent.

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 ou les eaux de fosses septiques, la présence d'animaux ou l'affluence des baigneurs, l'eau est le plus souvent contaminée par des matières fécales. En piscine ou en bassin artificiel, la contamination peut être liée à un fonctionnement inadéquat du système de traitement de l'eau, mais elle vient surtout des baigneurs eux-mêmes et est habituellement le résultat d'une mauvaise hygiène des baigneurs 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 sur les lieux de baignade, dont le molluscipoxvirus, qui est responsable du *Molluscum contagiosum* au cours d'échange d'objets contaminés (serviette, ceinture de flottaison), le papillomavirus, qui cause des verrues, ou le champignon *Trichophyton*, responsable du pied d'athlète et du *Tinea corporis*.

Dermatite du baigneur

En milieu naturel, même en eau de bonne qualité, il peut y avoir présence de cercaires, soit des parasites d'oiseaux aquatiques et d'escargots responsables de la dermatite du baigneur. Lorsqu'elles sont libérées dans l'eau, les cercaires peuvent infecter les baigneurs en pénétrant dans la peau. Il en résulte des lésions bénignes sous forme de plaques rouges ressemblant à des piqûres d'insectes qui apparaissent peu de temps après la baignade et causent des démangeaisons qui peuvent s'infecter en raison du grattage.

Pour prévenir la dermatite du baigneur :

- Éviter les plans d'eau où des cas de dermatite du baigneur sont rapportés.
- Réduire à quelques minutes le temps de la baignade.
- Se sécher immédiatement après la baignade en se frottant avec une serviette. Cette action limite la pénétration du parasite dans la peau.
- 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.
- Consulter Info-Santé 8-1-1 ou un médecin si les symptômes persistent.

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 lorsqu'elles sont présentes en concentration importante. Les fleurs d'eau peuvent ressembler à un déversement de peinture ou à une soupe de particules comme des pois, du brocoli ou des filaments. Les effets sur la santé sont causés par l'ingestion d'eau contenant des toxines produites par certaines cyanobactéries. Les symptômes seront des maux de ventre, de la diarrhée, des vomissements, des maux de tête avec ou sans fièvre. De plus, le contact avec les fleurs d'eau ou l'écume peut entraîner l'irritation de la peau, du nez, de la gorge et des yeux.

Les mesures de prévention lorsque sont vues des cyanobactéries sont les suivantes :

- Ne pas se baigner ou pratiquer toute autre activité nautique s'il y a présence visible de cyanobactéries.
- Ne pas porter ses mains à sa bouche s'il y a eu contact avec l'eau contaminée par les cyanobactéries. Se laver les mains dès que possible (voir la section [Hygiène des mains](#) dans le présent chapitre).
- En cas d'apparition de symptômes suivant un contact avec des cyanobactéries ou l'ingestion involontaire de cyanobactéries, consulter Info-Santé 8-1-1 ou un médecin si l'état de santé est préoccupant.

Risques chimiques

En piscine ou en bassin artificiel, l'utilisation de désinfectants pour le contrôle des risques microbiologiques est nécessaire. Par contre, lorsqu'ils sont mal utilisés, ces désinfectants peuvent causer la formation de produits irritants pour les voies respiratoires, les yeux, le nez

et la gorge, principalement en bassin intérieur. 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 (voir le site du MDDELCC : www.mddelcc.gouv.qc.ca/eau/piscine/index.htm).

Les mesures de prévention liées à la contamination chimique sont les suivantes :

- Éviter la baignade si plusieurs baigneurs toussent à la piscine ou se plaignent d'effets irritatifs.
- Demander à l'exploitant de la piscine que des vérifications soient faites sur le traitement ou la ventilation de l'édifice.

Qualité de l'eau de baignade

Que ce soit en milieu naturel, en piscine ou en bassin artificiel, la qualité de l'eau de baignade du lieu fréquenté doit être connue.

En milieu naturel, le programme Environnement-Plage du MDDELCC permet de connaître la qualité bactériologique de certains lieux de baignade s'ils sont inscrits à ce programme volontaire. Certaines plages peuvent avoir leur propre programme de surveillance 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, la cote C à une eau dont la qualité est passable et la cote D à une plage polluée. Les cotes des plages surveillées sont disponibles sur le site du MDDELCC : www.mddelcc.gouv.qc.ca/programmes/env-plage/index.htm.

En piscine ou en bassin artificiel avec système de 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 de l'eau. Le responsable d'une piscine ou d'un bassin artificiel publics doit vérifier quotidiennement la teneur en désinfectant résiduel ainsi que d'autres paramètres de qualité, et ce, à différents moments de la journée. Les échantillons pour le dénombrement des coliformes fécaux, indicateurs d'une contamination fécale, doivent être prélevés toutes les 2 semaines dans les bassins extérieurs et toutes les 4 semaines dans les bassins intérieurs. Il ne doit pas y avoir présence de bactéries d'origine fécale.

En cas d'accident fécal ou vomitif (excluant les régurgitations), le responsable doit faire sortir les personnes du bassin ou de la piscine sans tarder, augmenter la teneur en chlore résiduel libre et la ramener à la normale avant le retour des baigneurs (voir le Règlement sur la qualité de l'eau des piscines et autres bassins artificiels : www.mddelcc.gouv.qc.ca/eau/piscine/index.htm).

En bassin artificiel sans système de recirculation d'eau (pataugeoire), le responsable doit vider le bassin chaque jour ainsi que le nettoyer 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 nettoyer et désinfecter le bassin :

- Mettre des gants de caoutchouc.
- Vider le bassin.
- Enlever toute matière organique.
- Nettoyer le bassin avec une eau savonneuse.
- Rincer le bassin avec de l'eau.

- Assainir le bassin avec une solution d'eau de Javel. Pour préparer cette solution, diluer 5 ml (environ une cuillerée à thé) d'eau de Javel à 5,25 à 6,15 % dans 5 litres d'eau tiède fraîche (1:1 000). Toutefois, à la suite d'un accident fécal ou vomitif, la désinfection doit se faire avec une solution d'eau de Javel plus concentrée (1:100), soit avec 10 ml d'eau de Javel diluée dans 990 ml d'eau tiède fraîche que l'on laisse agir pendant 2 à 3 minutes. La solution d'eau de Javel doit être préparée quotidiennement. D'autres produits acceptés par l'ACIA peuvent être utilisés, pourvu qu'ils le soient conformément aux directives du fabricant (voir la section [Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux](#), Tableau 5 : *Recommandation d'utilisation de l'eau de Javel pour les surfaces non poreuses*).
- Utiliser une vadrouille ou un linge propre pour frotter le bassin et terminer en enlevant la solution chlorée qui s'est accumulée au fond.
- Laisser sécher.
- Attendre 30 minutes avant de remplir de nouveau le bassin avec de l'eau potable.
- Enlever les gants, puis les nettoyer et les désinfecter (voir, dans le présent chapitre, la section [Port de gants](#)).
- Nettoyer et faire sécher les chiffons et vadrouilles souillés. Ne pas les laisser tremper dans l'eau souillée.
- Se laver les mains (voir la section [Hygiène des mains](#)).

Mesures d'hygiène et de précaution lors de la baignade

En milieu naturel, les baigneurs doivent :

- Choisir de préférence les plages qui sont surveillées et où l'eau est analysée et est de qualité excellente ou bonne (cote A ou B). Vérifier la cote de la plage sur le site du MDDELCC : www.mddelcc.gouv.qc.ca/programmes/env-plage/index.htm.
- Ne pas avaler d'eau.
- Éviter la baignade en présence d'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 en bassin artificiel avec ou sans système de recirculation d'eau, les baigneurs ou les personnes qui les accompagnent doivent :

- Assurer une surveillance constante du lieu de baignade.
- Ne pas fréquenter le lieu de baignade si un baigneur souffre de diarrhée ou d'une autre maladie transmissible par la baignade.
- Éviter d'avalier de l'eau.
- Avant l'activité, prendre une douche savonneuse si la baignade est à l'intérieur ou prendre une douche non savonneuse si la baignade est à l'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 (voir la section [Hygiène des mains](#)).
- Changer les couches dans les endroits prévus à cet effet, et non aux abords de la piscine ou du bassin, et se laver les mains par la suite (pour la technique de changement de couche, voir la section [Changement de couche et installations sanitaires](#)). L'utilisation de couches spéciales peut donner un faux sentiment de sécurité concernant le risque de contamination fécale. Il faut donc prévoir des changements de couche réguliers et des visites fréquentes à la salle de bain (environ toutes les 30 à 60 minutes).
- 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 ou la piscine, cesser immédiatement la baignade et en aviser le responsable du bassin ou de la piscine.
- En cas d'insalubrité des surfaces ou des installations sanitaires, en aviser le responsable du bassin ou de la piscine.

Les enfants âgés de moins de 5 ans ne doivent pas se baigner dans les bains à remous (spa) en raison de la température chaude de l'eau. Les enfants âgés de 5 à 12 ans peuvent le faire, mais la baignade doit être de 10 minutes ou moins.

Les personnes immunosupprimées devraient consulter leur médecin avant de pratiquer une activité de baignade.

MORSURES HUMAINES AVEC BRIS CUTANÉ ET AUTRES EXPOSITIONS AU SANG (EXCLUANT LES PIQÛRES D'AIGUILLE)

GÉNÉRALITÉS

Une morsure humaine avec bris cutané peut s'infecter ou permettre la transmission du VHB et, rarement, du VHC ou du VIH. En général, le bris cutané entraîne un saignement. Des empreintes de dents, des ecchymoses et des pétéchies ne constituent pas des bris cutanés.

L'exposition d'une muqueuse à du sang (ex. : exposition d'une muqueuse oculaire lors d'une bagarre) et du sang qui se dépose sur une peau non saine (ex. : dermatose, plaie) peuvent aussi constituer des risques de transmission.

FRÉQUENCE

En service de garde, environ 50 % des enfants seront mordus par un autre enfant au moins une fois pendant une année. Ce sont le plus souvent les enfants âgés de 13 à 30 mois qui mordent. C'est au visage et aux bras que les enfants mordent le plus fréquemment. Environ 2 % des morsures entraîneront un bris cutané.

La fréquence des autres expositions au sang n'est pas documentée. L'exposition d'une peau non saine à du sang peut survenir de plusieurs façons, par exemple, lors de jeux d'enfants en service de garde ou lorsqu'un adulte assiste un enfant qui saigne. L'exposition d'une muqueuse à du sang est cependant plus rare, survenant surtout lors de bagarre, ce qui est exceptionnel.

RISQUE D'INFECTION DE LA PLAIE LORS DE MORSURE

Les morsures avec bris cutané faites par des enfants, en service de garde ou en milieu scolaire, sont généralement bénignes et s'infectent rarement. Les risques sont plus élevés lorsque la morsure est profonde, lorsque la morsure est faite au visage, à une main, à un pied, aux organes génitaux ou à une articulation ou lorsque la personne mordue est immunosupprimée.

RISQUE DE TRANSMISSION DU VHB

Lors de morsures avec bris cutané, le VHB peut être transmis par le sang ou la salive (liquide moins à risque) lorsque la personne qui mord ou la personne mordue (enfant ou adulte) est infectée par le virus. Lors de morsures avec bris cutané, la personne qui mord est exposée au sang de la personne mordue par sa muqueuse buccale, alors que la personne mordue est exposée à la salive de la personne qui mord par voie percutanée. Dans certaines situations (traumatisme dans la bouche de la personne qui mord), la personne mordue peut être exposée au sang de la personne qui mord. Pour que le risque de transmission soit significatif, le sang doit être présent dans la salive de la personne qui mord avant la morsure, et ce, en quantité suffisante pour être visible.

Actuellement, au Québec, le risque de transmission du VHB est jugé quasi nul entre 2 enfants sans facteurs de risque. En effet, la prévalence de l'hépatite B est faible au Québec chez les enfants. Au Québec, le vaccin contre l'hépatite B est offert à tous les nourrissons dès l'âge de 2 mois, aux jeunes enfants présentant des facteurs de risque ainsi qu'aux enfants en 4^e année du primaire (voir le *Protocole d'immunisation du Québec* [PIQ], [section 10.4.2](#)). Ainsi, la transmission du VHB est peu probable, même si la personne qui mord ou la personne mordue est infectée par le VHB ou présente des facteurs de risque.

Lors de l'exposition d'une muqueuse ou d'une peau non saine à du sang (par exemple, lors de l'éclaboussure de sang sur une muqueuse ou une plaie non cicatrisée), le risque de transmission du VHB est moins connu. Toutefois, il est jugé plus élevé que le risque de transmission lors de contact avec de la salive seule.

RISQUE DE TRANSMISSION DU VHC

Lors de morsures avec bris cutané, le risque de transmission du VHC est très faible. Le VHC peut être transmis uniquement par contact du sang de la personne infectée avec une plaie fraîche (incluant une morsure avec bris cutané) ou une muqueuse. En service de garde ou en milieu scolaire, le risque de transmission de l'hépatite C est inconnu, mais on considère qu'il est moindre que celui de l'hépatite B, qui est déjà faible.

RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH

Lors de morsures avec bris cutané, le risque de transmission du VIH est très faible. Le VIH peut être transmis uniquement par contact du sang de la personne infectée avec une plaie fraîche (incluant une morsure avec bris cutané) ou une muqueuse.

Si l'on exclut les morsures avec bris cutané, lors de l'exposition d'une muqueuse ou d'une peau non saine à du sang (par exemple, lors de l'éclaboussure de sang sur une muqueuse ou une plaie non cicatrisée), le risque de transmission du VIH en présence de sang infecté est évalué à 0,03-0,09 %.

Étant donné que les morsures en service de garde ou en milieu scolaire sont peu profondes, que les modes de transmission du VIH et que la prévalence de l'infection sont faibles dans ces milieux, on estime que le risque de transmission du VIH est pratiquement nul, même en présence de bris cutané.

CONDUITE À ADOPTER LORS DE MORSURE HUMAINE

PREMIERS SOINS

Les mesures suivantes devraient être préalablement enseignées dans les services de garde et les écoles :

- Rassurer la personne mordue.
- S'il n'y a pas de bris cutané :
 - Nettoyer le site de la morsure avec de l'eau et du savon;

- Appliquer une compresse froide pour diminuer la douleur.
- S'il y a bris cutané :
- Laisser la blessure saigner durant quelques secondes;
 - Après avoir mis des gants jetables, nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon;
 - Éviter de désinfecter la plaie avec une solution irritante contenant de l'alcool ou de l'eau de Javel; cela peut augmenter les risques de transmission de l'infection;
 - Retirer les vêtements souillés de sang et les ranger dans un sac de plastique fermé;
 - Aviser de façon confidentielle les parents de l'enfant mordu et les parents de l'enfant qui a mordu. Éviter de mentionner le nom de l'autre enfant;
 - Demander aux parents de l'enfant qui a mordu et aux parents de l'enfant mordu ou à l'adulte mordu la permission de transmettre, de façon confidentielle, leurs coordonnées à l'infirmière du CLSC ou d'Info-Santé;
 - Appeler l'infirmière du CLSC ou d'Info-Santé, pour une évaluation de la situation;
 - Rédiger et consigner au dossier des personnes en cause un rapport officiel indiquant 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.);
 - En milieu scolaire, suivre le protocole d'intervention en situation de crise, prévu au Plan d'action pour prévenir et traiter la violence à l'école;
 - Si, dans les jours suivants la morsure, un rougeur, un écoulement ou de l'enflure apparaissent au site de la morsure, encourager les parents de l'enfant ou la personne à consulter.

ÉVALUATION PAR L'INFIRMIÈRE DU CLSC OU D'INFO-SANTÉ

Lors de la consultation, l'infirmière évaluera :

- La présence d'un bris cutané.
- La gravité de la blessure et les risques d'infection. Une consultation médicale sera recommandée, car des antibiotiques pourront être nécessaires dans les situations suivantes :
- si la morsure est profonde;
 - s'il s'agit d'une plaie à une articulation;
 - s'il s'agit d'une plaie au visage, à une main, à un pied ou aux organes génitaux;
 - si des signes d'infection sont présents;
 - si la personne mordue est immunosupprimée.
- La nécessité d'une vaccination antitétanique (en fonction des recommandations du PIQ).

— Les risques de transmission :

- Du VHB en fonction des recommandations et de l'algorithme décisionnel du PIQ (voir la [section 10.4.2](#) du PIQ). Le vaccin contre l'hépatite B et les HBIg pourront être indiqués;
- Du VHC et du VIH à l'aide des algorithmes décisionnels 1 et 2 présentés à la fin de cette section.

Des lettres types sont fournies à la fin de cette section et peuvent être utilisées par le service de garde ou l'école, à la suite de l'évaluation par l'infirmière :

— Utiliser la lettre n° 1 pour informer les parents de l'enfant mordu ou l'adulte mordu, leur recommander de consulter et leur demander la permission de transmettre leurs coordonnées au professionnel de la santé.

— Utiliser la lettre n° 2 pour informer les parents de l'enfant qui a mordu, leur recommander de consulter et leur demander la permission de transmettre leurs coordonnées au professionnel de la santé.

Lors de la consultation médicale pourraient être recommandés :

— Des prises de sang ainsi que le vaccin et les immunoglobulines contre l'hépatite B (HBIg) (voir la [section 10.4.2](#) du PIQ).

— Dans de très rares cas, un suivi préventif au regard du VHC.

— Dans de très rares cas, un suivi préventif ou une prophylaxie postexposition (PPE) anti-VIH.

CONDUITE À ADOPTER LORS DE L'EXPOSITION D'UNE MUQUEUSE OU D'UNE PEAU NON SAINES À DU SANG

PREMIERS SOINS

Les mesures suivantes devraient être préalablement enseignées dans les services de garde et les écoles :

— Rassurer la personne exposée.

— Administrer les premiers soins :

- S'il s'agit de l'exposition d'une muqueuse, rincer abondamment la muqueuse touchée avec de l'eau;
- S'il s'agit de l'exposition d'une peau non saine :
 - nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon, après avoir mis des gants jetables,
 - ne pas 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.

— S'il y a lieu, retirer les vêtements souillés de sang et les ranger dans un sac de plastique fermé.

- Aviser de façon confidentielle les parents de l'enfant exposé et les parents de l'enfant dont provient le sang. Éviter de mentionner le nom de l'autre enfant.
- Demander aux parents de l'enfant dont provient le sang ou à l'adulte dont provient le sang la permission de transmettre, de façon confidentielle, leurs coordonnées à l'infirmière du CLSC ou d'Info-Santé.
- Appeler l'infirmière du CLSC ou Info-Santé, pour une évaluation de la situation.
- Rédiger et consigner au dossier des personnes en cause un rapport officiel indiquant 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.).
- En milieu scolaire, suivre le protocole d'intervention en situation de crise, prévu au Plan d'action pour prévenir et traiter la violence à l'école.

ÉVALUATION PAR L'INFIRMIÈRE DU CLSC OU D'INFO-SANTÉ

Lors de la consultation, l'infirmière évaluera les risques de transmission :

- du VHB en fonction des recommandations et de l'algorithme décisionnel du PIQ. Le vaccin contre l'hépatite B et les HBIg pourront être indiqués.
- du VHC et du VIH à l'aide de l'algorithme décisionnel 3 présenté à la fin de cette section.

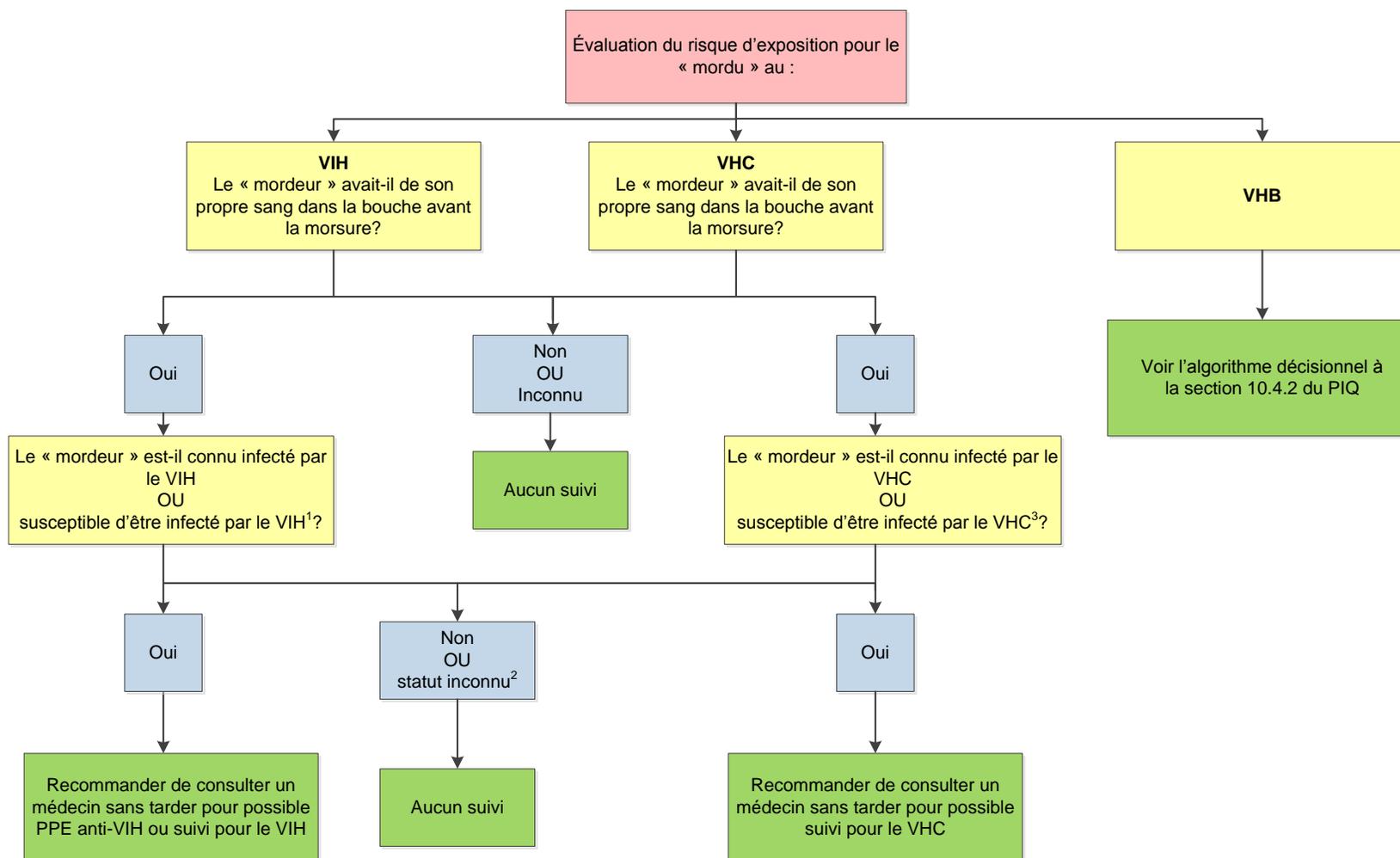
Des lettres types sont fournies à la fin de cette section et peuvent être utilisées par le service de garde ou l'école, à la suite de l'évaluation par l'infirmière :

- Utiliser la lettre n° 3 pour informer les parents de l'enfant ou l'adulte exposé et leur recommander de consulter.
- Utiliser la lettre n° 4 pour demander aux parents de l'enfant dont provient le sang ou à l'adulte dont provient le sang la permission de transmettre leurs coordonnées au professionnel de la santé.

Lors de la consultation médicale pourraient être recommandés :

- Des prises de sang ainsi que le vaccin contre l'hépatite B et les HBIg (voir la [section 10.4.2](#) du PIQ).
- Dans de très rares cas, un suivi préventif au regard du VHC.
- Dans de très rares cas, un suivi préventif ou une PPE anti-VIH.

Algorithme 1 : Évaluation du risque pour le « mordu »

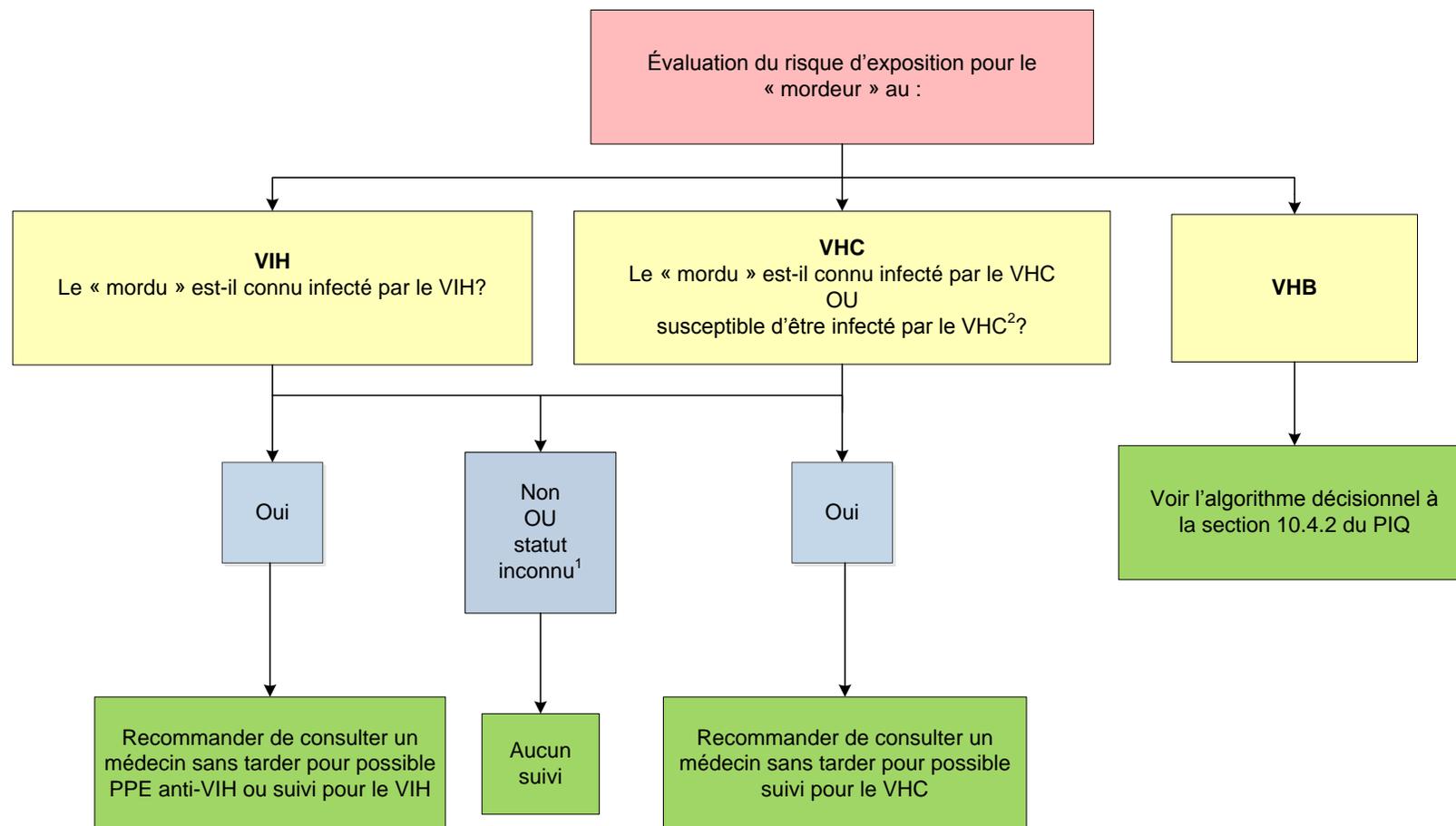


¹ Sont susceptibles d'être infectés par le VIH : les personnes originaires d'un pays où la prévalence du VIH est élevée (Afrique subsaharienne, Caraïbes), les utilisateurs de drogues (par injection ou inhalation), les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les travailleurs du sexe et les enfants de mères connues infectées par le VIH.

² On considère que le statut est inconnu dans les situations suivantes : la personne n'est pas connue, elle refuse d'être testée ou elle n'est pas disponible (ex. : impossible à joindre).

³ Sont susceptibles d'être infectés par le VHC : les personnes originaires d'un pays où la prévalence du VHC est élevée (Afrique et Moyen-Orient), les utilisateurs de drogues (par injection ou inhalation), les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les enfants de mères connues infectées par le VHC.

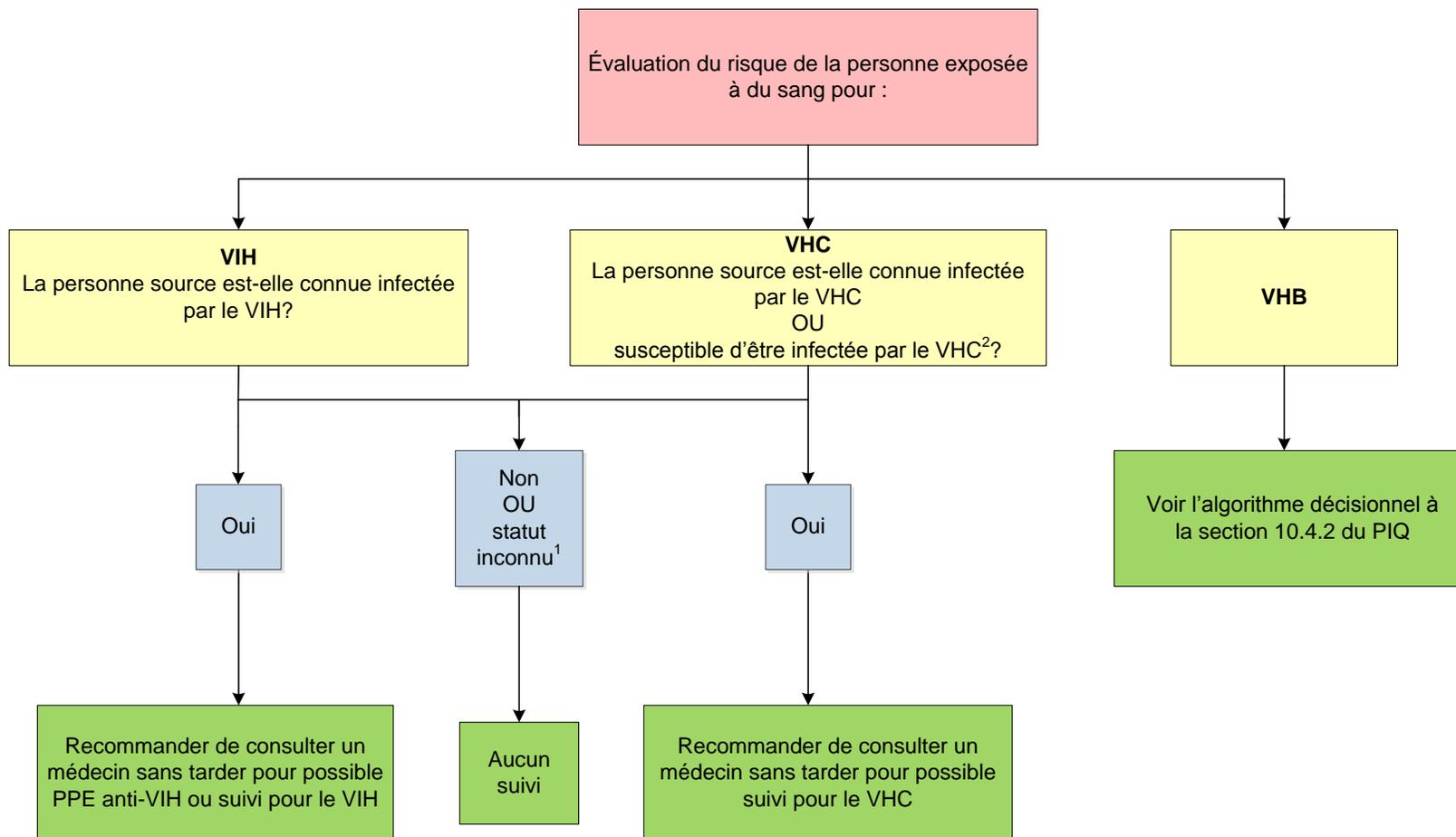
Algorithme 2 : Évaluation du risque pour le « mordeur »



¹ On considère que le statut est inconnu dans les situations suivantes : la personne n'est pas connue, elle refuse d'être testée ou elle n'est pas disponible (ex. : impossible à rejoindre).

² Sont susceptibles d'être infectées par le VHC : les personnes originaires d'un pays où la prévalence du VHC est élevée (Afrique et Moyen-Orient), les utilisateurs de drogues (par injection ou inhalation), les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les enfants de mères connues infectées par le VHC.

Algorithme 3 : Évaluation du risque d'exposition d'une muqueuse ou d'une peau non saine à du sang



¹ On considère que le statut est inconnu dans les situations suivantes : la personne n'est pas connue, elle refuse d'être testée ou elle n'est pas disponible (ex. : impossible à joindre).

² Sont susceptibles d'être infectés par le VHC les personnes originaires d'un pays où la prévalence du VHC est élevée (Afrique et Moyen-Orient), les utilisateurs de drogues (par injection ou inhalation), les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les enfants de mères connues infectées par le VHC.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL (N° 1)

Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel, aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Votre enfant a été mordu[e] [Vous avez été mordu(e)]

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Aujourd'hui, votre enfant a été mordu[e] [vous avez été mordu(e)] par un enfant. La blessure a saigné.

À la suite de l'évaluation faite par une infirmière, nous vous recommandons fortement de consulter un médecin sans tarder. Le risque de transmission d'une infection est très faible, mais il est nécessaire qu'un médecin en fasse l'évaluation, et ce, le plus rapidement possible.

Lors de la consultation, le médecin réévaluera la gravité de la blessure et le risque de transmission du virus de l'hépatite B, du virus de l'hépatite C et du VIH. Des prises de sang, des vaccins et des traitements préventifs pourront être nécessaires. Le médecin évaluera également si votre enfant devra [vous devrez] prendre des antibiotiques et recevoir le vaccin contre le tétanos.

Apportez cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin.

Nous avons aussi recommandé aux parents de l'enfant qui a mordu de consulter un médecin. Le médecin qui évaluera l'enfant pourrait vouloir communiquer avec vous pour connaître certains détails de la santé de votre enfant [de votre santé]. Veuillez nous aviser si vous nous autorisez à transmettre vos coordonnées au médecin. La transmission de vos coordonnées se fera de façon confidentielle.

Pour toute question, vous pouvez communiquer avec _____.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

LETTRE AUX PARENTS (N° 2)

Concernant les lettres aux parents, aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Votre enfant a mordu

Chers parents,

Aujourd'hui, au service de garde [à l'école], un enfant [un adulte] a été mordu par votre enfant. La blessure a saigné.

Lors de la morsure, votre enfant a eu, dans sa bouche, du sang de la personne qu'il a mordu. À la suite de l'évaluation faite par une infirmière, nous vous recommandons fortement de consulter un médecin sans tarder. Le risque de transmission d'une infection est très faible, mais il est nécessaire qu'un médecin en fasse l'évaluation, et ce, le plus rapidement possible.

Lors de la consultation, le médecin évaluera le risque de transmission du virus de l'hépatite B, du virus de l'hépatite C et du VIH. Des prises de sang, des vaccins et des traitements préventifs pourront être nécessaires.

Apportez cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin.

Nous avons aussi recommandé aux parents de l'enfant mordu [à l'adulte mordu] de consulter. Le médecin qui évaluera la personne mordue pourrait vouloir communiquer avec vous pour connaître certains détails de la santé de votre enfant. Veuillez nous aviser si vous nous autorisez à transmettre vos coordonnées au médecin. La transmission de vos coordonnées se fera de façon confidentielle.

Pour toute question, vous pouvez communiquer avec _____.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

LETTRE AUX PARENTS OU AUX MEMBRES DU PERSONNEL (N° 3)

Concernant les lettres aux parents ou aux membres du personnel, aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Votre enfant a été exposé[e] à du sang [Vous avez été exposé(e) à du sang]

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Aujourd'hui, au service de garde [à l'école], votre enfant a été exposé[e] [vous avez été exposé(e)] au sang d'une autre personne lors de [décrire le contexte de l'exposition].

À la suite de l'évaluation faite par une infirmière, nous vous recommandons fortement de consulter un médecin sans tarder. Le risque de transmission d'une infection est très faible, mais il est nécessaire qu'un médecin en fasse l'évaluation, et ce, le plus rapidement possible.

Lors de la consultation, le médecin évaluera le risque de transmission du virus de l'hépatite B, du virus de l'hépatite C et du VIH. Des prises de sang, des vaccins et des traitements préventifs pourront être nécessaires.

Apportez cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin.

Pour toute question, vous pouvez communiquer avec _____.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

LETTRE AUX PARENTS OU AUX MEMBRES DU PERSONNEL (N° 4)

Concernant les lettres aux parents ou aux membres du personnel, aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Une personne a été exposée au sang de votre enfant [à votre sang]

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Aujourd'hui, au service de garde [à l'école], une personne a été exposée au sang de votre enfant [à votre sang] lors de [décrire le contexte de l'exposition].

À la suite de l'évaluation faite par une infirmière, nous avons recommandé fortement à cette personne de consulter un médecin sans tarder. Le risque de transmission d'une infection est très faible, mais il est nécessaire qu'un médecin en fasse l'évaluation, et ce, le plus rapidement possible.

Lors de la consultation, le médecin évaluera le risque de transmission du virus de l'hépatite B, du virus de l'hépatite C et du VIH. Le médecin pourrait vouloir communiquer avec vous pour connaître certains détails de la santé de votre enfant [de votre santé]. Veuillez nous aviser si vous nous autorisez à transmettre vos coordonnées au médecin. La transmission de vos coordonnées se fera de façon confidentielle.

Pour toute question, vous pouvez communiquer avec _____.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

PIQÛRE ACCIDENTELLE AVEC UNE SERINGUE USAGÉE

GÉNÉRALITÉS

Lorsqu'un enfant se pique accidentellement avec une seringue usagée dans un lieu public (ex. : parc, ruelle) ou aux abords du service de garde ou de l'école, cela provoque une grande anxiété chez les parents et les intervenants. Ce qui inquiète, c'est que la seringue puisse contenir du sang contaminé et transmettre des infections causées par le VHB, le VHC ou le VIH. Il y a également risque de transmission du tétanos à la suite d'une blessure causée par une seringue contaminée par de la poussière ou de la terre.

Les risques de transmission associés aux piqûres accidentelles avec une seringue usagée 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.

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 1 à 31 % pour l'hépatite B, de 0,5 % 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.

RISQUE DE TRANSMISSION DANS LA COMMUNAUTÉ

On ne peut pas transposer les risques décrits ci-dessus aux piqûres accidentelles se produisant dans la communauté, car les seringues usagées dans l'environnement contiennent du sang principalement séché et en infime quantité. De plus, la majeure partie des blessures consécutives aux piqûres avec une seringue usagée dans la communauté sont superficielles.

À l'échelle mondiale, on compte quelques études portant sur les jeunes enfants qui se sont piqués accidentellement. Ces études montrent que sur plus de 400 enfants ayant été exposés et suivis sur une période de 3 à 6 mois après l'exposition, 1 cas de transmission de maladie infectieuse s'est produit : 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 300 enfants pris en charge adéquatement à la suite d'une piqûre accidentelle.

VIABILITÉ DES DIFFÉRENTS VIRUS DANS L'ENVIRONNEMENT

La viabilité n'est pas la même pour les différents virus. Le VHB est celui qui survit le plus dans l'environnement. Par ailleurs, bien qu'on ait trouvé occasionnellement des virus vivants (VHB et VHC) dans des seringues laissées dans l'environnement, le risque de transmission de ces virus, s'il y avait eu piqûres avec ces seringues, aurait été considéré comme minime.

IMPORTANCE DU DÉLAI DANS LA PRISE EN CHARGE

Les enfants qui se piquent accidentellement avec une seringue usagée doivent être dirigés le plus tôt possible, idéalement dans un délai de 2 heures, vers un établissement de soins, par exemple dans une urgence, pour une évaluation médicale.

Le respect d'un court délai de consultation permet une meilleure prise en charge médicale.

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) et ceux liés à la seringue (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 que toutes les informations auront été recueillies, le risque infectieux sera établi et les interventions suivantes pourront être faites :

- L'administration du vaccin et des HBIG, 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 (qui témoignerait d'une acquisition antérieure) de l'enfant et jusqu'à 6 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

Une piqûre accidentelle avec une seringue usagée dans la communauté est une situation d'urgence. Les mesures qui suivent doivent être enseignées d'avance, entreprises sur les lieux de l'incident et complétées absolument.

En cas de piqûre accidentelle avec une seringue usagée dans la communauté, il est recommandé de :

- Examiner et nettoyer soigneusement la plaie à l'eau et au savon, le plus rapidement possible. Éviter de pincer la chair autour de la plaie. Éviter l'application d'alcool ou d'un autre désinfectant.
- Aviser immédiatement les parents de l'enfant de la situation et des démarches qui devraient suivre.

- Diriger le sujet sans délai vers un établissement de soins avec les renseignements écrits suivants :
 - heure et lieu de l'incident, endroit exact où la seringue a été trouvée, présence ou non de sang dans la seringue, état de la seringue impliquée;
 - présence de bris cutané ou non, site de la blessure, saignement ou non de la blessure lors de l'incident, profondeur de la blessure.
 - un numéro de téléphone pour joindre la personne responsable du service de garde ou de l'école qui a été témoin de l'incident.
 - si l'identité de la personne à qui appartient la seringue est connue, ajouter un numéro de téléphone pour la rejoindre.
- Ramasser la seringue et la jeter de manière sécuritaire dans un contenant rigide afin d'éviter qu'une autre personne se pique. Idéalement, manipuler l'objet avec des pinces. Plusieurs municipalités ou villes offrent un service de ramassage des déchets dangereux. Pour plus d'information, voir l'affiche du MSSS *Vous trouvez une seringue usagée* (<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-316-01WF.pdf>).
- Noter toutes les informations au dossier de l'enfant.
- Le service de garde ou l'école doit mener une enquête pour éclaircir les faits et les circonstances liés à la présence de la ou des seringues usagées accessibles à l'enfant dans l'environnement. S'il y a lieu, une collaboration avec les services municipaux et les services policiers peut être établie.

ENVIRONNEMENT

Pour éviter les incidents en lien avec des seringues usagées :

- Inspecter l'aire de jeux des enfants (carré de sable, cour d'école, entrepôt de jouets...) avant que ceux-ci 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 ainsi qu'aux points d'eau.
- Enseigner aux enfants à ne pas toucher aux seringues usagées dans l'environnement et, lorsqu'ils en aperçoivent, à en aviser un adulte. Certains outils pédagogiques, telles les affiches du MSSS, peuvent être utilisés à cet effet.
- Les parents et les éducatrices doivent être informés du problème des seringues usagées.

SUIVI

Les services de garde et les écoles 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).

SOINS DES PLAIES SUPERFICIELLES

Pour les morsures animales et les morsures humaines, voir, dans le présent chapitre, les sections correspondantes.

Si une exposition d'une muqueuse ou d'une peau non saine à du sang survient lors des soins de plaie voir la section correspondante.

Toute plaie ouverte est susceptible d'être contaminée par des micro-organismes provenant de la peau, des doigts ou de l'environnement. S'ils s'introduisent dans la plaie, si petite soit-elle, les agents infectieux peuvent se multiplier et causer une infection locale (abcès, cellulite) ou, plus rarement, une infection systémique (septicémie). Le tétanos est une complication excessivement rare qui survient chez les personnes non adéquatement vaccinées.

Les plaies superficielles se présentent sous plusieurs formes : coupure, lacération, déchirure et éraflure. Elles peuvent être soignées par l'éducatrice ou un membre du personnel de l'école. Les plaies plus graves (ex. : blessure profonde, plaie pénétrante causée par un clou) devront faire l'objet d'une consultation médicale, et les premiers soins administrés au service de garde ou à l'école viseront à prévenir toute contamination de la blessure.

Recommandations :

- Se laver les mains. Si possible, mettre des gants jetables.
- Préparer le matériel nécessaire et le disposer sur une surface propre.
- Nettoyer la plaie avec de l'eau et un savon doux pour éliminer toutes les souillures. Si les mains ne sont pas gantées, éviter de toucher la plaie avec les doigts.
- Rincer la plaie à l'eau courante pendant environ 5 minutes.
- Assécher à l'aide d'une compresse propre.
- Si la blessure saigne, appuyer sur celle-ci avec un pansement ou une serviette propre quelques minutes pour faire cesser le saignement.
- Éviter de frotter la plaie. De préférence, la tamponner.
- Si la peau est surélevée, ne pas l'enlever et la remettre en place sans appliquer de tension.
- Ne pas utiliser de ouate ou de coton, car les petites particules qui s'en détachent pourraient contaminer la plaie.
- Éviter les solutions alcoolisées ou iodées et le peroxyde d'hydrogène, qui peuvent provoquer de la douleur ou de l'irritation et retarder la guérison.
- En présence d'un petit corps étranger, utiliser le jet d'eau du robinet pour le déloger. Lorsque le corps étranger est retiré, nettoyer la plaie.
- Appliquer un diachylon ou un pansement qui recouvre complètement la plaie.
- Se laver les mains après avoir effectué les soins de la plaie.
- Si la plaie est profonde ou étendue, s'il y a présence d'un corps étranger résiduel ou si le saignement persiste, envisager une consultation médicale ou en cas de doute communiquer avec Info-Santé 8-1-1 pour discuter de la situation.
- S'assurer que la vaccination contre le tétanos est à jour. En cas de doute, consulter le CLSC, qui s'occupera de vérifier, compléter ou mettre à jour la vaccination.

ERREURS D'ADMINISTRATION DE LAIT MATERNEL

CONDUITE À TENIR LORS D'UNE ERREUR D'ADMINISTRATION DE 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.

Comme le lait maternel est un liquide biologique, si une femme est infectée ou porteuse d'un agent infectieux, son lait peut contenir des bactéries ou des virus.

Cependant, le risque de transmission d'un agent infectieux à un enfant par une seule ingestion de lait d'une autre femme est extrêmement faible.

Aucun cas de transmission du VIH à un enfant n'a été rapporté à la suite de l'ingestion de lait d'une autre mère infectée. La transmission du VIH est possible seulement après plusieurs semaines d'allaitement (environ 400-500 boires).

Aussi, les composants immunologiques du lait maternel, le temps et le froid inactivent le virus. Au Québec, le dépistage du VIH est recommandé de façon systématique chez toutes les femmes enceintes. Ainsi, les mères porteuses du VIH devraient être au courant de leur statut. Comme l'allaitement n'est pas recommandé pour une mère porteuse du VIH, il est peu probable de trouver du lait maternel contaminé par ce virus dans les services de garde.

Concernant le VHB, l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) a été mis en évidence dans le lait maternel, mais le risque de transmission à un enfant non immun est considéré comme extrêmement faible. Aussi, depuis juin 2013, le calendrier régulier de vaccination inclut la vaccination contre l'hépatite B dès l'âge de 2 mois. On considère que les enfants ayant reçu les 2 premières doses du vaccin DCaT-HB-VPI-Hib sont protégés en attendant la 3^e dose donnée à l'âge de 18 mois.

Les études montrent que les enfants de mères porteuses du VHC ne courent 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 de l'allaitement maternel, sauf en présence de saignement aux mamelons. Aussi, la congélation inactive le virus et réduit les risques de transmission.

L'infection à cytomégalovirus peut être transmise d'une mère à son enfant par le lait maternel. Chez le nouveau-né à terme, cette infection, lorsqu'elle est acquise au moment de l'accouchement, durant l'allaitement ou plus tard dans la vie, est habituellement sans symptômes et sans séquelles pour l'enfant ayant une immunité normale. De plus, la congélation diminue la quantité de virus dans le lait et réduit les risques de transmission.

Les infections par le virus du lymphome humain à cellules T de type I (HTLV-I) et le virus du lymphome humain à cellules T de type II (HTLV-II) sont rares au Québec et en Amérique du Nord. Elles sont endémiques au Japon, dans les Caraïbes, en Amérique du Sud et en Afrique subsaharienne. La congélation et le réchauffement du lait diminuent le potentiel infectieux du HTLV-I. Il est prouvé que ces virus, surtout le HTLV-I, peuvent se transmettre par le lait maternel. Comme pour le VIH, la transmission d'une mère infectée à son enfant survient après plusieurs semaines d'allaitement.

Enfin, les études démontrent que les enfants allaités sont exposés à plusieurs autres virus ou bactéries contenus dans le lait maternel et qu'ils ne deviennent pas malades. De plus, le lait maternel contient des facteurs qui peuvent protéger l'enfant.

Lors d'une erreur d'administration de lait maternel, le service de garde doit :

- Informer les parents de l'enfant qui a reçu le lait maternel par erreur (voir le modèle de lettre plus loin) :
 - Conseiller les parents de consulter rapidement le CLSC ou un médecin. Des analyses sanguines, la mise à jour de la vaccination et des traitements pourraient être recommandés;
 - Ne pas divulguer aux parents le nom et les coordonnées de la mère « source » ou de son enfant. La confidentialité des renseignements médicaux doit être respectée en tout temps.
- Informer la mère « source » qu'une erreur d'administration a été commise. Il est nécessaire de lui demander son autorisation avant de divulguer son nom et ses coordonnées au professionnel de la santé consulté. Si elle accepte, celui-ci pourra la joindre (voir le modèle de lettre plus loin).
- Rédiger et consigner au dossier de l'enfant qui a reçu le lait maternel par erreur un rapport officiel présentant tous les détails de l'incident (la date et l'heure, le volume de lait administré ainsi que les mesures prises). Le nom et les coordonnées de la mère « source » ne doivent pas figurer au dossier de l'enfant.
- Déterminer l'origine de l'erreur d'administration de lait maternel, apporter les correctifs nécessaires pour éviter qu'une situation similaire se reproduise et, au besoin, informer les parents et le personnel que les procédures ont été révisées.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Lait maternel administré par erreur à votre enfant

Chers parents,

Aujourd'hui, au service de garde, le lait maternel d'une autre mère a été administré à votre enfant.

Les risques d'infections à la suite d'une seule exposition à du lait d'une autre mère sont extrêmement faibles. Nous vous conseillons toutefois de consulter rapidement votre CLSC ou un médecin. Le professionnel de la santé consulté pourra évaluer les risques infectieux et, au besoin, effectuer des analyses sanguines et mettre à jour la vaccination de votre enfant.

Il est possible que le professionnel de la santé consulté veuille connaître certains détails de santé de la mère dont provient le lait. Lors de la consultation, apportez cette lettre. Le professionnel pourra communiquer avec nous pour que nous lui remettions le nom et les coordonnées de la mère dont provient le lait, si celle-ci nous en a donné l'autorisation.

[Nom de la personne à appeler au service de garde]

[Numéro de téléphone pour la joindre]

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

RENSEIGNEMENTS

Le lait maternel est un liquide biologique. Si une femme est infectée ou porteuse d'un agent infectieux, son lait peut contenir des bactéries ou des virus. Cependant, pour les raisons mentionnées ci-dessous, le risque de transmission d'un agent infectieux à un enfant par une seule ingestion de lait est extrêmement faible.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

- Aucun cas de transmission du VIH à un enfant n'a été rapporté à la suite d'un seul boire de lait d'une autre mère infectée.
- La transmission est possible, mais seulement après plusieurs semaines d'allaitement (environ 400-500 boires).
- Au Québec, l'allaitement n'étant pas recommandé pour une mère porteuse du VIH, il est peu probable de trouver du lait maternel contaminé par ce virus dans les services de garde.

Virus de l'hépatite B (VHB)

- Les études démontrent que les enfants de mères porteuses du VHB ne courent pas plus de risques de contracter le virus s'ils sont allaités.
- Depuis juin 2013, le calendrier régulier de vaccination inclut la vaccination contre l'hépatite B dès l'âge de 2 mois. On considère que les enfants ayant reçu les 2 premières doses du vaccin DCaT-HB-VPI-Hib sont protégés en attendant la 3^e dose donnée à l'âge de 18 mois.

Virus de l'hépatite C (VHC)

Les études montrent que les enfants de mères porteuses du VHC ne courent pas plus de risques de contracter le virus s'ils sont allaités.

Autres infections

- Les études démontrent que les enfants allaités peuvent être exposés à plusieurs autres virus ou bactéries contenus dans le lait maternel et qu'ils ne deviennent pas malades pour autant.
- Le lait maternel contient des facteurs qui peuvent protéger l'enfant.
- Pour certains virus, le temps et la congélation diminuent le potentiel d'infection (ex. : VIH, VHC, cytomégalovirus).

En résumé, le risque de transmission d'une infection par le lait humain est extrêmement faible, même lorsque la mère allaite exclusivement son propre enfant (en exposant son enfant de façon répétée à l'agent infectieux).

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Lait maternel administré par erreur à un autre enfant

Madame,

Nous vous informons que votre lait maternel a été administré par erreur à un autre enfant.

Nous avons recommandé aux parents de cet enfant de consulter rapidement un professionnel de la santé, bien que le risque de transmission d'une infection extrêmement faible.

Lors de la consultation, le professionnel de la santé évaluera le risque infectieux. Selon les circonstances, il pourra effectuer des analyses sanguines, mettre à jour la vaccination de l'enfant ou lui administrer des traitements. Afin d'offrir les meilleurs soins à l'enfant, le professionnel de la santé aura besoin de connaître certains détails de votre santé. Si vous nous autorisez à lui transmettre votre nom et vos coordonnées pour qu'il communique avec vous, veuillez nous en aviser.

[Nom de la personne à appeler au service de garde]

[Numéro de téléphone pour la joindre]

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

RENSEIGNEMENTS

Le lait maternel est un liquide biologique. Si une femme est infectée ou porteuse d'un agent infectieux, son lait peut contenir des bactéries ou des virus. Cependant, pour les raisons mentionnées ci-dessous, le risque de transmission d'un agent infectieux à un enfant par une seule ingestion de lait est extrêmement faible.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

- Aucun cas de transmission du VIH à un enfant n'a été rapporté à la suite d'un seul boire de lait d'une autre mère infectée.
- La transmission est possible, mais seulement après plusieurs semaines d'allaitement (environ 400-500 boires).
- Au Québec, l'allaitement n'étant pas recommandé pour une mère porteuse du VIH, il est peu probable de trouver du lait maternel contaminé par ce virus dans les services de garde.

Virus de l'hépatite B (VHB)

- Les études démontrent que les enfants de mères porteuses du VHB ne courent pas plus de risques de contracter le virus s'ils sont allaités.
- Depuis juin 2013, le calendrier régulier de vaccination inclut la vaccination contre l'hépatite B dès l'âge de 2 mois. On considère que les enfants ayant reçu les 2 premières doses du vaccin DCaT-HB-VPI-Hib sont protégés en attendant la 3^e dose donnée à l'âge de 18 mois.

Virus de l'hépatite C (VHC)

Les études montrent que les enfants de mères porteuses du VHC ne courent pas plus de risques de contracter le virus s'ils sont allaités.

Autres infections

- Les études démontrent que les enfants allaités peuvent être exposés à plusieurs autres virus ou bactéries contenus dans le lait maternel et qu'ils ne deviennent pas malades pour autant.
- Le lait maternel contient des facteurs qui peuvent protéger l'enfant.
- Pour certains virus, le temps et la congélation diminuent le potentiel d'infection (ex. : VIH, VHC, cytomégalovirus).

En résumé, le risque de transmission d'une infection par le lait humain est extrêmement faible, même lorsque la mère allaite exclusivement son propre enfant (en exposant son enfant de façon répétée à l'agent infectieux).

FIÈVRE

DÉFINITION

La température du corps varie au cours de la journée; elle est au plus bas vers 6 h et au plus haut entre 16 et 18 h. Cependant, pour demeurer normale, elle doit être inférieure à 38 °C (100,4 °F).

La fièvre est une élévation, au-dessus de la normale, de la température corporelle à la suite d'un signal du cerveau (hypothalamus) qui augmente la température en réponse, le plus souvent, à une infection. La fièvre n'est pas une maladie. C'est une réaction normale du corps lorsque celui-ci se défend. Il est effectivement prouvé que la fièvre retarde la croissance et la reproduction des virus ou bactéries et augmente la production des globules blancs qui servent à se défendre contre les infections.

L'hyperthermie est une élévation anormale de la température corporelle consécutive à l'incapacité du corps à réguler sa température lors de l'accumulation de chaleur d'origine exogène (exemple : coup de chaleur) ou endogène (exemple : effort physique intense). Dans le cas de l'hyperthermie, contrairement à la fièvre, le cerveau n'envoie pas de signal qui augmente la température.

L'hyperpyrexie est une température corporelle au-dessus de 41 °C. Elle survient très rarement (0,05 %) lors de l'infection. Elle est plus souvent causée par une combinaison de fièvre et d'hyperthermie ou par des causes non infectieuses d'augmentation de la température corporelle.

ÉPIDÉMIOLOGIE

On estime que la fièvre représente environ le tiers des consultations pédiatriques.

La cause la plus fréquente de fièvre est une infection virale ou bactérienne.

Lors d'une étude menée auprès de jeunes enfants (âgés de 2 à 36 mois) présentant une fièvre sans cause apparente, un virus a souvent été isolé (76 %). Les virus qui ont été les plus souvent isolés étaient l'adénovirus, l'herpèsvirus humain (roséole), les entérovirus et les paréchovirus.

Il n'existe pas de corrélation entre le degré de température et la gravité de la maladie.

TABLEAU CLINIQUE

Souvent, la fièvre cause peu ou pas de symptômes.

Les symptômes causés par l'augmentation de la température du corps sont les frissons, une sensation de froid, la peau marbrée et les extrémités froides. La personne cherche à se réchauffer, elle peut avoir une impression de malaise, une atteinte de l'état général avec fatigue, perte d'appétit et irritabilité. La fièvre entraîne aussi une augmentation des rythmes cardiaque et respiratoire.

De 4 à 5 % des enfants âgés de 3 mois à 5 ans présentent des convulsions lorsque leur température corporelle augmente rapidement. Ces convulsions surviennent surtout chez les enfants âgés de moins de 18 mois ayant une histoire familiale connue de convulsions fébriles. Ce type de convulsions est sans conséquence pour le cerveau de l'enfant.

Lorsque la température redescend, la personne a la peau rouge et chaude, elle présente de la sudation et cherche à se rafraîchir.

Comme la fièvre est souvent causée par une infection, elle est habituellement associée aux signes et symptômes de l'infection par laquelle elle est causée, comme douleur (oreilles et ailleurs), toux, éruption cutanée, céphalée, maux de gorge, etc.

En plus d'une température corporelle élevée, les jeunes enfants souffrant de chaleur accablante peuvent présenter des signes de déshydratation (moins d'urine et urines foncées, peau, lèvres ou bouche sèches, yeux creux et cernés), un mal de tête, des vomissements ou de la diarrhée, de la difficulté à respirer, une couleur anormale de la peau (pâle ou rouge), une agitation inhabituelle, de l'irritabilité, de la confusion, de la somnolence (l'enfant dort beaucoup et est difficile à réveiller). Les enfants plus vieux peuvent aussi présenter des crampes musculaires, de l'épuisement, une syncope (perte de conscience parfois précédée de nausées, vertiges et troubles de vision).

COMPLICATIONS

La personne qui fait de la fièvre à cause d'une infection ne présente pas de risque particulier de complications tant que la fièvre reste au-dessous de 41 °C. Une température au-dessus de 41 °C est plus souvent associée à une hyperthermie avec une incapacité du corps à réduire sa température. Ultimement, l'hyperthermie entraîne un délire, le coma et même la mort.

Puisque la fièvre entraîne une augmentation du rythme cardiaque et du rythme respiratoire, certains enfants présentant des maladies chroniques sont moins tolérants aux effets de la fièvre (exemples : maladies cardiovasculaires et respiratoires, anémie, immunosuppression).

DURÉE DE LA FIÈVRE

La durée de la fièvre varie selon la cause.

PRISE DE LA TEMPÉRATURE

Avant de considérer un enfant comme fiévreux, il est important de bien prendre sa température. Toucher un enfant ne permet pas d'évaluer adéquatement s'il fait de la fièvre ou non.

Pour les mesures d'hygiène concernant les thermomètres, voir la section [Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux](#) au chapitre 4.

Pour la prise de température chez les enfants âgés de moins de 5 ans, voir le *Protocole pour l'administration d'acétaminophène en cas de fièvre* :

www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/SG_protocole_acetaminophene.pdf.

Pour les enfants âgés de 5 ans et plus, la température peut être prise :

- Par voie buccale avec un thermomètre numérique.
- Par voie auriculaire avec un thermomètre tympanique.
- Par l'artère temporale avec un thermomètre de l'artère temporale.

Un thermomètre au mercure ne doit jamais être utilisé, et il faut suivre les recommandations du fabricant du thermomètre utilisé.

PRISE DE LA TEMPÉRATURE PAR VOIE BUCCALE

Il y a fièvre si la température est de 38 °C et plus.

Le thermomètre buccal n'est pas recommandé pour les enfants qui ont de la difficulté à le maintenir sous la langue assez longtemps.

Pour prendre la température par voie buccale :

- S'assurer que la personne n'a pas bu de boisson chaude ou froide au cours des 15 à 30 dernières minutes.
- Placer le bout du thermomètre sous la langue et vers l'arrière.
- S'assurer que la bouche est fermée et que le thermomètre n'est pas tenu en place avec les dents.
- Laisser le thermomètre en place jusqu'au signal sonore.
- Retirer le thermomètre et lire la température.

PRISE DE LA TEMPÉRATURE PAR VOIE AURICULAIRE

Il y a fièvre si la température est de 38 °C et plus.

Le thermomètre tympanique est moins fiable s'il n'est pas bien placé dans le canal auriculaire et s'il y a présence de cérumen. S'il fait froid dehors, l'enfant devrait être à l'intérieur depuis au moins 15 minutes. Suivre les recommandations du fabricant.

Pour prendre la température par voie auriculaire :

- Mettre un embout propre (ou couvre-sonde) à chaque utilisation.
- Tirer doucement l'oreille vers l'arrière et vers le haut.
- Insérer doucement le thermomètre en direction d'un point situé entre l'œil et le lobe de l'oreille opposés jusqu'à ce que le conduit auditif soit entièrement bloqué.
- Appuyer sur le bouton et le maintenir enfoncé pendant 1 seconde.
- Retirer le thermomètre et lire la température.

PRISE DE LA TEMPÉRATURE PAR L'ARTÈRE TEMPORALE

Il y a fièvre si la température est de 38 °C et plus.

Le thermomètre de l'artère temporale est relativement nouveau, mais il est prouvé qu'il est plus précis que le thermomètre tympanique. Des études tendent également à démontrer que la prise de la température par l'artère temporale est aussi précise que la prise par voie rectale. Suivre les recommandations du fabricant.

Pour prendre la température par l'artère temporale :

- Nettoyer l'extrémité sensible du thermomètre avec un tampon d'alcool.
- Placer l'extrémité sensible du thermomètre au centre du front entre les sourcils et la ligne des cheveux.
- Appuyer sur le bouton et le maintenir enfoncé.
- Glisser le thermomètre transversalement jusqu'à la tempe en gardant contact avec la peau.
- Lâcher le bouton et retirer le thermomètre.
- Lire la température.

TRAITEMENT ET MESURES À PRENDRE

Pour la prise en charge de la fièvre et l'administration d'un antipyrétique aux enfants en service de garde, voir le *Protocole pour l'administration d'acétaminophène en cas de fièvre* : www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/SG_protocole_acetaminophene.pdf.

De façon générale, si un enfant fait de la fièvre, il est recommandé :

- De traiter l'infection lorsqu'un traitement spécifique est recommandé.
- D'encourager l'enfant à boire ou le faire boire régulièrement pour lui assurer une hydratation optimale.
- De s'assurer que l'enfant évite les efforts physiques trop intenses.
- D'assurer un environnement confortable. La pièce doit être bien ventilée, et la température ambiante ne doit pas être excessive (autour de 20°C). Éviter les températures ambiantes excessives.
- De s'assurer que l'enfant est habillé ou couvert confortablement. Éviter un habillement excessif.
- Lorsque la fièvre est causée par la chaleur accablante, de rafraîchir la peau avec des serviettes mouillées, bains ou douche tiède. Si la fièvre est causée par une infection, ces méthodes physiques de contrôle de la température ne sont pas vraiment efficaces et peuvent augmenter l'inconfort en provoquant des frissons et la chair de poule.
- Parfois, d'administrer un antipyrétique tel que l'acétaminophène ou l'ibuprofène. Ces médicaments doivent être utilisés selon les indications, contre-indications, mises en garde et dosages recommandés par les fabricants.
- De ne jamais donner de bain d'éponge à l'alcool ou de bain d'eau froide.
- De ne jamais donner d'aspirine.

Aucune étude clinique ne démontre la nécessité de contrôler la fièvre lorsque celle-ci est causée par une infection virale ou bactérienne. Pour juger de la pertinence de traiter la fièvre avec des antipyrétiques, on doit considérer surtout l'état général de l'enfant et sa tolérance aux effets de la fièvre.

Lorsqu'un antipyrétique est administré, il est important de noter l'effet du médicament chez l'enfant. Il est prouvé que, peu importe la gravité de l'infection, la fièvre devrait diminuer après l'administration du médicament. Toutefois, l'état général d'une personne présentant une infection grave est moins susceptible de s'améliorer avec la baisse de la température corporelle.

Le retrait de l'enfant qui fait de la fièvre du service de garde ou de l'école est recommandé si :

- Il ne peut pas participer aux activités régulières.
- Il a besoin de plus de soins que ce que le personnel peut normalement offrir.
- Il présente un changement subit de comportement ou des symptômes associés à la fièvre pouvant suggérer une maladie sévère.

Informez les parents de l'état de l'enfant et les avisez qu'ils doivent venir chercher l'enfant fébrile s'il :

- Est particulièrement irritable.
- Est très endormi, léthargique ou indifférent.
- Présente une respiration sifflante ou une toux persistante.
- Est âgé de moins de 3 mois.
- A une éruption cutanée.
- Présente des vomissements.
- Présente de la diarrhée.
- Manifeste d'autres symptômes inquiétants.

MORSURE, GRIFFURE ET CONTACT AVEC LA SALIVE D'UN ANIMAL

Les morsures d'animaux sont des événements fréquents, surtout chez les enfants. Aux États-Unis, elles représentent 1 % de toutes les consultations dans les urgences pédiatriques et surviennent plus fréquemment durant les mois d'été. Les enfants sont ainsi à risque d'avoir des lésions qui peuvent se surinfecter ou laisser des cicatrices ou, plus rarement, de se trouver exposés à des animaux qui peuvent être atteints de rage. Au Canada, en 2013, 116 cas de rage animale confirmés ont été rapportés. Au Québec, dans les 10 dernières années, le nombre de cas de rage animale était en général à la baisse, s'établissant à 15, seulement en 2013 (14 cas ont été trouvés chez des chauves-souris et 1 cas chez une mouffette). En ce qui concerne la rage humaine, le dernier cas rapporté au Québec remonte à l'année 2000 chez un enfant mordu par une chauve-souris.

Il est donc très important d'apprendre, autant aux jeunes en milieu scolaire qu'aux enfants plus jeunes qui fréquentent les services de garde, à adopter des comportements sécuritaires envers les animaux qui leur sont inconnus, tant domestiques que sauvages, particulièrement les chauves-souris.

CARACTÉRISTIQUES DES PLAIES CAUSÉES PAR DES ANIMAUX

Les chiens causent de 70 à 90 % des morsures. Les morsures de chien donnent des plaies punctiformes ou des lacérations, mais aussi des plaies par écrasement et des lésions plus graves. Les chats causent de 3 à 15 % des morsures. Dans ces cas, la plaie est souvent punctiforme et peut paraître mineure, mais en étant profonde, elle est souvent source de surinfection. Finalement, les morsures de rongeurs (2 à 3 % des cas) sont rarement graves, à cause de la petite taille des dents et de la surface de peau exposée aux mâchoires de ces animaux.

Fréquemment, la morsure est causée par l'animal domestique de la maison ou un animal connu du voisinage (plus de 85 % des cas); elle est rarement causée par un animal errant. Les vétérinaires estiment que, dans plus de la moitié des événements, l'animal s'est trouvé provoqué, même si la provocation était involontaire.

Les enfants âgés de 5 à 9 ans sont ceux qui consultent le plus fréquemment pour morsures, suivis des 9 à 14 ans. Ce sont les plus jeunes enfants qui sont victimes des morsures les plus graves et qui en décèdent le plus. Les garçons sont 2 fois plus souvent que les filles mordus par des chiens. C'est l'inverse pour les morsures de chat. Les enfants sont le plus souvent mordus à la tête, au cou, au visage et aux mains.

RISQUES D'INFECTION DE LA PLAIE

Plusieurs éléments sont à considérer pour évaluer le risque d'infection :

- Le type de blessure (la peau doit avoir été transpercée) :
 - Les abrasions et lacérations superficielles sont moins à risque d'infection qu'une plaie punctiforme. Les plaies punctiformes et profondes (ce qui se produit souvent avec une morsure de chat) sont plus à risque d'infection et peuvent causer des infections importantes comme une ostéomyélite, une ténosynovite ou une arthrite septique;
 - Les plaies par écrasement et les plaies plus étendues graves (requérant un débridement ou ayant atteint un tendon, un os ou une articulation) sont également plus à risque d'infection.
- La localisation : les plaies faites au visage, à la tête, aux mains, aux pieds, aux organes génitaux ou localisées près d'une articulation sont plus à risque.
- Les conditions médicales : certains enfants sont plus à risque, par exemple à cause d'une immunosuppression, d'un diabète ou d'une asplénie.

Les bactéries les plus souvent trouvées comme cause d'infections à la suite des morsures sont celles présentes dans la gueule de l'animal ou sur la peau des personnes mordues : *Pasteurella multocida*, *Staphylococcus aureus*, certains streptocoques ainsi que des bactéries anaérobies.

Les complications qui peuvent survenir comprennent :

- Des cellulites.
- Des abcès.
- Des arthrites septiques.
- Des ténosynovites.
- Des ostéomyélites.

Beaucoup plus rarement, des infections plus graves ont été décrites, par exemple des septicémies ou des endocardites.

Les chats peuvent aussi causer la maladie des griffes de chat, qui se présente le plus souvent par une ou plusieurs adénopathies et qui est parfois associée à de la fièvre.

CONDUITE À ADOPTER

S'il y a eu morsure, griffure ou contact de la salive d'un animal avec une muqueuse ou une plaie fraîche (ayant saigné ou suinté depuis moins de 24 heures), il faut :

- Éloigner les personnes de l'animal.
- Rassurer la victime ainsi que les autres personnes présentes.
- Laver la plaie immédiatement (ou dès que la lésion est découverte) et minutieusement à l'eau courante et au savon, durant une période de 10 à 15 minutes. Se laver les mains avant de laver la plaie (voir la section [Hygiène des mains](#) au chapitre 4). Si possible, porter des gants jetables. Se laver les mains avant de mettre les gants et après les avoir enlevés.

- Évaluer sommairement le risque d'infection (vérifier si le bris cutané est profond ou superficiel, vérifier la localisation, etc.).
- Déterminer le temps écoulé depuis la morsure.
- Recueillir les détails concernant les circonstances de la morsure.
- Recueillir les antécédents médicaux de la victime.
- Consulter Info-Santé 8-1-1, qui évaluera l'exposition et dirigera, au besoin la victime vers un service de santé pour antibiothérapie prophylactique, vaccination antitétanique, soins de la plaie, évaluation du risque de rage, etc.
- Prendre des informations sur l'animal (type d'animal, race, description, nom du propriétaire et coordonnées afin que l'animal puisse être observé pour vérifier la présence de rage) :
 - S'il s'agit d'un animal errant : tenter de l'isoler et communiquer avec le service de police;
 - S'il s'agit d'un animal déjà capturé ou gardé en captivité : le conserver comme tel et éviter qu'il entre en contact avec d'autres personnes;
 - S'il s'agit d'un animal qui est avec son propriétaire (ou dont on connaît le propriétaire) : prendre les coordonnées détaillées du propriétaire.

Il est important de ne pas abattre l'animal parce que le statut de rage est plus facile à établir lorsque l'animal est vivant. L'euthanasie n'est pas souhaitable non plus pour que l'animal puisse être observé.

MESURES PRÉVENTIVES À SUIVRE

Les comportements sécuritaires que doivent avoir les enfants et les jeunes sont :

- Ne jamais toucher à un animal inconnu, même s'il a l'air doux ou même si c'est un bébé.
- Ne jamais s'approcher d'un animal sauvage ou d'un animal inconnu.
- Ne pas s'approcher d'un animal connu sans la présence du propriétaire.
- Aviser une personne responsable si un animal errant ou sauvage est présent dans l'environnement du service de garde ou de l'école.
- Ne jamais séparer 2 animaux.
- Ne jamais déranger un animal qui mange ou dort, ne pas l'agacer, ne pas lui courir après.
- Ne jamais toucher ou prendre dans ses mains un animal mort ou blessé, de quelque façon que ce soit.

Les comportements sécuritaires que doivent avoir les adultes sont :

- S'assurer que les enfants ne s'approchent pas d'un animal inconnu ou sauvage.
- Ne jamais laisser un jeune enfant ou un bébé seul avec un animal, même si cet animal est connu.
- Ne jamais laisser un enfant tenter de flatter ou toucher un chien à travers une clôture.

EXPOSITION À UNE CHAUVÉ-SOURIS

Toutes les chauves-souris peuvent être infectées par le virus de la rage. Toute exposition à cet animal doit être évaluée. Une blessure infligée par une chauve-souris, morsure ou autre, peut parfois passer inaperçue. C'est pourquoi une personne en milieu scolaire ou en service de garde (autant un enfant qu'un adulte) qui a touché à une chauve-souris ou qui a été touchée par une chauve-souris et qui ne peut exclure une morsure, une égratignure ou un contact de la salive avec une plaie ou une muqueuse doit :

- Laver la peau exposée, durant une période de 10 à 15 minutes, avec de l'eau courante et du savon, le plus vite possible après le contact.
- Appeler Info-Santé 8-1-1, qui évaluera l'exposition et dirigera la personne, au besoin, vers un service de santé.

Si une chauve-souris morte ou vivante est trouvée en service de garde ou en milieu scolaire (à l'intérieur ou à l'extérieur) et s'il y a eu un contact physique avec la chauve-souris ou qu'il y a eu morsure ou égratignure ou que cette possibilité ne peut être exclue, il est recommandé :

- De capturer, si possible, la chauve-souris (voir ci-dessous), étant donné qu'une recherche du virus de la rage chez l'animal pourrait être demandée.
- De consulter Info-Santé 8-1-1 pour évaluation de l'exposition.
- De dresser une liste de tous les enfants et adultes qui ont touché à la chauve-souris ou qui ont été touchés par elle ou pour lesquels on ne peut exclure une morsure, une égratignure ou un contact de la salive avec une plaie ou une muqueuse. La PPE antirabique leur sera offerte.
- D'inspecter le bâtiment de l'école ou du service de garde afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'autres chauves-souris qui y sont logées. En effet, les chauves-souris peuvent se glisser dans de petits orifices (de la grosseur d'une pièce de 10 cents) d'un bâtiment et nicher dans certains espaces (comme un grenier).
- Lorsque des chauves-souris sont aperçues plus d'une fois, une inspection du bâtiment par un professionnel et des correctifs devraient être exigés.
- La fermeture temporaire du service de garde ou de l'école (dans l'attente de l'inspection et de l'exécution des travaux) pourrait être jugée nécessaire.

Capture sécuritaire d'une chauve-souris pour éviter toute exposition

- Toujours porter des gants épais.
- Isoler la chauve-souris dans une pièce en fermant les portes et les fenêtres. Faire sortir toute autre personne de la pièce.
- Si la chauve-souris est vivante, attendre qu'elle se pose. La capturer à l'aide d'un contenant déposé par-dessus elle. Glisser un carton rigide sous le contenant pour l'emprisonner. Fixer le carton au contenant avec du ruban adhésif afin d'éviter tout contact avec l'animal.
- Si la chauve-souris est morte, utiliser une pelle pour la récupérer. La déposer dans 2 sacs épais, placés l'un dans l'autre. Conserver ces sacs au congélateur.
- Se laver les mains après avoir capturé la chauve-souris.
- Attendre l'avis de la direction de santé publique avant de libérer la chauve-souris.

Pour plus de détails, voir la brochure du MSSS à ce sujet :
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-277-01F.pdf>.

AMÉNAGEMENT DES LIEUX POUR ÉVITER LES EXPOSITIONS AUX CHAUVES-SOURIS :

- S'assurer que les portes et les fenêtres susceptibles d'être ouvertes sont munies de moustiquaires en bon état.
- Fermer en tout temps les portes extérieures et les fenêtres non équipées de moustiquaires.
- Fixer une moustiquaire aux événements qui doivent rester ouverts (ex. : événements de ventilation).
- Ne jamais installer de nichoir à chauve-souris.

PIQÛRE DE TIQUE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

DÉFINITION

Les tiques sont des acariens parasites des animaux vertébrés. Elles se nourrissent du sang des vertébrés, principalement des mammifères terrestres et des oiseaux. Elles peuvent être porteuses d'agents infectieux (bactéries, parasites et virus).

Les tiques dures (famille des Ixodidés) sont celles qui piquent le plus souvent l'homme, notamment parce qu'elles se trouvent dans des environnements où elles peuvent entrer en contact avec les êtres humains. Elles se trouvent dans les hautes herbes, les buissons, les amas de feuilles et les régions boisées. Elles sont généralement près du sol, souvent dans les zones ombragées. Pour être piquée par une tique, une personne doit se frotter aux herbes, car les tiques ne sautent pas et ne volent pas.

Les tiques sont relativement communes en Amérique du Nord. Certaines espèces de tiques peuvent transmettre des maladies infectieuses à l'être humain par une piqûre, dont la maladie de Lyme (voir la section correspondante au chapitre 7), la babésiose et la tularémie. Au Québec, la tique à pattes noires (*Ixodes scapularis*) est l'espèce qui transmet la maladie de Lyme. Sa présence a été décrite dans plusieurs régions du Québec.

ÉCOLOGIE DE LA TIQUE DURE (FAMILLE DES IXODIDÉS)

Ces tiques peuvent être actives à tout moment de l'année lorsque les températures sont au-dessus du point de congélation. Les tiques ont 3 stades de développement : larve, nymphe et adulte. Les nymphes et les tiques adultes sont les plus susceptibles de piquer l'humain. Les tiques adultes sont particulièrement présentes au printemps et en automne, alors que les nymphes sont présentes en début d'été.

TABLEAU CLINIQUE DE LA PIQÛRE DE TIQUE

Les tiques se nourrissent de sang en s'accrochant à la peau d'un être humain ou d'un animal. Elles se gonflent lentement de sang sur une période allant de 3 à 7 jours.

Une tique fixée à la peau se présente comme une petite excroissance en forme de goutte, un peu luisante et indolore. Souvent, à l'œil nu, on peut distinguer les parties buccales de la tique et ses pattes. La piqûre peut se situer sur n'importe quelle partie du corps, mais elle est plus souvent située aux régions pileuses exposées (y compris la tête chez les enfants) et là où les vêtements sont serrés, par exemple à la taille et aux aisselles.

La plupart des piqûres de tique ne causent pas de problèmes de santé sérieux. La piqûre peut parfois être associée à une réaction d'hypersensibilité qui, dans les heures suivant la piqûre, peut causer une rougeur de la peau de moins de 5 cm qui disparaît en 24 à 48 heures. Cette réaction n'est habituellement pas grave. Des cas rares d'anaphylaxie ont été décrits.

Lorsqu'un individu fait la maladie de Lyme (voir la section correspondance au chapitre 7), les symptômes cutanés sont différents et apparaissent plus tardivement.

MESURES À PRENDRE

En cas de piqûre de tique, il est recommandé de :

- Après avoir avisé les parents, retirer la tique immédiatement de la façon décrite dans l'encadré ci-dessous.
- S'assurer qu'il n'y a pas d'autres piqûres ou d'autres tiques sur la personne. Celle-ci devrait s'examiner ou se faire examiner par un proche ou un responsable.
- Prendre en note la date, le lieu de la piqûre et le site du corps où la tique a été trouvée. Ces informations peuvent être utiles si une consultation médicale ultérieure est requise.
- Remettre la tique aux parents en même temps que la lettre.
- Diriger vers un médecin les personnes pour qui la prescription d'un antibiotique en prophylaxie est indiquée. Aussi, après une exposition dans une zone d'endémie aux États-Unis, en Europe ou ailleurs au Canada, une prophylaxie pourrait être envisagée. Pour plus de détails, voir www.sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/maladie-de-lyme ou consulter Info-Santé 8-1-1.
- Surveiller l'apparition de symptômes durant le mois suivant la piqûre. Si des symptômes de la maladie de Lyme apparaissent (voir la section correspondante au chapitre 7), il est important de consulter un professionnel de la santé rapidement.

Retrait de la tique

Utiliser une pince fine. Éviter d'utiliser les doigts ou les ongles, pour éviter d'écraser la tique ou de la perforer, car cela augmente le risque de transmission de la maladie.

Saisir la tique le plus près possible de la peau. Ne pas presser l'abdomen de la tique, car cela augmente le risque de transmission de la maladie.

Tirer doucement, mais fermement, de façon continue. Éviter de tourner la tique, de lui presser la tête ou de l'écraser. Si la tête de la tique reste dans la peau, la retirer délicatement avec la pince. Cette partie ne peut plus transmettre la maladie.



Source : <http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/retrait-de-la-tique-en-cas-de-piqure/>

Mettre la tique dans un contenant étanche et bien fermé comme un contenant à pilules vide.

Note : En cas de consultation, le médecin pourrait décider de faire analyser la tique, afin de contribuer au programme provincial de surveillance des tiques. Par l'analyse de tiques, on vise à mieux comprendre la distribution des tiques à pattes noires et des agents pathogènes associés au Québec. Cette analyse n'est pas utile pour poser un diagnostic de maladie ou pour déterminer si un traitement est nécessaire.

Après avoir enlevé la tique, nettoyer la peau avec de l'eau et du savon, puis se laver les mains.

Si la tique ne peut pas être retirée parce qu'elle est enfoncée profondément dans la peau, un professionnel de la santé devrait être consulté.

MESURES DE PRÉVENTION

La meilleure façon de prévenir les maladies transmises par les tiques est d'éviter les piqûres. Les mesures suivantes sont encouragées :

- Porter des vêtements longs et clairs. Les tiques seront plus visibles sur les vêtements clairs.
- Mettre le chandail dans le pantalon et le bas du pantalon à l'intérieur des chaussettes ou porter des vêtements refermés à la taille, aux poignets et aux chevilles.
- Porter un chapeau.
- Porter des chaussures fermées.
- Utiliser un insectifuge. De préférence, utiliser un insectifuge à base de DEET (aussi appelé *diéthyltoluamide*) ou d'icaridine (aussi appelée *picaridine* ou *KBR 3023*) :
 - Pour l'application d'insectifuge en service de garde, se référer au protocole d'application d'insectifuge et au formulaire d'autorisation pour l'application d'un insectifuge à l'adresse suivante : https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/SG_protocole_insectifuge_dynamique.pdf;
 - Pour l'application d'insectifuge en milieu scolaire, voir l'encadré *Principes de base pour l'application d'insectifuge (chasse-moustiques)* à la page suivante.
- Encourager la recherche des piqûres de tique. Une inspection de la peau est recommandée à la suite d'activités extérieures qui se sont déroulées dans un milieu rural ou boisé où une exposition à des tiques est possible (ex. : randonnée, camping). Les parents des enfants vivant dans des régions boisées ou rurales devraient procéder quotidiennement à l'inspection de la peau de leur enfant. Le risque de transmission de la maladie de Lyme est faible si la tique reste accrochée moins de 24 heures.

ENVIRONNEMENT

Pour rendre l'environnement moins propice à la survie des tiques, il est recommandé de :

- Couper les herbes hautes et les broussailles ainsi que tondre le gazon.
- Enlever les feuilles mortes, les broussailles et les mauvaises herbes qui se trouvent sur la pelouse et au bord des réserves de bois et du cabanon.
- Créer un écart entre le boisé et la pelouse (ou le patio ou l'aire de jeux) par l'installation au sol d'une bande (d'une largeur d'au moins 3 mètres) faite de copeaux de bois, de paillis ou de gravier.
- Aménager les aires de jeux loin des arbres, dans un endroit ensoleillé.
- Empiler le bois avec soin, à l'abri et au sec, et débarrasser la cour des vieux meubles ou accessoires. Cela peut éloigner les rongeurs, qui attirent les tiques.

Principes de base pour l'application d'insectifuge (chasse-moustiques)

Le chasse-moustiques est contre-indiqué chez les enfants de moins de 6 mois.

Choisir le chasse-moustiques en fonction des recommandations par groupe d'âge. Se référer au Portail santé mieux-être du MSSS : www.sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/se-proteger-des-piqures-de-moustiques/#-moustiques.

Privilégier les produits à base de DEET ou d'icaridine.

Toujours suivre le mode d'emploi inscrit sur l'étiquette du produit et respecter les périodes d'application indiquées.

Appliquer le produit en petite quantité, seulement sur les parties du corps non protégées par des vêtements. Ne pas appliquer sous les vêtements.

Pour prévenir les piqûres à la tête ou au visage, appliquer de préférence le chasse-moustiques sur un chapeau ou une casquette.

Ne pas appliquer le produit sur une peau irritée ou brûlée par le soleil, sur des coupures ou sur des égratignures.

Éviter tout contact avec les yeux et la bouche. Éviter aussi d'appliquer le produit sur les mains d'un enfant ou un objet qu'il pourrait ensuite porter à ses yeux et à sa bouche.

Lors de contact avec les yeux, rincer immédiatement et abondamment les yeux.

Lorsqu'une réaction allergique est soupçonnée, laver la peau abondamment et communiquer avec Info-Santé 8-1-1.

Lorsque la protection n'est plus nécessaire, laver la peau à l'eau savonneuse.

Superviser l'application de chasse-moustiques par les enfants en âge de le faire eux-mêmes.

Ne pas utiliser de produits qui servent à la fois de chasse-moustiques et de crème solaire. Une crème solaire doit être appliquée généreusement et fréquemment, alors qu'un insectifuge doit être appliqué en quantité minimale.

Si une protection solaire est requise en même temps qu'une protection contre les piqûres de tique, appliquer d'abord la protection solaire, attendre au moins 15 minutes, puis appliquer le chasse-moustiques.

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Retrait d'une tique de la peau de _____ (nom de l'enfant)

Chers parents,

Aujourd'hui, nous avons remarqué une tique sur la peau de votre enfant. Nous l'avons enlevée et nous l'avons déposée dans le contenant ci-joint.

La tique était située : _____.

Une piqûre de tique peut causer la maladie de Lyme, mais le risque est faible. Si votre enfant présente un ou des symptômes dans les 3 à 30 jours après avoir été piqué, communiquez avec Info-Santé 8-1-1 ou consultez un médecin. Si vous consultez un médecin, apportez-lui la tique, il pourrait décider de la faire analyser.

Voici les symptômes à surveiller :

- Une rougeur sur la peau de plus de 5 cm (2 pouces), particulièrement si cette rougeur a les contours foncés et le centre clair.
- De la fièvre.
- De la fatigue.
- Des maux de tête.
- Des douleurs aux muscles et aux articulations.

Un antibiotique en prévention peut être recommandé à la suite d'une piqûre de tique (même en l'absence de symptômes) selon la région géographique où la piqûre a eu lieu. Contactez Info-Santé 8-1-1 pour vérifier si la région est à risque.

Pour plus de renseignements, vous pouvez également visiter l'adresse suivante : www.sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/maladie-de-lyme/.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

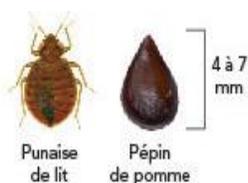
PUNAISES DE LIT

INFORMATIONS GÉNÉRALES

DÉFINITION

Les punaises de lit (*Cimex lectularius*) sont des insectes piqueurs qui se nourrissent du sang des personnes pendant leur sommeil. Les punaises de lit piquent rarement les animaux.

Les punaises de lit sont de forme ovale et aplatie. Elles mesurent de 4 à 7 mm de longueur et ressemblent à un pépin de pomme aplati. Elles sont généralement brunes. Lorsqu'elles sont gorgées de sang, leur couleur varie du rouge au brun foncé.



Contrairement aux poux, les punaises de lit ne vivent pas sur les personnes.

Les œufs des punaises de lit sont blanchâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle. Ils sont disposés en grappes et fixés un peu partout dans de petits espaces serrés. Ils éclosent de 10 à 14 jours après avoir été pondus.

Les punaises de lit ne sautent pas et ne volent pas. Elles se déplacent à la vitesse d'une fourmi. Leur durée de vie est de 5 à 6 mois si elles se nourrissent régulièrement. Sans nourriture, elles peuvent survivre en état de dormance pendant environ 1 an.

Les punaises de lit ne transmettent aucune maladie à la personne qu'elles piquent.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Selon les résultats de sondages effectués de 2010 à 2014 par la DSP de Montréal, environ 2,7 % des ménages montréalais ont eu des punaises de lit dans l'année précédant le sondage.

La prise en charge inadéquate des immeubles infestés de punaises de lit, l'utilisation inadéquate d'insecticides pour les exterminer, la possible capacité de l'insecte à développer de la résistance aux insecticides, les déplacements plus fréquents des individus (les déménagements, le tourisme) et les échanges de meubles et de vêtements d'occasion sont tous des facteurs qui pourraient expliquer la recrudescence des infestations de punaises de lit.

ÉCOLOGIE DE LA PUNAISE DE LIT

Surtout actives la nuit, les punaises de lit vivent principalement dans la chambre à coucher, près du dormeur. Fuyant habituellement la lumière, elles se cachent dans des endroits sombres, étroits et peu accessibles (aussi fins qu'une fente de l'épaisseur d'une carte de crédit), ce qui les rend difficiles à repérer.

Selon l'importance de l'infestation, les punaises de lit peuvent se disperser dans tout le domicile. Au début de l'infestation, elles se tiennent près du lit ou de tout autre endroit où les personnes peuvent dormir. Lorsque l'infestation prend de l'ampleur, les punaises de lit peuvent se trouver :

- Sur le sommier, sur les coutures et le dessous du matelas, dans les ourlets des articles de literie.
- Sur la tête de lit et le mobilier de chambre, dans les tiroirs.
- Sur les vêtements, dans les sacs à dos ou à main et les valises.
- Sur les chaises, les fauteuils roulants, les sofas et les housses.
- Dans les tapis et sur les rideaux.
- Sur les moulures et les cadres de fenêtres ou de portes.
- Derrière les plinthes et les prises électriques.
- Sur la tapisserie décollée, les cadres et les affiches.
- Dans les fissures dans le plâtre, le bois ou le plancher.
- Sur les papiers, dans les livres, sur les téléphones, les radios et les horloges.

Comme les punaises de lit ne vivent pas sur l'être humain, elles ne se transmettent pas d'une personne à l'autre.

Toutefois, les punaises de lit peuvent se propager d'un milieu à l'autre ou à l'intérieur d'un bâtiment, par exemple des façons suivantes :

- En se déplaçant d'un logement à l'autre par les murs, les plafonds et les planchers, en se faufilant dans la tuyauterie, les conduits, les câbles électriques ou d'autres ouvertures.
- En étant transportées :
 - dans des articles d'usage courant infestés, tels que des vêtements, des sacs à main, des sacs à dos, des sacs à couches, des matelas, des sofas;
 - par des articles infestés lors des déménagements;
 - par les draps, les vêtements ou tout autre textile infesté apportés dans les salles de lavage ou les buanderies;
 - par les articles usagés infestés achetés dans les marchés aux puces, les friperies, les commerces de meubles usagés;
 - lors de la cueillette de meubles ou d'objets infestés laissés dans la rue (ex. : matelas, sofa);
 - pendant les voyages, dans les bagages, les sacs, les vêtements ou les sacs de couchage infestés.

Des infestations ont été rapportées dans divers milieux tels que les maisons, les logements, les hôtels, les refuges pour sans-abri, les établissements de santé et les résidences pour personnes âgées. Les punaises de lit peuvent se trouver même dans les lieux les plus propres.

La prolifération des punaises de lit et l'infestation sont rares en milieu scolaire, car les punaises de lit y sont plutôt en transit. Il en est de même pour les lieux publics comme le transport en commun et le cinéma. La présence d'une punaise de lit dans ces lieux ne signifie pas qu'ils sont infestés.

Contrairement aux écoles, les services de garde offrent des conditions plus propices à la prolifération des punaises de lit, car les enfants y font la sieste.

TABLEAU CLINIQUE DE LA PIQÛRE DE PUNAISE DE LIT

Les piqûres de punaises de lit sont souvent nombreuses, alignées ou groupées sur la peau. Elles se trouvent surtout sur les parties du corps du dormeur laissées découvertes pendant le sommeil comme les bras, les épaules, le dos, le ventre et les jambes.

Les symptômes provoqués par les piqûres des punaises de lit peuvent varier d'une personne à l'autre. Certaines personnes ne réagissent pas du tout aux piqûres. D'autres peuvent présenter des réactions plus graves, par exemple de l'urticaire ou une réaction allergique plus intense.



Les principaux symptômes sont les suivants :

- Boursoufflures rouges semblables à celles causées par les piqûres de moustique.
- Démangeaisons qui peuvent parfois être fortes et très désagréables. L'intensité des démangeaisons est plus forte tôt le matin, mais elle diminue au cours de la journée.
- Lésions de grattage et surinfection de la peau.

Les lésions causées par les piqûres disparaissent naturellement après quelques heures ou quelques jours. Toutefois, de nouvelles lésions peuvent apparaître tant qu'il y a des punaises.

Source : Oliver AREND, "File: Bed bug bites around left wrist. jpg", [En ligne], *Wikimedia Commons*, 29 juillet 2013, 11 h 52. [commons.wikimedia.org/wiki/File:Bed_bug_bites_around_left_wrist.jpg] (Consulté le 28 septembre 2016)

Une infestation de punaises doit être traitée rapidement. Tarder à le faire peut avoir des conséquences importantes sur la qualité de vie. Par exemple, les personnes qui sont victimes d'une infestation pourraient :

- Avoir des problèmes de sommeil.
- Se sentir anxieuses.
- Vivre de l'insécurité.
- Se sentir honteuses.
- Vivre de l'isolement.

D'autres problèmes moins fréquents, tels qu'une anémie ferriprive, un impétigo ou une cellulite, peuvent être associés aux punaises de lit.

MESURES À PRENDRE

MESURES DE CONTRÔLE

L'école ou le service de garde devrait se donner un plan d'action pour la prévention et la gestion des infestations, pour déterminer qui fait quoi et quand. Une personne devrait être nommée responsable du dossier des punaises de lit. Toutefois, l'ensemble du personnel devrait apprendre à repérer tout indice sur la peau et surveiller les signes indicateurs de la présence de punaises de lit dans l'environnement.

Les indices qui peuvent témoigner de la présence de punaises de lit sont :

- Des lésions cutanées (voir tableau clinique).
- Des excréments de punaises de lit : petites taches noirâtres sur les draps, le matelas ou le sommier.
- Du sang frais ou séché dont elles se sont gorgées.
- Du sang provenant de lésions grattées.
- Des punaises de lit vivantes ou mortes.
- Des peaux de punaises qui ont mué.
- Des œufs dans le lit ou près du lit.

Si des indices de la présence de punaise de lit sont observés au service de garde ou à l'école, appliquer les recommandations contenues dans :

- Les outils disponibles pour les écoles et les services de garde. Ces outils sont destinés aux directions, aux gestionnaires et au personnel des écoles et des services de garde. Ils sont disponibles à l'adresse suivante sous *Recommandations spécifiques, Milieu scolaire et service de garde* :
www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/punaises-de-lit/recommandations-specifiques.php.
- La fiche d'intervention *Punaises de lit : mesures de prévention et d'intervention en milieu scolaire ou en service de garde*. Cette fiche est disponible à l'adresse suivante :
publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-206-02W.pdf.

Si des lésions de piqûres de lit sont observées sur la peau d'un enfant ou d'un membre du personnel :

- Ne pas exclure le sujet.
- Aviser les parents à la fin de la journée de la présence des lésions.
- Nettoyer la peau avec de l'eau fraîche et un savon pour la peau, doux et non parfumé.
- Recommander d'éviter le grattage des lésions pour prévenir les infections de la peau.
- Selon la gravité des lésions, le sujet peut être appelé à consulter un professionnel, car un antiseptique, des corticostéroïdes et un antihistaminique peuvent être recommandés.
- Surveiller les signes de surinfection. Diriger vers un professionnel de la santé en présence d'infection.

Si une infestation du domicile d'un enfant ou d'un membre du personnel fréquentant le service de garde ou l'école est signalée :

- Ne pas exclure le sujet.
- La personne responsable du dossier des punaises de lit devrait rencontrer les personnes concernées et revoir avec elles les mesures à prendre pour limiter la propagation.
- Les mesures de prévention doivent être mises en place rapidement et discrètement, de façon à ne pas stigmatiser quiconque aux prises avec ce problème.
- L'utilisation de moyens de contrôle physiques (vapeur) ou chimiques peut être requise pour exterminer les punaises et empêcher leur dispersion.
- Il est très important et nécessaire d'utiliser les services d'un exterminateur certifié. L'utilisation inadéquate d'insecticides peut causer des problèmes de santé chez les occupants par contact avec la peau, la bouche ou les yeux (ex. : insecticides vaporisés directement sur le matelas). Les propriétaires et les locataires sont particulièrement à risque lorsqu'ils décident d'épandre eux-mêmes les insecticides.
- Pour assurer l'efficacité de l'extermination, la préparation des lieux est essentielle. Pour connaître toutes les étapes de cette préparation, consulter le Portail santé mieux-être à l'adresse suivante : sante.gouv.gc.ca/conseils-et-prevention/proceder-a-l-extermination-de-punaises-de-lit/.
- Rester vigilant devant l'anxiété et les troubles psychologiques qui peuvent accompagner une infestation.

MESURES D'HYGIÈNE ET ENVIRONNEMENT

Idéalement, les effets personnels des enfants, des élèves et des membres du personnel ne devraient pas être mélangés, même en l'absence de punaises de lit. Si l'aménagement des lieux le permet, tous les effets personnels des enfants, des élèves ou des membres du personnel devraient être rangés dans des cases individuelles ou des contenants individuels hermétiques.

ENFANTS IMMUNOSUPPRIMÉS

On considère comme immunosupprimés :

- Les enfants souffrant d'un déficit congénital de l'immunité humorale ou cellulaire ou d'une infection par le VIH avec atteinte du système immunitaire.
- Les enfants qui reçoivent un traitement immunosuppresseur pour contrôler une maladie inflammatoire (y compris une corticothérapie).
- Les enfants atteints d'une néoplasie pendant la période d'immunosuppression.
- Les enfants qui ont subi une greffe d'organe ou de moelle osseuse.

En outre, au même titre que celui qui prend un agent immunosuppresseur, l'enfant asthmatique peut, à l'occasion, être contraint de prendre pendant plus de 14 jours des corticostéroïdes à des doses élevées. L'immunosuppression diminue la capacité de l'enfant à se défendre contre les infections. En service de garde ou en milieu scolaire, les enfants immunosupprimés ont un risque augmenté de contracter une maladie infectieuse à cause de leurs contacts avec d'autres enfants (potentiellement malades ou porteurs d'agents infectieux) ainsi qu'à cause des caractéristiques inhérentes au milieu.

À cause d'une fréquente exposition dans l'enfance, la varicelle est la maladie infectieuse qui pose le plus grand risque pour l'enfant immunosupprimé (encéphalite, pneumonie, maladie disséminée). Chez lui, elle peut être mortelle. L'instauration du programme de vaccination provincial contre la varicelle a permis de réduire l'incidence de ce problème. Ainsi, les parents de tout enfant immunosupprimé 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 ou l'école, qui les avisera chaque fois qu'un cas de varicelle se déclarera afin qu'un traitement préventif approprié puisse être amorcé rapidement.

De même, les parents des enfants asthmatiques doivent être informés de l'importance de la vaccination contre la varicelle. Ils doivent aussi être avisés si un cas de varicelle se déclare au service de garde ou à l'école afin qu'ils puissent évaluer la probabilité que leur enfant soit en période d'incubation de la varicelle si jamais une crise d'asthme survient après une exposition significative. Le médecin pourrait alors décider de modifier le traitement en conséquence.

Dans certains cas particuliers, lorsque les bénéfices de la vaccination dépassent les risques, des vaccins vivants peuvent être administrés aux immunosupprimés. Tous les vaccins inactivés (non vivants) peuvent être donnés, mais leur efficacité peut être réduite, selon le type et le degré de l'immunosuppression.

Pour ce qui est des infections respiratoires et entériques, le risque de les contracter varie selon l'agent infectieux et selon le type d'immunosuppression qui touche l'enfant. Le médecin traitant est la meilleure personne pour conseiller les parents quant à la fréquentation du service de garde ou de l'école. Les enfants immunosupprimés font partie de la clientèle à risque de complications de la grippe et ils devraient être vaccinés chaque année, de même que leur entourage.

L'enfant souffrant d'anémie falciforme est immunosupprimé en raison de son asplénie fonctionnelle. Les infections causées par des bactéries encapsulées (entre autres, pneumocoque, salmonelle, *Hæmophilus influenzae*) sont particulièrement dangereuses pour lui. C'est pourquoi il doit recevoir des vaccins contre le pneumocoque et le méningocoque en surplus aux vaccins déjà prévus au calendrier régulier de vaccination.

Même si la plupart des infections en service de garde et en milieu scolaire sont d'origine virale et que la fréquentation de ces milieux n'accroît que très peu le risque d'infections bactériennes, les parents et le personnel du service de garde ou de l'école doivent être particulièrement vigilants et prendre la température lors d'un changement de l'état général de l'enfant. La fièvre peut être associée aux infections bactériennes. L'enfant doit consulter le médecin d'une urgence d'un centre hospitalier et recevoir des antibiotiques par voie parentérale dès qu'il présente de la fièvre.

Par ailleurs, les personnes immunosupprimées devraient consulter leur médecin avant de pratiquer une activité de baignade.

ENFANTS SOUFFRANT DE MALADIE CARDIAQUE OU PULMONAIRE OU NÉS PRÉMATURÉMENT ET INFECTIONS RESPIRATOIRES

Certains enfants courent plus de risques de complications consécutives à certaines infections respiratoires, dont :

- Les enfants qui ont une maladie cardiaque chronique, par exemple cardiomyopathie, cardiopathie cyanogène ou insuffisance cardiaque.
- Les enfants qui ont une maladie pulmonaire chronique, par exemple l'asthme, la fibrose kystique du pancréas ou une autre condition qui entraîne un risque d'aspiration ou une diminution de l'évacuation des sécrétions.
- Les enfants qui sont nés prématurément.

Il est important que les parents s'informent auprès de leur médecin traitant du risque lié à la fréquentation d'un service de garde ou d'une école et des mesures susceptibles de diminuer le risque d'infection. On peut diminuer ce risque en limitant le nombre de contacts avec d'autres enfants au moment où les virus circulent, soit en retirant l'enfant temporairement du milieu, soit en choisissant un service de garde en milieu familial ou de plus petite taille.

Autres suggestions :

- Vaccination et médication contre la grippe. La grippe peut être plus grave lorsque l'enfant souffre d'une maladie chronique. La vaccination de l'enfant et de sa famille avant la saison grippale peut prévenir l'infection ou ses complications. Aussi, certains antiviraux peuvent être utilisés, particulièrement dans un contexte où l'enfant contracte la grippe. Ces antiviraux sont davantage efficaces s'ils commencent à être pris dès le début des symptômes. Il pourrait aussi être judicieux de consulter le médecin traitant lors d'un contact avec une personne infectée pour prévoir la vaccination, un traitement préventif ou un traitement précoce, le cas échéant.
- Vaccination contre le pneumocoque. Le risque d'infection invasive par le pneumocoque est accru chez les enfants ayant une maladie cardiaque ou pulmonaire chronique (l'asthme n'est pas un facteur de risque, à moins d'une corticothérapie prolongée) et durant la première année de vie des enfants nés prématurément (< 32 semaines) ou de très faible poids à la naissance (< 1 500 g). Pour ces enfants, le calendrier de vaccination contre le pneumocoque doit être adapté. Pour plus d'information, voir le PIQ (www.msss.gouv.qc.ca/immunisation/piq).
- Administration d'anticorps contre le VRS. Pour certains enfants prématurés ou présentant une maladie pulmonaire chronique ou une cardiopathie, on recommande l'administration de traitements préventifs contre le VRS, responsable de la bronchiolite. Des anticorps monoclonaux intramusculaires sont administrés durant la période de circulation du virus à certains de ces enfants âgés de moins de 2 ans.
- Vaccination pour la famille de l'enfant. La vaccination de l'entourage doit aussi être mise à jour pour la protection de l'enfant, particulièrement contre la grippe, la coqueluche et la varicelle. La coqueluche est plus grave chez les enfants âgés de moins de 6 mois, particulièrement chez les enfants prématurés. On sait que l'immunité contre la coqueluche diminue avec le temps et qu'une dose de rappel est administrée à partir de l'adolescence.

Par ailleurs, les services de garde doivent s'assurer de bien informer les parents des infections qui surviennent, en particulier la varicelle, la bronchiolite et la grippe. Le milieu scolaire peut aussi collaborer avec les parents d'enfants avec maladies chroniques en les avisant des infections.

FEMME ENCEINTE

Dans cette section, seules les particularités liées à la femme enceinte et son ou ses fœtus sont présentées. Pour plus de renseignements sur chacune des maladies, voir les sections correspondantes du chapitre 7.

Pour plus d'information sur la vaccination des femmes enceintes et de leur entourage, notamment contre la rubéole, la rougeole, la varicelle, la coqueluche et la grippe (l'influenza), voir le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) : www.msss.gouv.qc.ca/immunisation/piq/.

RISQUES INFECTIEUX POUR LE FOETUS

Les mères de nourrissons et les femmes enceintes (travailleuses, stagiaires ou élèves) en service de garde ou en milieu scolaire sont plus exposées aux infections susceptibles de présenter des risques pour le fœtus ou le nouveau-né.

Les infections les plus souvent en cause sont :

- Le cytomégalovirus.
- Le parvovirus B19 (érythème infectieux ou cinquième maladie).
- La rubéole.
- La rougeole.
- Les oreillons.
- La varicelle.
- La coqueluche.

CYTOMÉGALOVIRUS

Entre 10 et 70 % des enfants en service de garde excrètent le cytomégalovirus, surtout dans l'urine et la salive. L'excrétion peut persister plusieurs mois même après une infection asymptomatique, surtout chez les enfants âgés de moins de 36 mois. Ce sont les enfants dans ce groupe d'âge qui risquent le plus de transmettre l'infection aux travailleuses enceintes en service de garde. Ces travailleuses présentent un risque de contracter l'infection de 5 à 10 fois plus élevé que la population générale.

Les femmes les plus à risque d'avoir un enfant avec une infection congénitale à cytomégalovirus sont celles qui n'ont jamais été infectées et qui n'ont pas d'anticorps contre le cytomégalovirus. Cependant, même les femmes qui ont déjà fait une infection à cytomégalovirus 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 24 %. La possibilité d'une infection pendant la grossesse est donc élevée. Dans 1 à 5 % des cas, l'enfant pourra naître avec des signes cliniques d'infection congénitale à cytomégalovirus. On estime que de 5 à 15 % des enfants infectés, mais ne présentant pas de symptômes à la naissance, présenteront des séquelles comme la surdité neurosensorielle, le retard du développement psychomoteur ou de la déficience visuelle. L'infection congénitale à cytomégalovirus est la principale cause infectieuse d'atteinte cognitive et de la surdité neurosensorielle.

Toutes les femmes enceintes qui sont en contact avec de jeunes enfants 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 et éviter de porter à la bouche, aux yeux ou au nez, les mains ou 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 cytomégalovirus étaient plus motivées à suivre les recommandations s'appliquant à elles et, ce faisant, diminuaient l'acquisition de l'infection.

PARVOVIRUS B19 (CINQUIÈME MALADIE OU ÉRYTHÈME INFECTIEUX)

Le parvovirus B19 est une affection qui est bénigne chez l'enfant, mais qui peut être dommageable pour le fœtus (avortement spontané, retard de croissance intra-utérin, *hydrops fœtalis*) si la mère contracte l'infection durant la grossesse. Le risque est plus important si l'infection survient dans la 1^{re} moitié de la grossesse. Toutefois, aucune infection n'a été rapportée avant la 8^e semaine de grossesse.

La maladie est plus fréquente chez les enfants âgés de 4 à 10 ans. Les éclosions surviennent plus souvent dans les écoles à la fin de l'hiver ou au début du printemps. Ces éclosions sont souvent le reflet d'une circulation du virus dans la communauté, incluant des infections asymptomatiques.

Lorsqu'une éclosion se produit dans une école ou un service de garde, de 19 à 31 % des éducatrices ou des enseignants non immuns feront l'infection. Toutefois, les contacts à la maison demeurent la source majeure d'infection, où 50 % des personnes réceptives feront l'infection. Le risque estimé de contamination d'une femme enceinte dans la population en général est de 3 %, ce risque augmentant à 16 % pour les enseignantes et à 9 % pour les éducatrices en service de garde avec un risque de décès du fœtus estimé entre 2 et 6 %.

RUBÉOLE

Le virus de la rubéole cause des malformations congénitales lorsqu'il infecte le fœtus dans les 20 premières semaines de la grossesse. On peut prévenir facilement cette maladie par la vaccination. Toute femme en âge de procréer devrait être protégée contre ce virus, soit parce qu'elle a reçu le vaccin, soit parce qu'elle a fait la maladie et a une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la rubéole à un titre ≥ 10 UI/ml. La vaccination recommandée n'est pas la même pour tous les pays, d'où l'importance :

- De vérifier le statut vaccinal de toutes les femmes en âge de procréer avant la grossesse et, le cas échéant, de mettre à jour leur vaccination.
- De mettre à jour la vaccination de leur entourage car la femme ne peut pas être vaccinée pendant sa grossesse.

L'enjeu avec la prévention de la rubéole congénitale est que le virus provoque, particulièrement chez l'enfant, une maladie bénigne qui peut passer inaperçue. De plus, la rubéole est contagieuse 7 jours avant l'apparition de l'éruption. En raison de cas importés et de groupes refusant la vaccination, la rubéole est susceptible de circuler, mais cela survient rarement. Les femmes enceintes exposées sont généralement celles en contact avec des enfants et des jeunes.

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 pour toutes les femmes nées depuis 1970 qui n'ont pas fait la rougeole.

Depuis 2002, la rougeole était considérée comme éliminée de l'Amérique. Toutefois, quelques épidémies sont survenues dans les dernières années, dont celle qui a sévi dans plusieurs régions du Québec en 2011. Lors de cette épidémie, 53 % des cas ont acquis l'infection dans le milieu scolaire. C'est pourquoi une vaste campagne de rattrapage de vaccination a eu lieu dans les écoles québécoises de novembre 2011 à juin 2012. Le risque de contracter la rougeole demeure très faible dans un service de garde ou une école lorsque la vaccination des personnes est à jour.

Si une femme enceinte née depuis 1970 et considérée comme non protégée vient en contact avec un cas de rougeole, elle doit consulter dans les plus brefs délais son médecin, qui évaluera la nécessité de lui administrer des immunoglobulines. Pour être considérée comme protégée, une femme enceinte née depuis 1970 doit avoir reçu 2 doses de vaccin ou posséder une attestation médicale confirmant qu'elle a fait la rougeole avant 1996 ou être un cas confirmé (sérologie positive ou recherche virale positive ou clinique compatible et lien épidémiologique avec un cas confirmé). En postexposition, les femmes enceintes nées entre 1970 et 1979 qui ont seulement reçu 1 dose de vaccin contre la rougeole devraient elles aussi recevoir des immunoglobulines.

La vaccination recommandée n'est pas la même pour tous les pays, d'où l'importance :

- De vérifier le statut vaccinal de toutes les femmes en âge de procréer avant la grossesse et, le cas échéant, de mettre à jour leur vaccination.
- De mettre à jour la vaccination de leur entourage, car la femme ne peut pas être vaccinée pendant sa grossesse.

OREILLONS

On attribue au virus des oreillons un plus grand risque d'avortement spontané chez les femmes enceintes qui acquièrent la maladie au 1^{er} trimestre. Il n'y a pas de risque de malformations pour le fœtus.

VARICELLE

En début de grossesse, la varicelle peut, dans de rares cas, causer de sérieuses malformations du fœtus. Depuis que la vaccination contre la varicelle fait partie du calendrier régulier d'immunisation des enfants du Québec, cette maladie est beaucoup moins fréquente, mais elle touche encore les services de garde et les écoles, et peut survenir à n'importe quel moment de l'année.

Une femme enceinte qui n'a jamais fait la maladie ou qui n'a pas d'anticorps contre elle 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. Si elle a une exposition significative à la varicelle en phase contagieuse, elle devrait consulter le plus tôt possible son médecin, qui évaluera la nécessité de lui administrer des immunoglobulines contre le virus varicelle-zona (Varlg).

Toute personne qui n'a pas fait la varicelle ou qui n'a pas d'anticorps contre cette maladie devrait se faire vacciner, en particulier si elle travaille avec des enfants ou si elle est en contact avec une femme enceinte, car cette dernière ne peut pas être vaccinée pendant la grossesse.

COQUELUCHE

La coqueluche ne cause pas de risques d'atteinte ou de malformations fœtales ni de complications de grossesse. Toutefois, la mère qui fait la coqueluche et qui est en phase contagieuse expose son nouveau-né, qui peut à son tour faire la maladie. La coqueluche peut causer des complications respiratoires et neurologiques et parfois même le décès chez les nourrissons.

Une femme enceinte qui a un contact significatif avec une personne atteinte de coqueluche en phase de contagion dans les 3 semaines qui précèdent la date prévue de son accouchement devrait recevoir des antibiotiques en prophylaxie afin de protéger son nouveau-né. Si le contact remonte à plus de 21 jours, l'efficacité de la prophylaxie est limitée.

La vaccination de la femme en âge de procréer, de la femme enceinte et de son entourage est importante pour prévenir la transmission de la coqueluche au nouveau-né.

GRIPPE

L'incidence de la grippe durant la grossesse est analogue à celle dans la population générale. Toutefois, une femme qui contracte la grippe à partir du 2^e trimestre de sa grossesse risque davantage d'être hospitalisée et de présenter des complications de la maladie. Il n'y a pas de preuves de risques d'issues défavorables de la grossesse ou d'atteinte du fœtus associés à la grippe. En saison épidémique, les enfants ont un taux d'attaque plus élevé, mais la littérature médicale actuelle ne démontre pas de risque d'acquisition de la grippe plus élevé chez certains groupes de travailleurs, comme les éducatrices ou les enseignantes.

Pour toutes les femmes enceintes, la vaccination est recommandée en période de grippe à partir du 2^e trimestre pour les femmes en bonne santé et à partir du 1^{er} trimestre pour celles présentant des facteurs de risque. La vaccination de l'entourage de ces femmes est également recommandée. Les mesures d'hygiène de base, dont le lavage des mains et l'hygiène respiratoire, peuvent aussi diminuer le risque d'infection.

MESURES À PRENDRE

Toutes les femmes en service de garde ou à l'école devraient consulter leur médecin lorsqu'elles planifient une grossesse pour :

- S'assurer que leur vaccination et celle de leur entourage sont à jour, en particulier contre la rubéole, la rougeole, les oreillons, la varicelle, la coqueluche et l'influenza.
- Évaluer les risques infectieux dans leur milieu et discuter des moyens de prévention.
- Si nécessaire, effectuer des sérologies.
- Se renseigner sur les aliments à éviter afin de prévenir les infections.

Pendant la grossesse, les femmes doivent :

- Appliquer en tout temps les mesures d'hygiène de base de façon stricte, dont le lavage des mains et l'hygiène respiratoire. Entre autres, elles doivent éviter de porter à la bouche, aux yeux ou au nez, les mains ou tout objet entrant en contact avec la salive des enfants et se laver les mains soigneusement après chaque changement de couche ou après un contact avec un liquide biologique. Ces mesures diminueront les risques infectieux pour elles-mêmes et pour le fœtus.
- Dès le début de leur grossesse, vérifier avec leur médecin si elles sont admissibles au programme *Pour une maternité sans danger* (PMSD) (voir ci-dessous). Selon l'évaluation des dangers inhérents à leur fonction, elles pourraient être réaffectées à une tâche moins à risque ou retirées de leur milieu de travail.
- En cas de contact infectieux ou si une maladie contagieuse sévit dans leur milieu, communiquer avec leur médecin pour vérifier leur protection contre cette maladie infectieuse : statut vaccinal, sérologie. Si elles sont vulnérables, le médecin pourrait, selon l'évaluation de chaque cas, recommander une réaffectation ou un retrait ou amorcer un traitement, dont des immunoglobulines (ex. : rougeole et varicelle) ou des antiviraux (ex. : grippe).

PROGRAMME PMSD

Au Québec, le programme PMSD prévoit des mesures préventives pour les travailleuses enceintes salariées.

Pour avoir recours au programme PMSD, la travailleuse enceinte doit en faire la demande à son médecin traitant, qui consultera le médecin en santé au travail. Sur réception du certificat attestant les dangers à éviter, l'employeur doit affecter la travailleuse enceinte de manière à éviter les risques. Si une telle affectation est impossible, l'employeur verra à confirmer la démarche à suivre avec la CSST quant à son retrait du travail. On recommande généralement à la travailleuse enceinte de ne pas prendre l'initiative de « se retirer » à la maison, mais bien d'attendre les directives à ce sujet de la part de la CSST.

Pour plus de renseignements sur le programme PMSD, visiter le site Internet de la CSST : www.csst.qc.ca/travailleurs/maternite_sans_danger/Pages/maternite_sans_danger.aspx.

TRAVAILLEURS ET STAGIAIRES

Cette section s'adresse aux personnes travaillant en service de garde et en milieu scolaire (incluant le service de garde) ainsi qu'aux stagiaires de ces milieux. Elle traite de certains aspects administratifs liés aux maladies infectieuses et à l'immunisation.

Pour plus d'information concernant les exigences ou procédures en service de garde en milieu familial, voir le Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance : www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_4_1_1/S4_1_1R2.HTM.

TENUE DE DOSSIERS INDIVIDUELS

Pour chaque travailleur ou stagiaire, il est conseillé au gestionnaire du service de garde, à la direction de l'école ou à la commission scolaire¹ d'obtenir, de conserver et de tenir à jour un dossier individuel et confidentiel contenant les renseignements suivants :

- Le statut vaccinal, avec le nom de chaque vaccin et sa date d'administration, à l'égard de :
 - la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la rubéole, les oreillons, la varicelle;
 - l'influenza pour les travailleurs en service de garde qui accueille des enfants de 23 mois ou moins;
 - l'hépatite A et l'hépatite B si l'un ou l'autre de ces vaccins a été administré, même s'ils ne sont pas recommandés systématiquement pour les travailleurs et les stagiaires.
- S'ils sont disponibles, les résultats de la recherche des anticorps contre les maladies infectieuses suivantes : rubéole, rougeole, varicelle, hépatite B, parvovirus B19. Il n'est cependant pas recommandé de rechercher systématiquement ces anticorps.
- S'il y a lieu :
 - une histoire antérieure de varicelle à partir de l'âge de 1 an ou de zona quel que soit l'âge;
 - une attestation médicale confirmant que le travailleur ou le stagiaire a eu la rougeole avant 1996.

Toutefois, conformément aux dispositions de la Charte des droits et libertés de la personne, les travailleurs et stagiaires ne sont nullement obligés de fournir ces renseignements.

Il est à noter que la Loi sur la santé publique prévoit la mise en place d'un registre de vaccination provincial afin que les renseignements vaccinaux soient disponibles facilement. Le règlement ministériel permettant la mise en place de ce registre est déjà en vigueur. Présentement, le registre est implanté dans le réseau public de la santé et le sera progressivement, dans le réseau privé de santé, au cours des prochaines années.

1. Les employés des écoles publiques sont des employés de la commission scolaire, alors que les employés des écoles privées sont des employés de l'école.

INTERPRÉTATION DU CARNET DE VACCINATION ET MISE À JOUR DU STATUT VACCINAL

L'immunisation des personnes travaillant en service de garde et en milieu scolaire implique l'interprétation du carnet de vaccination, la mise à jour du statut vaccinal et le dépôt de ces informations dans le dossier individuel du travailleur.

L'**interprétation du carnet** de vaccination peut se faire avant l'embauche, en cours d'emploi si elle n'a pas été faite avant l'embauche ou avant l'entrée en fonction pour les personnes responsables d'un service de garde en milieu familial. Pour ce faire, la personne consultera un médecin ou une infirmière. Pour faciliter cette démarche, le formulaire *Fiche de vaccination* peut être utilisé. Celui-ci est disponible à l'adresse suivante : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/36e747f5dc7d0d6585256e1a006ba727/a8ac6411978cadcd85256ed70067818e?OpenDocument&Highlight=0,as>.

La **mise à jour du statut vaccinal** se fait soit au CLSC du secteur de résidence ou du milieu de travail s'il y a entente locale, soit en clinique privée, en clinique de vaccination ou en pharmacie.

Le dépôt des informations dans le dossier individuel du travailleur permettra une application plus rapide des mesures de prévention et de contrôle. Toute nouvelle dose de vaccin reçue ou toute modification du statut immunitaire doivent aussi être ajoutées au dossier.

Concernant l'immunisation des stagiaires, l'établissement d'enseignement a la responsabilité de recommander aux étudiants de tout programme collégial ou universitaire qui prévoient un stage en service de garde ou en milieu scolaire de s'assurer que leur statut vaccinal est à jour avant le début des stages. Par la suite, le stagiaire a la responsabilité de fournir au service de garde, à l'école ou à la commission scolaire tous les éléments relatifs à son statut vaccinal.

L'entrée en fonction d'un travailleur ou d'un stagiaire qui n'a pas complété la mise à jour de son statut vaccinal ne doit pas être retardée. Cependant, la mise à jour devra être complétée le plus tôt possible.

Pour le calendrier de vaccination des personnes âgées de 18 ans et plus, voir le PIQ : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/piq/chap9.pdf>.

EXAMEN MÉDICAL AVANT L'EMBAUCHE

L'examen médical avant l'embauche n'est pas obligatoire, ni en service de garde ni en milieu scolaire.

Selon les articles 51, 54 et 82 du Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance, pour obtenir une reconnaissance à titre de personne responsable d'un service de garde en milieu familial, la personne doit fournir un certificat médical attestant qu'elle a la santé physique et mentale lui permettant d'assurer la prestation de services de garde aux enfants. Il en va de même pour la personne qui assiste ou celle qui remplace occasionnellement la personne responsable.

EXAMEN MÉDICAL RELATIF AUX MALADIES INFECTIEUSES

Il n'est pas requis d'exiger une radiographie pulmonaire, un test de dépistage de la tuberculose (test cutané à la tuberculine [TCT]) ou tout examen bactériologique tel qu'une culture de selles. Néanmoins, en cas de doute sur l'état de santé d'un stagiaire ou d'une personne travaillant en service de garde ou en milieu scolaire en ce qui concerne les maladies infectieuses transmissibles (voir le tableau 7 à la fin de cette section), le gestionnaire du service de garde ou le directeur de l'école peut à tout moment demander un examen médical. Le contenu de l'examen, y compris la date du retour au travail s'il y a eu retrait ou réaffectation, est laissé à la discrétion du médecin consulté en collaboration avec la DSP s'il s'agit d'une MADO.

SIGNALEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES ET DES INFESTATIONS

Les travailleurs et les stagiaires atteints d'une infection ou d'une infestation transmissible sont encouragés à en faire part le plus rapidement possible au gestionnaire du service de garde ou à la direction de l'école (voir le tableau 7 à la fin de cette section). Toutefois, conformément aux dispositions de la Charte des droits et libertés de la personne, ils n'y sont nullement obligés.

Les maladies ou infestations citées dans le tableau 7 plus loin sont associées à des recommandations de prophylaxie, sont facilement transmissibles (et exigent donc le rehaussement des mesures préventives), atteignent fréquemment les enfants sans être nécessairement diagnostiquées, peuvent être dommageables pour une femme enceinte ou causent beaucoup d'anxiété.

Il est fortement recommandé au gestionnaire de service de garde ou à la direction de l'école de signaler rapidement ces infections ou infestations à l'infirmière du CLSC, qui en avisera la DSP au besoin. Ce signalement rapide permet d'accélérer l'application des mesures de prévention et de contrôle recommandées, incluant, s'il y a lieu, le retrait du travail ou la réaffectation. De plus, selon l'article 94 de la Loi sur la santé publique, les établissements qui constituent des milieux de travail ou des milieux de vie, notamment les établissements d'enseignement et les services de garde, peuvent signaler à la DSP de leur territoire les situations qu'ils considèrent comme des menaces à la santé des personnes qu'ils accueillent.

RETRAIT OU RÉAFFECTATION

Les travailleurs et stagiaires atteints d'une infection ou d'une infestation transmissible peuvent être retirés temporairement du travail ou être réaffectés, selon les recommandations du CLSC ou de la DSP.

Advenant la survenue de cas d'une maladie évitable par la vaccination, les personnes dont on doute de l'immunité pourraient être retirées temporairement du service de garde ou de l'école jusqu'à ce que la période de retrait se termine ou jusqu'à ce qu'elles fournissent une preuve de protection. Cette mesure de retrait exceptionnelle peut être appliquée par la DSP lorsque la situation le justifie. Tous les enfants, élèves, membres du personnel et stagiaires devraient donc avoir fourni une preuve de protection contre les maladies visées par le Programme québécois d'immunisation.

Avant de retirer ou de réaffecter un travailleur ou un stagiaire, ou de remplacer une personne responsable d'un service de garde en milieu familial ou la personne qui l'assiste ou la remplace, il faut tenir compte de la nature et de la gravité des symptômes et des activités de la personne.

Des recommandations particulières s'appliquent pour les manipulateurs d'aliments. Pour ces recommandations, voir le document *Recommandations de retrait ou de réaffectation pour les manipulateurs d'aliments* : www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Transformation/Qualitedesaliments/toxifnfections/Pages/recommandations.aspx.

L'examen médical, le retrait ou la réaffectation peuvent être nécessaires si le travailleur :

- Est incapable d'accomplir ses tâches sans effort inhabituel et sans compromettre le bien-être des enfants ou élèves.
- A reçu un diagnostic provisoire ou confirmé d'une maladie infectieuse dont la transmission pourrait être prévenue ou réduite par le retrait ou la réaffectation.
- Présente une éruption cutanée avec fièvre ou atteinte de l'état général. Une évaluation médicale est recommandée pour préciser s'il s'agit d'une maladie contagieuse. Le retour au travail sera autorisé en fonction de l'évaluation médicale.
- Présente des vomissements : le retrait est recommandé en présence de 2 vomissements ou plus durant les 24 dernières heures. Le retour au travail sera autorisé s'il n'y a pas eu de vomissements depuis au moins 24 heures.
- Présente de la diarrhée : le retrait est recommandé en présence d'incontinence, de sang ou de mucus dans les selles ou de fièvre associée. Le retour au travail sera autorisé si l'incontinence est résolue, en l'absence de sang ou de mucus dans les selles ou de fièvre. Si un agent spécifique est identifié dans les tests de laboratoire, le retour sera autorisé en fonction du pathogène. Le retrait doit aussi tenir compte du poste qu'occupe le travailleur, surtout si celui-ci manipule des aliments.
- Présente une ou des lésions cutanées avec écoulement purulent. Le retour au travail sera autorisé s'il n'y a plus d'écoulement, si les lésions sont croûteuses ou qu'elles peuvent être couvertes d'un pansement imperméable. Le retrait doit aussi tenir compte du rôle du travailleur, surtout si celui-ci manipule des aliments.

Le service de garde, le bureau coordonnateur ou l'école pourrait exiger du travailleur un certificat médical indiquant la date prévue du retour au travail. Si le retrait, la suspension ou la réaffectation est une recommandation du médecin traitant, de la DSP ou du CLSC, une note concernant la date du retour pourrait être nécessaire.

Pour plus d'informations générales ou spécifiques, le lecteur est invité à consulter les chapitres suivants :

- [Chapitre 3](#) — *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde et école.*
- [Chapitre 4](#) — *Pratiques de base.*
- [Chapitre 5](#) — *Situations et populations particulières.*
- [Chapitre 6](#) — *Syndromes cliniques.*
- [Chapitre 7](#) — *Maladies infectieuses.*

TRAVAILLEUSES ENCEINTES OU ALLAITANTES

Pour toute information sur la travailleuse enceinte, voir le chapitre 5, section [Femme enceinte](#). Une travailleuse qui allaite peut faire évaluer les risques présents dans son milieu avant d'y être réintégrée. Pour ce faire, elle doit s'adresser à son médecin, qui consultera la DSP ou le médecin désigné par cette dernière. Toutefois, aucun risque biologique n'est actuellement retenu comme cause de réaffectation ou de retrait pour une travailleuse allaitante en service de garde ou en milieu scolaire.

Tableau 7 – Liste non-exhaustive des maladies infectieuses et infestations à signaler au gestionnaire du service de garde ou au directeur de l'école par les travailleurs et les stagiaires

Maladie ou infestation à signaler	Raison du signalement	Maladie ou infestation à signaler	Raison du signalement
Campylobactériose	A	Méningite virale	E
Conjonctivite	B	Oreillons	A
Coqueluche	A	Oxyurose	C
Cytomégalovirus	D	Pédiculose	C, E
Érythème infectieux (cinquième maladie)	C	Rougeole	A
<i>Escherichia coli</i> producteur de vérocytotoxine	A	Rubéole	A
Gastroentérite	B	Salmonellose	A
Fièvres typhoïde et paratyphoïde	A	Scarlatine et pharyngite à streptocoque	C
Gale	E	Shigellose	A
Giardiase	A	<i>Tinea capitis</i> (teigne), <i>tinea corporis</i>	B
Hépatite A	A	Toxi-infection alimentaire	A
Impétigo	C	Tuberculose	A
Infection invasive à Hib	A	Varicelle	C
Infection invasive à méningocoque	A	Yersiniose	A
Infection invasive à SGA	A		

A : MADO

B : maladie ou infestation facilement transmissible

C : maladie ou infestation atteignant fréquemment les enfants sans être nécessairement diagnostiquée

D : maladie ou infestation pouvant être dommageable chez une femme enceinte

E : maladie ou infestation causant beaucoup d'anxiété

Note : Puisqu'il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, d'autres maladies infectieuses et infestations pourraient être rapportées selon le cas.

BRONCHIOLITE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La bronchiolite est une infection aiguë des voies respiratoires inférieures.

Environ 75 % des cas de bronchiolite sont causés par le VRS. D'autres virus peuvent en être la cause : le virus para-influenza, le métapneumovirus, l'adénovirus, le virus influenza, le coronavirus et le rhinovirus.

Épidémiologie

La bronchiolite est une maladie saisonnière et se manifeste surtout l'automne et l'hiver avec un pic d'activité en janvier et février. Les virus respiratoires qui causent la bronchiolite se propagent facilement.

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

La bronchiolite est plus fréquente chez les nouveaux-nés et les bébés de moins de 1 an. Elle constitue souvent une raison d'hospitalisation des nourrissons.

Tableau clinique

Les signes et symptômes associés à la bronchiolite débutent comme une infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) et sont : la toux, la rhinorrhée, la fièvre légère, les éternuements, la fatigue, l'anorexie suivie d'une atteinte des voies respiratoires inférieures avec une toux creuse, une respiration sifflante (*wheezing*), une augmentation de la fréquence respiratoire, une agitation, une tachypnée, une tachycardie, un tirage intercostal et des battements des ailes du nez. De plus, des sibilances peuvent être entendues à l'auscultation pulmonaire. Les adolescents et adultes infectés par les mêmes virus que ceux qui causent une bronchiolite chez le jeune enfant, présenteront le plus souvent des symptômes d'IVRS ou un syndrome d'allure grippale (SAG).

Complications

Surtout chez les enfants et les nourrissons, la bronchiolite peut entraîner une insuffisance et une difficulté respiratoires. La surinfection bactérienne se produit rarement (otite, pneumonie). La dyspnée peut amener des troubles alimentaires. Dans de rares cas, d'autres complications telles que le pneumomédiastin et le pneumothorax peuvent survenir.

Les enfants les plus susceptibles de contracter une bronchiolite grave ou nécessitant une hospitalisation sont ceux qui sont âgés de moins de 24 mois et qui présentent une condition de santé particulière, telle qu'une cardiopathie congénitale avec répercussion importante sur le plan hémodynamique, un déficit immunitaire ou une maladie pulmonaire, ainsi que les enfants âgés de moins de 1 an nés prématurément.

Durée de la maladie

La maladie dure de 3 à 7 jours, parfois jusqu'à 3 semaines.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec des sécrétions respiratoires par :

- Contact direct.
- Contact indirect.
- Projection de gouttelettes.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation varie selon l'agent causal. Notamment, la période d'incubation du VRS est de 2 à 8 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité varie selon l'agent causal. En particulier, la période de contagiosité pour le VRS est de 3 à 8 jours après le début de la maladie et peut aller jusqu'à 3 semaines.

Immunité

La bronchiolite ne confère pas d'immunité permanente, puisque plusieurs virus peuvent en être la cause. Dans le cas des infections à VRS, les réinfections sont fréquentes, mais elles sont moins graves que la primo-infection.

Il n'existe aucun vaccin contre la bronchiolite.

Les enfants avec certaines des conditions médicales particulières énumérées précédemment devraient recevoir des anticorps monoclonaux contre le VRS mensuellement pendant toute la durée de la saison du VRS afin d'éviter les infections graves. Voir la section [Enfants souffrant de maladie cardiaque ou pulmonaire ou nés prématurément et infections respiratoires](#) au chapitre 5.

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique : méthode principale.
- Détection d'antigènes dans les sécrétions nasopharyngées (immunofluorescence [IFA] et essai immunoenzymatique [EIA]).
- Culture virale des sécrétions nasopharyngées.
- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur les sécrétions nasopharyngées.

Traitement

◆ Spécifique

Généralement, aucun traitement n'est utilisé. Exceptionnellement, des antiviraux peuvent être utilisés chez certains patients très vulnérables.

◆ De soutien

- Hydratation.
- Instillation de sérum physiologique dans les narines et aspiration régulière des sécrétions nasales.
- Antipyrétique au besoin.
- Hospitalisation.
- Oxygène, aide respiratoire et autres traitements au besoin.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

Le diagnostic de bronchiolite ne justifie pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).

◆ Contacts

S'il y a lieu encourager les mesures de prévention recommandées pour les enfants à risque de complications (voir la section [Enfants souffrant de maladie cardiaque ou pulmonaire ou nés prématurément et infections respiratoires](#) au chapitre 5).

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .

Suivi

Aucun.

CONJONCTIVITE INFECTIEUSE (ŒIL ROUGE)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La conjonctivite est une infection de la conjonctive (membrane qui recouvre l'œil et l'intérieur de la paupière).

Elle est surtout causée par des virus et des bactéries.

Les bactéries les plus couramment en cause sont l'*Hæmophilus influenzae* non typable, le *Moraxella catarrhalis*, le *Streptococcus pneumoniae* et le *Staphylococcus aureus*. En présence de facteurs de risque d'ITS, *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* sont des causes possibles.

Les virus les plus souvent en cause sont les adénovirus (les plus fréquents et les plus contagieux), les entérovirus et l'herpès simplex.

Épidémiologie

Tout le monde est susceptible de contracter une conjonctive. Cependant, dans les services de garde, on rapporte souvent des éclosions de conjonctivite.

Les conjonctivites causées par les bactéries se produisent plus fréquemment durant les mois d'hiver.

Tableau clinique

La conjonctivite peut être isolée ou, encore, être associée à une IVRS ou à une maladie exanthématique telle que la rougeole.

Les signes et symptômes de la conjonctivite se présentent par une conjonctive rouge, une sensation de corps étranger et un larmolement. La maladie s'accompagne parfois d'un écoulement purulent très épais et continu, et les paupières peuvent être collées, œdématisées et érythémateuses.

La conjonctivite bactérienne est plus souvent unilatérale. Certains enfants qui présentent une conjonctivite bactérienne peuvent faire une otite moyenne dans les jours qui suivent. Cette association existe surtout dans le cas des infections à *Hæmophilus influenzae* non typable.

La conjonctivite bilatérale est le plus souvent virale. Dans ce cas, l'écoulement observé est clair et beaucoup moins abondant.

Complications

Les complications liées à la conjonctivite varient selon l'étiologie. Une cellulite périorbitaire est une complication possible des conjonctivites bactériennes. Les complications cornéennes constituent le principal risque lors d'infections causées par le virus herpès simplex et les adénovirus ou, certaines formes graves de conjonctivites bactériennes.

Durée de la maladie

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

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec des sécrétions respiratoires, oculaires et génitales :

- Par contact direct.
- Par contact indirect.
- Véhicule commun : eau de baignade.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

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 dure 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.

Immunité

La conjonctivite ne confère pas d'immunité.

Il n'existe aucun vaccin contre la conjonctivite infectieuse.

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique.
- Investigations :
 - coloration de Gram et culture bactérienne;
 - culture virale.

Traitement**◆ Spécifique**

- Pour les conjonctivites bactériennes, un onguent ou des gouttes antibiotiques ophtalmiques doivent être appliqués. L'absence d'amélioration après 2 ou 3 jours laisse supposer une résistance à l'antibiotique, une origine virale ou une origine allergique.
- Pour les conjonctivites virales, il n'y a habituellement pas de traitement, mais des antiviraux topiques et systémiques doivent être administrés lors de conjonctivite causée par l'herpès simplex.

◆ De soutien

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. Se débarrasser immédiatement du matériel souillé. Utiliser une compresse ou un 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 (voir la section [Hygiène des mains](#) au chapitre 4).

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Vérifier si un agent spécifique a été identifié.

Communiquer avec la DSP en cas d'éclosion.

Il y a éclosion s'il y a 3 cas ou plus dans le service de garde ou l'école avec lien épidémiologique (temps, lieu, personnes ou exposition en commun) ou 2 cas dans un même groupe (service de garde) ou une même classe (école).

Éliminer la possibilité d'une contamination liée à l'eau d'une piscine ou d'une pataugeoire ou autre situation à risque de contamination.

Mesures de contrôle**◆ Sujet**

- Un diagnostic de conjonctivite ne justifie pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).
- Si la conjonctivite est accompagnée de fièvre ou d'une atteinte importante de l'œil (enflure ou rougeur importante ou sécrétions exagérées), diriger l'enfant vers le médecin pour évaluation et le réadmettre selon la recommandation du médecin. Renforcer les mesures d'hygiène.
- Recommander d'éviter les activités de baignade s'il y a écoulement de l'œil.

◆ Contacts

Considérer comme contacts :

- Dans un service de garde en milieu familial, tous les enfants et le personnel.
- Dans un CPE ou une garderie, tous les enfants et le personnel du même groupe. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles de la source avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée.
- Dans une école primaire, tous les enfants et le personnel du même groupe. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée.
- Dans une école secondaire, les contacts devront être identifiés au cas par cas en fonction des types de contacts, en recherchant les activités qui favorisent la transmission.
- En cas d'éclosion, remettre une lettre aux contacts identifiés.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .

Suivi

Surveiller l'apparition de nouveaux cas.

Envisager l'exclusion des sujets s'il y a apparition de cas secondaires malgré l'application de mesures de contrôle (à évaluer selon le contexte).

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Conjonctivite

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Le service de garde (groupe) ou l'école (classe) _____ de votre enfant compte actuellement quelques cas de conjonctivite.

La conjonctivite est une infection de l'œil d'origine virale ou 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 d'avoir la sensation d'avoir du sable dans l'œil. Un traitement antibiotique administré localement est souvent prescrit lorsqu'une infection d'origine bactérienne est soupçonnée. Les mesures d'hygiène, entre autres le lavage des mains, doivent être renforcées. Il n'y a pas de traitement pour une conjonctivite virale.

Si la conjonctivite est accompagnée de fièvre ou d'une atteinte importante de l'œil (gonflement ou rougeur importante ou sécrétions exagérées), nous vous encourageons à consulter le médecin pour évaluation. Apportez cette lettre avec vous.

Merci de votre collaboration

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

DERMATITE DE COUCHES

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La dermatite de couches est une irritation superficielle du siège ou des organes génitaux, occasionnellement du bas de l'abdomen et du haut des cuisses, d'intensité légère à élevée.

Elle est causée par plusieurs facteurs, dont l'humidité locale, l'occlusion, la friction, l'urine, les selles et les irritants chimiques (détergents, assouplisseurs). Elle est rarement d'origine allergique (colorants, substances absorbantes ou parfums contenus dans les couches). Elle peut se surinfecter par la *Candida albicans* ou par des bactéries.

Épidémiologie

La dermatite de couches est l'une des affections cutanées les plus fréquentes chez les nourrissons et les enfants.

Cette affection est plus répandue chez les enfants de moins de 1 an, plus particulièrement s'ils ont des selles fréquentes.

Tous les enfants aux couches sont susceptibles de faire une dermatite de couches. Ceux qui prennent des antibiotiques, les enfants immunosupprimés et les diabétiques ont plus de prédisposition à l'infection à *Candida albicans*.

Tableau clinique

La dermatite de couches se manifeste par un érythème ou une irritation atteignant le siège ou les organes génitaux et pouvant s'étendre au bas de l'abdomen ainsi qu'au haut des cuisses. Elle peut être douloureuse, particulièrement quand le bébé urine ou fait ses selles.

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 ou au pli interfessier ainsi que par la présence de lésions satellites arrondies avec macération plus ou moins importante de la peau; elle est souvent associée à la candidose buccale.
- Surinfection bactérienne : cette surinfection est habituellement causée par le *Staphylococcus aureus* et se manifeste sous forme de vésicules ou pustules.

Durée de la maladie

La durée de la dermatite de couches est variable.

Modes de transmission

Il n'y a aucune transmission de personne à personne.

Les surinfections bactériennes ou fongiques peuvent s'acquérir à la suite d'un contact direct ou indirect avec des lésions des mains ou des objets contaminés.

Période d'incubation

Il n'y a pas de période d'incubation.

Pour les surinfections bactériennes ou fongiques, 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.

Immunité

La dermatite de couches ne confère aucune immunité.

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique : l'examen de la peau suffit habituellement pour faire le diagnostic.
- Investigations : en cas de surinfection, une culture des lésions peut être faite.

Traitement

◆ Spécifique

- S'il s'agit d'une dermatite irritative : appliquer des corticostéroïdes topiques de faible intensité 2 ou 3 fois par jour pendant 3 jours lorsque les traitements de soutien sont insuffisants.
Note : Si l'application de corticostéroïdes se prolonge au-delà de 72 heures, une crème antifongique devrait y 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* : appliquer localement un antifongique (nystatine, clotrimazole ou miconazole).
- S'il s'agit d'une dermatite bactérienne : administrer une antibiothérapie par voie topique ou orale, selon la gravité.
- Diriger l'enfant vers un médecin s'il présente de la fièvre, si les lésions persistent ou augmentent malgré le traitement ou s'il y a présence de signes d'infection (bulles, nodules, ulcères, etc.).

◆ De soutien

- Garder la région périnéale sèche et propre.
- Changer les couches fréquemment, soit dès qu'elles sont souillées (voir la section [Changement de couche, de couche-culotte ou de sous-vêtement souillés et installations sanitaires](#) au chapitre 4).
- Laver la peau à chaque changement de couche. Les lingettes nettoyantes à usage unique, sans parfum ni alcool peuvent être utilisées et sont généralement bien tolérées. Sinon laver la peau à l'eau tiède, avec une débarbouillette en tissu et sécher en épongeant. Les lingettes nettoyantes à usage unique peuvent parfois contenir des substances qui peuvent provoquer une dermatite de contact irritative.
- Garder les fesses à l'air dans les cas récalcitrants. Cette mesure est difficilement applicable dans un service de garde, mais elle peut l'être à la maison.
- Appliquer à chaque changement de couche de la vaseline ou une crème à base d'oxyde de zinc non parfumée.
- Utiliser de préférence des couches en papier non parfumées.
- Éviter les couches en plastique qui gardent l'humidité et empêchent l'air de circuler.
- Si des couches de tissu sont utilisées, les rincer abondamment.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

Ne pas exclure le sujet.

◆ Contacts

Aucune mesure à prendre.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .

Suivi

Aucun.

GASTROENTÉRITE D'ORIGINE INFECTIEUSE

La gastroentérite épidémique d'origine indéterminée est une **MADO**.

Si un infectieux spécifique a été identifié, voir la section correspondante au chapitre 7.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La gastroentérite est une inflammation d'origine infectieuse de la paroi de l'estomac et de celle de l'intestin, qui provoque de la diarrhée et des vomissements. La diarrhée se définit par la présence de selles plus liquides et plus fréquentes (une augmentation de plus de 2 selles par rapport à la fréquence habituelle).

La gastroentérite peut être causée par de nombreux virus, bactéries et parasites.

Épidémiologie

La majorité des gastroentérites sont d'origine infectieuse, même si l'agent n'est souvent pas identifié. La gastroentérite virale est de loin la cause la plus fréquente de diarrhée et de vomissements, touchant principalement les enfants de moins de 5 ans et surtout les enfants aux couches. Le risque de diarrhée est plus élevé chez les enfants en CPE et en garderie que chez ceux en service de garde en milieu familial.

Dans tous les types de services de garde, la diarrhée est le deuxième problème de santé le plus fréquent après les IVRS.

La fréquence des différents agents infectieux varie selon le groupe d'âge, l'exposition et l'environnement. Dans les services de garde, le rotavirus, même si son incidence a diminué depuis la vaccination, demeure un virus fréquemment en cause, surtout chez les plus jeunes enfants. Dans les écoles, le norovirus est plus fréquent. De nombreux autres virus peuvent être responsables de la gastroentérite.

Les infections entériques bactériennes et parasitaires causent souvent de la diarrhée, mais rarement des vomissements. Différents agents infectieux peuvent être en cause, par exemple *Giardia lamblia*, *Salmonella*, *Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine, dont le sérotype O157 : H7, *Campylobacter*, *Shigella* et, moins fréquemment, *Cryptosporidium* et *Clostridium difficile*.

Des éclosions de gastroentérite ou de diarrhée d'origine bactérienne, virale ou parasitaire peuvent être dues à la consommation d'aliments ou d'eau contaminés.

Les facteurs de risque qui sont associés à une gastroentérite sont le jeune âge, les enfants non allaités, l'immunodéficience, la malnutrition, le voyage dans une zone endémique, l'exposition à des conditions sanitaires précaires, l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminés et la fréquentation d'un service de garde.

Tableau clinique

La gastroentérite est une affection généralement bénigne caractérisée par des selles plus liquides, des nausées, des vomissements et des douleurs abdominales. Elle peut également s'accompagner de sang ou de mucus dans les selles, de déshydratation, de fièvre et de céphalées.

Complications

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

La principale complication est la déshydratation, qui peut s'accompagner d'un déséquilibre électrolytique et d'hypoglycémie. La malabsorption survient rarement, mais peut persister plusieurs semaines après l'infection.

Les enfants souffrant de malnutrition et les immunosupprimés sont plus à risque de diarrhée persistante.

Durée de la maladie

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

Modes de transmission

La transmission se fait par ingestion de l'agent infectieux :

- Par véhicule commun : aliments contaminés et eau contaminée (plus rare, principalement en région endémique).
- Par contact indirect.
- Par contact direct.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

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, mais peut se prolonger au-delà de cette phase pour certains pathogènes.

Immunité

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

Un vaccin contre le rotavirus existe et est inclus dans le Programme québécois d'immunisation.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations (rarement nécessaires) :

- recherche de rotavirus dans les selles;
- culture de selles;
- recherche de parasites dans les selles;
- TAAN, norovirus, sapovirus et rotavirus (utilisé seulement en cas d'investigation de certaines éclosions).

Traitement

◆ Spécifique

- Il n'y a pas traitement pour les diarrhées d'origine virale.
- Certaines diarrhées causées par des bactéries ou parasites peuvent nécessiter un traitement.
- Les probiotiques pourraient réduire la durée de la diarrhée virale infectieuse aiguë d'environ 1 journée. Les effets bénéfiques semblent plus évidents lorsque le traitement est amorcé dans les 48 heures après le début des symptômes.

◆ De soutien

- Les solutions de réhydratation orale peuvent être utilisées pour la réhydratation et le remplacement électrolytique.
- Les antiémétiques peuvent parfois être utilisés contre les vomissements.
- Les anti-diarrhéiques sont généralement contre-indiqués pour les enfants.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Si un agent infectieux spécifique a été identifié, voir la section correspondante au chapitre 7.

Une enquête est réalisée par la DSP en présence d'agrégats ou d'éclosion. Aucune enquête n'est requise s'il s'agit d'un cas isolé de gastroentérite d'origine virale ou indéterminée.

Si l'infirmière du CLSC est informée d'une situation suspecte de transmission active (ex. : plus d'une personne présente des symptômes) ou d'une situation à risque élevé de transmission (ex. : la personne manipule et prépare des aliments ou travaille dans un service de garde ou une école), elle doit communiquer avec la DSP.

Il y a éclosion si 2 cas confirmés et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps ou de personne sont déclarés.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.
- Identifier et contrôler une source commune de contamination :
 - service de garde;
 - eau potable et eau de baignade;
 - aliments;
 - animaux : rechercher la présence d'animaux ou d'occasions d'exposition aux animaux.
- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l'infirmière du CLSC au besoin.
- Communiquer avec le MAPAQ au besoin.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- L'enfant doit être exclu selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).
- Si le sujet prépare ou manipule des aliments, le retrait ou la réaffectation est recommandé jusqu'à 48 heures après la disparition des symptômes. Pour plus de détails, voir <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Transformation/Qualitedesaliments/toxiinfections/Pages/recommandations.aspx>.
- Les activités de baignade sont à éviter jusqu'à la fin des symptômes.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants et les adultes fréquentant ce service ainsi que les personnes de la maison;
 - Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au même groupe que le sujet ou à tout autre groupe dans lequel on a noté un excès de cas de diarrhée. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;
 - Dans une école primaire : le personnel et les enfants de la classe. La décision d'élargir à d'autres individus doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles;
 - Dans une école secondaire : les contacts sexuels et les personnes identifiées au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec le sujet.
- En cas d'éclosion :
 - Communiquer au besoin avec la DSP;
 - En accord avec la DSP, remettre une lettre explicative aux contacts identifiés.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments .
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .
	Chapitre 4, section : Port de gants .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'eau .
	Chapitre 4, section : Animaux . Chapitre 5, section Situations particulières : Morsure, griffure et contact avec la salive d'un animal .

Suivi

- Surveiller l'apparition de symptômes chez les enfants et les membres du personnel.
- Si de nouveaux cas surviennent, prendre en charge les sujets et mettre en place les mesures de contrôle :
 - Réévaluer la situation;
 - Rehausser l'application des mesures d'hygiène;
 - Communiquer avec la DSP;
 - Une visite du milieu peut être recommandée par la DSP.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Les MADO doivent toujours être signalées à la DSP afin qu'elle valide la démarche.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de la DSP.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Gastroentérite

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Actuellement, au service de garde ou à l'école, plusieurs personnes sont atteintes de diarrhée.

Un enfant qui présente de la diarrhée, devrait rester à la maison si :

- Il est trop malade pour participer aux activités du service de garde ou de la classe.
- La diarrhée a été accompagnée de 2 vomissements ou plus au cours des 24 dernières heures.
- Il fait de la fièvre.
- Il y a présence de mucus ou de sang dans ses selles (consultation médicale recommandée).
- Il est incapable d'utiliser les toilettes pour chacune de ses selles (incontinent).
- Il porte des couches (il pourra revenir après l'épisode aigu s'il va bien et que ses selles sont contenues dans la couche).

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

Si un médecin est consulté, apportez cette lettre.

Merci de votre collaboration

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

INFECTIONS CUTANÉES

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Les principales infections bactériennes de la peau comprennent l'impétigo, la cellulite, l'abcès, le furoncle et la folliculite.

L'impétigo est une infection superficielle de la peau, alors que la cellulite est une infection profonde qui atteint le derme et les tissus sous-cutanés.

L'abcès cutané est une collection de pus dans la peau.

Le furoncle est une collection de pus qui provient d'un follicule pileux, alors que la folliculite est une infection superficielle de plusieurs follicules pileux.

Toutes ces infections sont le plus fréquemment causées par le *Staphylococcus aureus*.

La cellulite et l'impétigo peuvent être également causés par le streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGA).

Par ailleurs, plusieurs autres micro-organismes peuvent être la cause d'infections cutanées, dans des circonstances particulières liées à l'hôte ou à son environnement.

Épidémiologie

Les infections cutanées sont très fréquentes chez l'enfant et demeurent l'une des principales raisons de consultation médicale.

Il semble que les infections cutanées surviennent plus souvent l'été, une période où la chaleur et l'humidité favorisent la croissance bactérienne.

Les infections de la peau peuvent survenir sans lésion cutanée préexistante. Elles peuvent aussi survenir après une perte de l'intégrité de la peau qui constitue une porte d'entrée pour les bactéries, par exemple lors d'une abrasion, d'une piqûre d'insecte, d'une varicelle, ou dans le contexte d'une maladie de la peau telle que l'eczéma.

Certains facteurs de risque sont associés à des infections causées par le SARM (voir la section correspondante au chapitre 7).

Lors d'une exposition de la peau à un environnement particulier, par exemple une morsure ou une blessure survenant dans un lac, des bactéries vivant dans cet environnement sont souvent responsables de l'infection.

Les personnes immunosupprimées sont à risque d'infections par une grande variété de pathogènes, non seulement bactériens, mais aussi fongiques.

Tableau clinique

Les infections cutanées bactériennes sont des atteintes localisées, comparativement aux éruptions d'origine virale, comme la varicelle ou l'érythème infectieux, qui atteignent fréquemment toutes ou plusieurs régions du corps.

La cellulite se manifeste par un érythème de la peau, généralement douloureux, le plus souvent localisé aux membres ou au visage. Un œdème y est fréquemment associé. La fièvre peut être présente ou non.

Chez l'enfant, une forme particulière de cellulite peut survenir autour de l'anus, la cellulite périanale. Elle peut être confondue avec une dermite de couches. Elle est causée par le SGA.

L'impétigo se présente initialement sous forme de vésicules, de pustules ou parfois de bulles (impétigo bulleux), puis les lésions forment des croûtes ayant un aspect « mielleux ». Il est situé le plus souvent au visage, en particulier au pourtour de la bouche ou du nez, au menton ou derrière les oreilles. Il peut aussi atteindre le tronc, les fesses ou les mains.

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.

L'abcès cutané se présente sous forme de nodule ou de masse érythémateuse, parfois avec une pustule centrale. Il est généralement douloureux à la palpation. Un drainage spontané du pus peut survenir.

Le furoncle a un aspect comparable à l'abcès, mais il provient d'un follicule pileux et est donc le plus souvent situé au visage, au cou, aux fesses, aux aines ou aux aisselles, alors que l'abcès n'a pas de localisation privilégiée.

Complications

Les infections cutanées peuvent évoluer vers une infection plus grave, telle qu'une infection nécrosante avec gangrène des tissus mous et atteinte systémique.

Elles peuvent aussi se compliquer d'une bactériémie et entraîner l'ensemencement d'un foyer à distance, en occasionnant par exemple une arthrite septique, une ostéomyélite ou une endocardite.

Rarement, la cellulite du visage (surtout si elle concerne la région périodulaire) peut se compliquer d'une atteinte des tissus profonds autour de l'œil, d'une méningite ou d'une thrombose du sinus caverneux.

Les infections à *Staphylococcus aureus* et à SGA peuvent provoquer un choc toxique médié par les toxines synthétisées par ces bactéries (voir les sections correspondantes au chapitre 7).

L'impétigo causé par le SGA peut entraîner une glomérulonéphrite post-streptococcique.

Durée de la maladie

En général, les infections cutanées durent tant qu'un traitement adéquat n'est pas entrepris.

Les folliculites et l'impétigo peuvent se résoudre spontanément après quelques jours d'évolution.

Les furoncles et les abcès persistent tant qu'il n'y a pas eu de drainage approprié, soit spontané soit chirurgical.

Modes de transmission

Globalement, les infections cutanées ne se transmettent pas d'une personne à l'autre, mais les bactéries en cause peuvent se transmettre en présence d'impétigo ou de lésions purulentes (furoncle, abcès, plaie exsudative).

De façon générale, les infections cutanées surviennent à la suite d'un contact avec la peau, des lésions cutanées purulentes, des sécrétions respiratoires ou de la salive, lors de :

- Contact direct.
- Contact indirect.
- Auto-inoculation : l'infection survient lorsque l'agent infectieux est transféré par la personne d'un site de son corps à un autre. Par exemple, une personne peut surinfecter une lésion cutanée avec des bactéries déjà présentes sur sa peau ou dans sa gorge ou encore contaminer ses doigts au contact de la lésion initiale et causer des lésions ailleurs.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation varie selon l'agent causal et le type d'infection.

Période de contagiosité

La période de contagiosité varie selon l'agent causal et le type d'infection.

Immunité

Les infections cutanées ne confèrent aucune immunité.

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique.
- Investigation : culture bactérienne.

Traitement

◆ Spécifique

- Antibiotique par voie topique ou systémique.
- Drainage en présence d'abcès ou de furoncle.

◆ De soutien

- Si possible, recouvrir les lésions.
- S'il y a fièvre ou douleur, donner de l'acétaminophène.

MESURES À PRENDRE

Enquête

- Ne pas prendre de mesure s'il s'agit d'un cas isolé. Il y a éclosion lorsqu'il y a plusieurs cas d'infections cutanées du même type observées et ayant un lien épidémiologique (temps, lieu, personnes, activité, etc.).
- Vérifier si un agent spécifique a été identifié. Pour toute maladie ayant une cause précise (ex. : SGA ou *Staphylococcus aureus*, incluant le SARM), voir la section correspondante au chapitre 7.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- En présence d'impétigo, le sujet doit être exclu jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement antibiotique. Dans le cas d'un impétigo non traité par antibiotique, le sujet doit être exclu jusqu'à ce que les lésions soient guéries.
- En tout temps, il est préférable de recouvrir les lésions cutanées, sauf si celles-ci sont sèches.
- En présence de lésions purulentes (furoncle, abcès, plaie exsudative), les lésions doivent être recouvertes avec un pansement imperméable. Si les lésions ne peuvent être recouvertes, il est habituellement recommandé d'exclure le sujet tant qu'il y a persistance d'un écoulement purulent.
- S'il s'agit d'un travailleur de l'alimentation, il doit recouvrir ses lésions avec un pansement étanche et propre. Si les lésions sont aux mains ou aux avant-bras ou sont impossibles à recouvrir, il doit s'abstenir de manipuler des aliments (risque d'intoxication alimentaire). Pour plus de détails, voir <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Restauration/Qualitedesaliments/Toxiinfectionsalimentaires/Pages/recommandations.aspx>.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts les enfants qui fréquentent un même groupe ou une même classe en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée.
- Surveiller l'apparition de nouveaux cas d'infections cutanées chez les contacts.

- Si plusieurs cas d'infections cutanées sont observés, diriger les contacts symptomatiques vers un médecin pour une évaluation, un diagnostic et un traitement au besoin. Contacter la DSP si une éclosion est suspectée.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .

Suivi

Aucun.

LARYNGOTRACHÉITE (FAUX CROUP)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La laryngotrachéite est une inflammation et un œdème de la région sous-glottique.

La laryngotrachéite est d'origine virale dans plus de 80 % des cas. Le virus le plus fréquent est le para-influenza (de 50 à 75 % des cas), mais d'autres virus peuvent être en cause : adénovirus, bocavirus, coronavirus, entérovirus, influenza A et B, métapneumovirus humain, rhinovirus et VRS.

Plus rarement, la laryngotrachéite peut être d'origine bactérienne, par exemple SGA, pneumocoque et *Hæmophilus influenzae* de type b (Hib).

Épidémiologie

La laryngotrachéite touche surtout les enfants de 6 à 36 mois (pic durant la 2^e année de vie). Étant donné la petite taille de leurs voies respiratoires, les enfants âgés de 2 ans ou moins risquent d'avoir une symptomatologie plus grave. L'incidence est presque 2 fois plus élevée chez les garçons que chez les filles.

La maladie survient toute l'année, mais plus particulièrement à la fin de l'automne et au début de l'hiver.

L'enfant qui a déjà fait une laryngotrachéite en bas âge est prédisposé à faire un autre épisode semblable à l'occasion d'une réinfection.

Certains enfants atteints devront être hospitalisés, et une minorité d'entre eux aura besoin d'une intubation endotrachéale.

La maladie est plus grave et l'excrétion du virus dure plus longtemps chez les personnes immunosupprimées.

La laryngotrachéite est rare chez l'adolescent et encore plus chez l'adulte.

Tableau clinique

Les signes et symptômes de la laryngotrachéite sont 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 légère à grave.

Les symptômes peuvent se manifester d'emblée ou faire suite à une IVRS et sont à leur paroxysme au cours des 2 premières nuits.

La symptomatologie fluctue au cours de la journée, pouvant se détériorer ou s'améliorer rapidement.

Complications

La laryngotrachéite peut entraîner une infection bactérienne secondaire : otite, pneumonie, trachéite et laryngotrachéobronchite.

Durée de la maladie

La laryngotrachéite dure en général de 3 à 7 jours.

Modes de transmission

La laryngotrachéite se transmet par contact avec les sécrétions respiratoires par :

- Contact direct
- Contact indirect
- Projection de gouttelettes

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 1 à 10 jours selon l'agent causal.

Période de contagiosité

La période de contagiosité varie selon l'agent causal. Elle peut débuter 1 semaine avant le début des symptômes et se poursuit jusqu'à 3 semaines après la disparition des symptômes.

Immunité

La laryngotrachéite 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, le pneumocoque et Hib).

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique.
- Investigations :
 - radiographie des tissus mous du cou et radiographie des poumons (ces examens ne sont pas nécessaires pour faire le diagnostic, mais ils permettent d'éliminer d'autres diagnostics);
 - 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 et/ou humidité.
- Corticostéroïdes par voie orale ou intramusculaire.
- Épinéphrine racémique en nébulisation.
- Oxygène humidifiée et aide ventilatoire au besoin.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Aucune.

Mesures de contrôle◆ **Sujet**

La laryngotrachéite ne justifie pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).

◆ **Contacts**

Aucune.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .

Suivi

Aucun.

MÉNINGITE BACTÉRIENNE OU VIRALE

Si un agent infectieux a été identifié, voir la section correspondante au chapitre 7.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La méningite est une inflammation des méninges (fines membranes entourant le cerveau et la moelle épinière) et du liquide céphalorachidien (LCR). La méningite est le plus souvent causée par une infection.

La méningite peut être causée par une multitude d'agents infectieux, surtout des virus et des bactéries. Ces microorganismes sont responsables de 2 grandes entités ayant des manifestations cliniques, des traitements et des pronostics bien distincts, soit la méningite virale et la méningite bactérienne.

La méningite bactérienne atteignant les enfants de 2 mois et moins ne sera pas abordée dans cette section, car elle est causée par d'autres organismes et dépasse le cadre du guide.

Épidémiologie

◆ Méningite bactérienne

Chez les enfants de plus de 2 mois, la méningite bactérienne est presque toujours causée par le pneumocoque ou le méningocoque. En l'absence de vaccination adéquate, Hib est également une cause majeure de cette méningite chez l'enfant. La maladie de Lyme est de plus en plus répandue au Québec et se présente occasionnellement sous la forme d'une méningite. La méningite à SGA survient rarement au Québec.

Le nombre de cas de méningite bactérienne a chuté de façon spectaculaire depuis l'introduction des vaccins conjugués contre les bactéries en cause (pneumocoque, méningocoque de sérogroupe C et Hib). Au Québec, le méningocoque de sérogroupe B est une cause importante de la méningite bactérienne chez les jeunes âgés de 20 ans et moins.

La méningite bactérienne atteint plus fréquemment les petits de 2 à 23 mois (taux d'incidence allant jusqu'à 7 sur 100 000) que les enfants de 2 à 17 ans (taux d'incidence d'environ 0,5 sur 100 000).

La méningite bactérienne est plus fréquente en hiver.

Certaines conditions prédisposent à la méningite bactérienne : présence d'une fuite de LCR, d'un sinus dermique, d'un implant cochléaire, d'une dérivation ventriculo-péritonéale ou d'une immunosuppression. Dans ces cas, des bactéries autres que celles fréquemment en cause peuvent être responsables de l'infection.

◆ Méningite virale

La méningite virale est causée par différents virus, mais plus souvent par les entérovirus, les paréchovirus et les arbovirus (ex. : VNO). La méningite virale peut aussi être causée par le virus herpès simplex, certains virus respiratoires, dont l'influenza, et les virus des oreillons, de la rougeole, de la varicelle et de la mononucléose.

L'agent causal reste inconnu dans près de la moitié des cas.

Bien qu'on ne dispose pas de statistiques précises, la méningite virale est relativement fréquente.

Elle se rencontre généralement l'été et au début de l'automne.

Elle touche tous les groupes d'âge, mais plus souvent les enfants de moins de 10 ans.

Tableau clinique

Les signes et symptômes de la méningite débutent classiquement de façon soudaine, avec de la fièvre ainsi qu'une irritation méningée se manifestant par des céphalées, une raideur à la nuque, des nausées et des vomissements. Chez les jeunes enfants, le tableau est moins spécifique, avec malaise, irritabilité, anorexie et diarrhée.

Jusqu'à un tiers des enfants présenteront des convulsions dans les 48 premières heures d'une méningite bactérienne.

Par ailleurs, une IVRS précède souvent une méningite bactérienne. Des pétéchies et du purpura peuvent être présents.

Les manifestations cliniques de la méningite virale sont semblables à celles de la méningite bactérienne, mais l'état général est moins atteint et les symptômes sont souvent moins intenses.

Selon l'agent viral en cause, les cas peuvent présenter des symptômes respiratoires et gastro-intestinaux ainsi qu'une éruption cutanée.

Complications

◆ Méningite bactérienne

Des convulsions persistantes, de l'œdème cérébral avec hypertension intracrânienne, des abcès sous-duraux et des infections à distance (ex. : arthrite) peuvent survenir au début de la maladie.

À plus long terme, des séquelles neurologiques peuvent apparaître; la complication la plus fréquente est la surdité neurosensorielle. Peuvent aussi survenir : ataxie, parésie, hydrocéphalie, épilepsie, diabète insipide, déficience intellectuelle, troubles du comportement ou d'apprentissage.

La mortalité est de 4 à 8 %, même avec un traitement approprié.

◆ Méningite virale

La méningite virale n'entraîne généralement pas de complications. Néanmoins, il peut y avoir des manifestations transitoires, telles que parésie, spasmes musculaires, insomnie et changement de comportement.

Durée de la maladie

Dans le cas de la méningite bactérienne, une antibiothérapie précoce est nécessaire. La personne atteinte s'améliore graduellement après quelques jours de traitement, mais la convalescence peut être longue, selon les complications et les séquelles trouvées.

La méningite virale a une durée variable selon l'agent causal, mais elle dure rarement plus de 10 jours.

Modes de transmission

La transmission varie selon l'agent causal.

Période d'incubation

La période d'incubation varie selon l'agent causal.

Période de contagiosité

La période de contagiosité varie selon l'agent causal.

Pour la méningite bactérienne, la période de contagiosité se poursuit généralement jusqu'à 24 heures après le début d'une antibiothérapie efficace.

Immunité

Le développement d'une immunité varie selon l'agent causal.

Des vaccins existent et sont inclus dans le Programme québécois d'immunisation. Il s'agit des vaccins contre Hib, le pneumocoque et le méningocoque (voir les sections correspondantes au chapitre 7 et dans le [PIQ](#)).

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations :

- laboratoire :
 - analyse du LCR : cultures virales et bactérienne, TAAN,
 - analyses sanguines : hémocultures, sérologies;
- imagerie cérébrale.

Traitement

◆ Spécifique

- Antibiotiques lorsqu'il s'agit d'une méningite bactérienne.
- Pas de traitement spécifique pour une méningite virale.

◆ De soutien

- Analgésique pour la douleur.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Hydratation au besoin.
- Corticostéroïdes intraveineux pour certaines méningites bactériennes.
- Des soins spécialisés en unité de soins intensifs sont parfois nécessaires pour certaines méningites bactériennes graves.

MESURES À PRENDRE

Si un agent infectieux spécifique a été identifié, se référer à la section correspondante au chapitre 7.

Enquête

Une enquête est faite par la DSP en fonction des recommandations en vigueur pour tous les cas de méningite bactérienne.

En présence de méningite virale (sans agent causal identifié), il y a écloison si 2 cas confirmés et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps ou de personne sont observés.

Si l'infirmière du CLSC est informée d'une situation suspecte de transmission active (ex. : plus d'une personne présente des symptômes), elle doit communiquer avec la DSP.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

La méningite virale ne justifie pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).

◆ Contacts

- Considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants et les adultes fréquentant ce service ainsi que les personnes de la maison;
 - Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au groupe du cas. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;
 - Dans une école primaire ou secondaire : les personnes ayant un lien épidémiologique avec le cas.

- Diriger vers un médecin les enfants qui présentent des symptômes cliniques compatibles.
- En cas d'écllosion de méningite virale ou présumée virale (sans agent causal identifié), envoyer la lettre aux parents et membres du personnel. Contacter la DSP.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .

Pour la prévention d'une piqûre de tique, voir le chapitre 5, section [Piqûre de tique](#). Pour la prévention des piqûres d'insectes, voir le chapitre 7, section [VNO](#).

Suivi

Aucun suivi n'est nécessaire pour les méningites virales. Pour les méningites bactériennes, se référer aux sections correspondantes au chapitre 7.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**Concernant les lettres aux parents :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un médecin.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Méningite virale

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Des enfants du [service de garde ou de l'école ou de la classe] ont reçu un diagnostic de méningite virale.

Cette maladie est causée par un virus. Elle peut se manifester par de la fièvre, une raideur à la nuque, des vomissements et de l'irritabilité. Cette maladie est en général bénigne, et la guérison se fait en quelques jours, sans antibiotiques.

Souvent, le virus peut contaminer l'environnement, les mains et les jouets. Il est important que les adultes et les enfants se lavent bien les mains après chaque changement de couche et après avoir utilisé les toilettes.

Si une personne qui fréquente le milieu présente les symptômes de cette maladie, elle devrait consulter rapidement un médecin. Apportez cette lettre avec vous.

Merci de votre collaboration

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

OTITE MOYENNE AIGUË

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'otite moyenne aiguë est une infection de l'oreille moyenne. Elle fait généralement suite à une IVRS et produit une dysfonction ou une inflammation de la trompe d'Eustache, une pression négative dans l'oreille moyenne et le passage des sécrétions du naso-pharynx vers l'oreille moyenne.

L'otite moyenne aiguë peut être causée par des bactéries ou des virus. Les bactéries les plus souvent en cause sont *Streptococcus pneumoniae*, *Hæmophilus influenzae* non typable et *Moraxella catarrhalis*. Les virus les plus souvent en cause sont le VRS, l'influenza, les adénovirus et, plus rarement, les rhinovirus, les coronavirus, le para-influenza et les entérovirus.

Épidémiologie

À l'âge de 3 ans, 80 % des enfants auront eu un épisode d'otite moyenne aiguë. Son incidence est plus élevée chez les enfants âgés de moins de 2 ans, avec un pic entre 6 et 20 mois.

L'otite moyenne aiguë est plus fréquente durant la saison froide, comme toutes les IVRS.

La maladie semble être plus fréquente et plus grave chez les garçons de même que chez les Inuits et les autochtones d'Amérique. Être un enfant prématuré, être immunosupprimé, avoir une histoire familiale d'otite moyenne, fréquenter un service de garde en installation (CPE ou garderie), être exposé à la fumée secondaire du tabac, utiliser une sucette, provenir d'un milieu socio-économique défavorisé ainsi qu'avoir une fissure palatine ou des anomalies cranio-faciales sont des facteurs qui augmentent le risque d'otite moyenne. L'allaitement maternel semble avoir un effet protecteur, particulièrement dans les populations défavorisées.

Tableau clinique

Habituellement de début rapide, l'otite moyenne aiguë se manifeste par une otalgie, de la fièvre, des troubles du sommeil et une perte d'appétit ainsi que par de l'irritabilité, le frottement des oreilles et des pleurs, particulièrement chez l'enfant qui ne parle pas.

Le plus souvent, l'otite moyenne aiguë est précédée d'une infection virale des voies respiratoires supérieures.

Complications

L'otite moyenne aiguë peut entraîner les complications suivantes : la perforation du tympan (5 %), une otite moyenne chronique purulente, une otite moyenne séreuse chronique causant une diminution de l'audition et des risques de retard de langage, un cholestéatome, la mastoïdite (entre 1 cas sur 500 et 1 cas sur 1000), une perte permanente d'audition, la bactériémie, la méningite, un abcès sous-dural, un abcès cérébral, la paralysie du nerf facial et la labyrinthite.

Durée de la maladie

La durée de l'otite moyenne aiguë est variable.

Modes de transmission

Il n'y a pas de 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.

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, Hib et le pneumocoque peuvent aider à diminuer la fréquence et la gravité des épisodes d'otite.

Méthodes diagnostiques

- Examen clinique, incluant otoscopie pneumatique ou tympanométrie si nécessaire.
- Investigations : aucune.

Traitement**◆ Spécifique**

- Antibiothérapie si nécessaire. Si l'enfant a plus de 6 mois et que ses signes et symptômes sont légers, le médecin peut opter pour une observation sans administration d'antibiotiques pour une période de 48 à 72 heures s'il est possible d'assurer un suivi.
- En présence d'otorrhée, nettoyage et gouttes otiques.
- Parfois, myringotomie.

◆ De soutien

- Analgésique pour la douleur.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Aucune.

Mesures de contrôle**◆ Sujet**

- Un diagnostic d'otite ne justifie pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).
- Ne pas laisser l'enfant boire un biberon en position couchée.
- Éviter ou limiter l'usage de la sucette.
- Assurer une bonne hygiène nasale (instillation de solution saline, mouchage).
- En présence d'otorrhée, tenter de contenir l'écoulement.

◆ Contacts

Aucune.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'air intérieur .

Suivi

Aucun.

PHARYNGITE ET AMYGDALITE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La pharyngite est une infection de l'oropharynx et devient une amygdalite s'il y a atteinte des amygdales.

Le plus souvent, les pharyngites et les amygdalites sont causées par des virus : tous les virus causant des infections des voies respiratoires, le cytomégalovirus, le virus d'Epstein-Barr et le virus herpès simplex.

Lorsque les pharyngites et les amygdalites sont bactériennes, le SGA est le plus souvent en cause. Les autres bactéries sont notamment les streptocoques du groupe C ou G, *Arcanobacterium hæmolyticum*, *Corynebacterium diphtheriae* (diphthérie) et, dans un contexte d'ITS, *Neisseria gonorrhœæ* et *Treponema pallidum*.

Pour le SGA, voir la section correspondante au chapitre 7.

Épidémiologie

Les pharyngites et les amygdalites sont plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes. Sur une période de 1 an, on estime que 16 % des adultes et 41 % des enfants auront un épisode de pharyngite.

La population d'âge scolaire (de 5 à 18 ans) est la plus souvent touchée par les pharyngites-amygdalites.

Sous notre climat, le pic d'incidence le plus élevé se situe à l'hiver et tôt au printemps.

Tableau clinique

Les symptômes sont un mal de gorge exacerbé par la déglutition avec ou sans fièvre. On peut aussi trouver des symptômes non spécifiques tels qu'éruptions ou lésions cutanées, nausées, vomissements, douleurs abdominales et céphalées.

La plupart du temps, la pharyngite-amygdalite est une maladie bénigne d'origine virale auto-résolutive.

À l'examen, la gorge est rouge avec ou sans exsudat sur les amygdales. Il peut y avoir aussi des ganglions sous-maxillaires et cervicaux douloureux.

Certains éléments cliniques peuvent orienter davantage vers une infection virale ou bactérienne, mais ces éléments ne permettent pas d'établir avec certitude l'étiologie de la pharyngite-amygdalite.

Tableau 7 – Probabilité d’infection au streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGA) comme cause de pharyngite

Facteurs	Forte probabilité	Faible probabilité
Saison	Hiver-printemps	Été
Âge	3 à 15 ans	< 3 ans ou > 15 ans
Début	Abrupt	Graduel
Symptômes	Maux de gorge importants, douleur à la déglutition, céphalées, fièvre, nausées, vomissements et parfois douleurs abdominales	Conjonctivite, perte de la voix, toux, rhinorrhée, diarrhée, absence de fièvre

Le contexte épidémiologique (contact avec un cas) augmente également la probabilité d’infection au streptocoque.

Adapté de INESSS, Guide clinique *Pharyngite-amygdalite chez l’enfant et l’adulte*, mars 2010 [<https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/Guides-seriel/CdM-Antibio1-PharyngiteAmygdalite-fr.pdf>] (Consulté le 25 janvier 2016).

La présence d’une éruption scarlatiniforme, un début abrupt ou l’absence de toux et de symptômes de rhume peuvent orienter davantage vers une origine bactérienne (SGA). La pharyngite-amygdalite à SGA est moins fréquente chez l’enfant de moins de 2 ans, mais des éclosions ont été rapportées en service de garde.

Complications

Les principales complications sont l’adénite, la sinusite, l’otite moyenne aiguë et, plus rarement, l’abcès périamygdalien ou rétropharyngé. Pour la pharyngite-amygdalite à SGA, on trouve aussi le rhumatisme articulaire aigu, la glomérulonéphrite et les infections invasives telles que le choc toxique.

Durée de la maladie

La durée de la pharyngite-amygdalite varie selon l’agent causal, la présence de complications ou de maladies chroniques.

Modes de transmission

De façon générale, la transmission se fait par contact avec des sécrétions respiratoires (nasopharyngées) et génitales par :

- Contact direct.
- Contact indirect.
- Projection de gouttelettes.

Pour plus de détails voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation varie selon l'agent causal.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dépend du pathogène en cause.

Dans le cas de la pharyngite-amygdalite virale, la période de contagiosité débute un peu avant l'apparition des symptômes et dure pendant toute la maladie.

Dans le cas de la pharyngite-amygdalite bactérienne à SGA, la contagiosité diminue grandement après 24 heures d'antibiothérapie.

Immunité

La pharyngite-amygdalite virale peut conférer une immunité pour le sérotype en cause, mais plusieurs sérotypes d'un même virus et plusieurs virus distincts peuvent être en cause.

La pharyngite-amygdalite bactérienne ne confère aucune immunité, et les réinfections sont possibles.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations :

- culture de gorge;
- tests de détection rapide de l'antigène streptococcique sur un prélèvement pharyngé.

Traitement**◆ Spécifique**

- Antibiotiques pour les pharyngites-amygdalites bactériennes.
- Aucun traitement spécifique pour les pharyngites-amygdalites virales.

◆ De soutien

- Hydratation.
- Diète molle et froide.
- Soulagement de la douleur et de la fièvre au besoin.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Aucune.

Mesures de contrôle◆ **Sujet**

La pharyngite-amygdalite sans cause identifiée ne justifie pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).

◆ **Contacts**

Aucune.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'air intérieur .

Suivi

Aucun.

PNEUMONIE BACTÉRIENNE OU VIRALE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La pneumonie est une infection des voies respiratoires inférieures.

Elle est causée par plusieurs pathogènes, principalement des virus ou des bactéries.

Épidémiologie

En Amérique du Nord, la pneumonie est présente toute l'année, mais elle survient surtout durant les temps froids. Chez l'enfant, la pneumonie est plus fréquente avant l'âge de 5 ans, particulièrement s'il fréquente un service de garde. L'agent causal est rarement détecté, car l'enfant n'expectore pas et les cultures du sang sont souvent négatives.

On sait que l'agent causal varie selon l'âge de l'enfant. Avant l'âge de 5 ans, la pneumonie virale est la plus fréquente et est principalement causée par le VRS. Les autres virus associés le plus fréquemment à la pneumonie sont les suivants : influenza, para-influenza, adénovirus, coronavirus, rhinovirus, bocavirus et métapneumovirus humain. La varicelle, la rougeole et le cytomégalovirus peuvent également entraîner une pneumonie virale.

Le pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*) cause la majorité des pneumonies bactériennes chez les enfants de tout âge. *Mycoplasma pneumoniae* et *Chlamydophila pneumoniae* jouent un plus grand rôle à partir de l'âge de 5 ans. D'autres bactéries, telles que *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* (du groupe A), Hib, *Bordetella pertussis* (coqueluche), *Moraxella catarrhalis* et, rarement, *Legionella pneumophila* et *Mycobacterium tuberculosis*, peuvent aussi être en cause. L'incidence des infections à Hib a grandement chuté depuis la vaccination. Le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline et acquis en communauté (SARM-AC) est une cause en émergence de pneumonies parfois graves.

Tableau clinique

Les signes et symptômes associés à la pneumonie sont la fièvre, la toux avec ou sans expectoration, les douleurs thoraciques, la dyspnée, la tachypnée et les râles à l'auscultation. Les pneumonies virales sont plus souvent accompagnées de rhinorrhée, alors que la pneumonie bactérienne se déclare plus abruptement, typiquement après quelques jours d'une IVRS. La plainte expiratoire (wheezing) est souvent associée à une infection virale ou, si l'enfant a plus de 5 ans, à une infection à *M. pneumoniae* ou à *C. pneumoniae*.

Complications

La pneumonie bactérienne autre que celle causée par *Mycoplasma pneumoniae* ou *Chlamydophila pneumoniae* peut entraîner une septicémie, un abcès pulmonaire, un empyème et même le décès. Ces complications sont plus fréquentes chez les personnes ayant une maladie chronique ou chez les personnes très jeunes ou très âgées.

La pneumonie à *Mycoplasma pneumoniae* peut être plus grave et peut se compliquer d'un épanchement pleural chez les enfants atteints du syndrome de Down, d'une immunosuppression ou d'une maladie cardiopulmonaire chronique. Les personnes souffrant d'anémie falciforme peuvent être atteints d'un syndrome thoracique aigu.

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, la présence de complications ou de maladies chroniques.

Modes de transmission

Le mode de transmission varie selon l'agent infectieux en cause. La transmission de virus et de bactéries est fréquente, mais n'entraîne pas nécessairement une pneumonie. Dans le cas des pneumonies bactériennes autres que celle à *Mycoplasma pneumoniae*, la personne malade est généralement déjà porteuse de la bactérie et fait une pneumonie à la suite d'une IVRS.

De façon générale, la transmission se fait par contact avec des sécrétions respiratoires :

- Par contact direct.
- Par contact indirect.
- Par projection de gouttelettes.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

Dans le cas des pneumonies bactériennes, la période d'incubation varie selon l'agent causal. Elle dure de quelques jours à quelques semaines. En particulier, elle est :

- De 1 à 4 semaines pour *Mycoplasma pneumoniae*.
- De 1 à 10 jours pour *Legionella pneumophila*.

Pour les pneumonies virales, la période d'incubation dure de 1 à 10 jours selon chaque virus.

Période de contagiosité

La période de contagiosité varie selon l'agent causal. 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.

Immunité

La pneumonie peut conférer une immunité propre à l'agent en cause. Par contre, les organismes ont souvent plusieurs sous-types, et la maladie avec un sous-type ne protège pas contre tous les autres (ex. : pneumocoque). Aussi, l'immunité n'est pas toujours permanente (ex. : infection à *Mycoplasma pneumoniae*).

Des vaccins existent et sont inclus dans le calendrier d'immunisation du Québec pour les infections causées par *Streptococcus pneumoniae*, Hib, la coqueluche, l'influenza et la rougeole.

Il existe des anticorps monoclonaux intramusculaires contre le VRS qui sont réservés à certains groupes à risque (voir, au chapitre 5, les sections [Enfants immunosupprimés](#) et [Enfants souffrant de maladie cardiaque ou pulmonaire ou nés prématurément et infections respiratoires](#)).

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations : radiographie pulmonaire.

— Les tests suivants ne détectent pas la présence d'une pneumonie, mais ils peuvent suggérer ou prouver le microorganisme en cause :

- hémoculture;
- détection de virus dans les sécrétions nasopharyngées ou la gorge (IFA, EIA ou TAAN);
- culture bactérienne des expectorations lorsque possible;
- les tests pour la détection de virus, de *Mycoplasma pneumoniae* ou de *Chlamydia pneumoniae* ne sont généralement pas recommandés s'ils ne peuvent pas être obtenus assez rapidement pour avoir une influence sur le choix du traitement;
- la recherche de *Legionella pneumophila* doit être demandée de façon spécifique, car cet organisme demande une technique particulière qui n'est pas toujours faite d'emblée.

Traitement

◆ Spécifique

— La décision de traiter avec des antibiotiques dépendra de l'indice de suspicion d'une pneumonie 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 n'y a souvent pas de traitement spécifique pour la pneumonie virale, sauf pour l'influenza contre lequel un antiviral peut parfois être prescrit.

◆ De soutien

Hydratation, oxygène, aide respiratoire au besoin.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Vérifier si un agent spécifique a été identifié. Pour toute maladie ayant une cause précise, voir la section correspondante au chapitre 7.

Mesures de contrôle◆ **Sujet**

Un diagnostic de pneumonie ne justifie pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).

◆ **Contacts**

- Surveiller les enfants qui présentent des symptômes cliniques compatibles et les diriger vers leur médecin au besoin.
- Considérer comme contacts les enfants et le personnel du même groupe.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux , Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'air intérieur .

Suivi

Aucun.

RHUME ET SAG

Pour plus d'information concernant la grippe, voir la section [Grippe](#) au chapitre 7.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le rhume est une infection virale aiguë des voies respiratoires supérieures. Il est causé dans plus de 50 % des cas par un rhinovirus. Il existe plus de 100 rhinovirus différents. D'autres virus peuvent causer un rhume, dont le VRS, les virus para-influenza, les coronavirus, le métagroupe pneumovirus humain, les bocavirus, les adénovirus et les entérovirus.

Le SAG est aussi une infection virale aiguë des voies respiratoires. Il se manifeste par des symptômes beaucoup plus graves avec des douleurs musculaires, de la fièvre, de la toux et une atteinte importante de l'état général. Il est plus souvent causé par les virus influenza, mais peut aussi être causé par d'autres virus.

Épidémiologie

Les rhinovirus circulent toute l'année avec 2 pics épidémiques à l'automne (septembre-octobre) et au printemps (mars-avril).

Les enfants attrapent en moyenne 5 ou 6 rhumes par année. Les épisodes peuvent être plus nombreux pour les enfants de moins de 3 ans qui en sont à leur première année de fréquentation des services de garde.

Tout le monde est susceptible de contracter un rhume ou un SAG.

Tableau clinique

Il est important de distinguer le rhume du SAG.

Tableau 8 — Symptômes du rhume et du SAG

Symptômes	Rhume	SAG
Fièvre	<ul style="list-style-type: none"> • Rare • Les enfants plus jeunes peuvent présenter une fièvre légère sans atteinte de l'état général 	<ul style="list-style-type: none"> • Habituelle • Température entre 38 °C et 40 °C (entre 100,4 °F et 104 °F) • Début soudain
Toux	<ul style="list-style-type: none"> • Habituelle • Légère ou modérée 	<ul style="list-style-type: none"> • Habituelle • Début soudain
Maux de tête	<ul style="list-style-type: none"> • Rares 	<ul style="list-style-type: none"> • Habituels • Parfois intenses

Douleurs et courbatures	<ul style="list-style-type: none"> • Rares 	<ul style="list-style-type: none"> • Habituelles • Parfois intenses
Fatigue	<ul style="list-style-type: none"> • Habituelle • Légère 	<ul style="list-style-type: none"> • Habituelle • Intense • Durée : quelques jours, parfois plus
Nausées et vomissements	<ul style="list-style-type: none"> • Rares • Légers 	<ul style="list-style-type: none"> • Habituels, surtout chez les jeunes enfants • Souvent accompagnés de diarrhée et de douleurs au ventre chez les jeunes enfants
Écoulement nasal, congestion du nez et éternuements	<ul style="list-style-type: none"> • Habituels 	<ul style="list-style-type: none"> • Plus fréquents chez les jeunes enfants
Mal de gorge	<ul style="list-style-type: none"> • Habituel 	<ul style="list-style-type: none"> • Habituel

Complications

Le rhume et le SAG peuvent parfois entraîner des surinfections bactériennes comme des otites moyennes aiguës et des sinusites. Contrairement au SAG, le rhume cause rarement une pneumonie.

Comme toutes les infections des voies respiratoires, le rhume et le SAG peuvent entraîner un bronchospasme.

Durée de la maladie

Le rhume dure de 2 à 10 jours.

Le SAG dure de 5 à 7 jours, mais les symptômes peuvent persister plus longtemps selon l'agent causal.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec des sécrétions respiratoires :

- Par contact direct.
- Par contact indirect.
- Par projection de gouttelettes (surtout en cas de SAG).

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation dure de 2 à 3 jours, mais peut varier selon l'agent causal.

Période de contagiosité

De façon générale, la période de contagiosité commence 24 heures avant le début des symptômes et se poursuit jusqu'à environ 7 jours après le début des symptômes. La contagiosité est habituellement maximale au moment où les symptômes sont les plus importants.

Immunité

L'immunité varie selon le type de virus en cause. Une réinfection est toujours possible.

Il n'existe aucun vaccin contre le rhume.

Méthodes diagnostiques

— Rhume : tableau clinique.

— SAG :

- tableau clinique;
- investigations au besoin :
 - détection d'antigènes dans les sécrétions nasopharyngées (IFA et EIA),
 - culture virale des sécrétions nasopharyngées,
 - TAAN sur les sécrétions nasopharyngées.

Traitement

◆ Spécifique

- Rhume : aucun.
- SAG : généralement aucun. Si le sujet présente un diagnostic de grippe confirmé par un test de laboratoire, voir la section [Grippe](#) au chapitre 7.

◆ De soutien

- Hydratation.
- Instillation de sérum physiologique dans les narines et aspiration régulière des sécrétions nasales.
- Antipyrétique au besoin.
- Éviter les décongestionnants oraux, topiques et les médicaments contre la toux 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. Depuis l'automne 2008, Santé Canada recommande de ne pas utiliser de médicaments contre la toux et le rhume chez les enfants de moins de 6 ans et de les utiliser avec prudence chez les enfants de plus de 6 ans.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Aucune.

Si le sujet présente un diagnostic de grippe confirmé par un test de laboratoire, voir la section [Grippe](#) au chapitre 7.

Mesures de contrôle◆ **Sujet**

Un diagnostic de rhume ou de SAG ne justifie pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).

◆ **Contacts**

Dans la mesure du possible, éviter que les bébés de moins de 3 mois soient en contact avec des personnes enrhumées ou présentant un SAG.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .

Suivi

Aucun.

CAMPYLOBACTÉRIOSE (INFECTION À *CAMPYLOBACTER*)

La Campylobactériose est une **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le *Campylobacter* est une bactérie comprenant une quinzaine d'espèces, dont *Campylobacter jejuni*, *Campylobacter coli* et *Campylobacter fetus*. Le campylobactériose est une infection intestinale presque toujours causée par le *Campylobacter jejuni* ou le *Campylobacter coli*, sous forme de diarrhée. Le *Campylobacter fetus* peut quant à lui causer une infection néonatale.

Les microorganismes responsables de la campylobactériose survivent bien dans les aliments gardés au réfrigérateur, sans s'y multiplier.

Épidémiologie

Les animaux et les oiseaux sauvages, de la ferme et domestiques sont les réservoirs de l'infection.

L'ingestion de 500 bactéries suffit pour causer de la diarrhée.

Le *Campylobacter* est l'un des agents les plus fréquemment en cause dans les diarrhées bactériennes, et ce, mondialement. Le campylobactériose survient à tous les âges, mais son incidence est particulièrement plus élevée chez les jeunes enfants ainsi que chez les jeunes adultes. Les hommes tendent à être plus touchés.

Dans les climats tempérés, le campylobactériose survient plus fréquemment en été.

Tableau clinique

La campylobactériose consiste en une maladie aiguë qui se guérit souvent de façon spontanée et qui est caractérisée par de la diarrhée, des douleurs abdominales, des vomissements, un malaise général et de la fièvre. Il y a souvent présence microscopique ou macroscopique de sang et de mucus dans les selles liquides nauséabondes.

Les infections asymptomatiques sont fréquentes.

Complications

Rarement, la campylobactériose entraîne une septicémie ou une méningite. Des complications d'ordre immunologique peuvent se produire durant la convalescence : arthrite réactive, érythème noueux, syndrome de Reiter, syndrome de Guillain-Barré.

Les personnes les plus à risque de complications sont les enfants mal nourris, les personnes immunosupprimées et les nouveau-nés.

Durée de la maladie

La campylobactériose dure généralement moins de 7 jours. Cependant, 20 % des personnes les plus malades peuvent rechuter ou souffrir d'une maladie plus longue.

Modes de transmission

La transmission se fait par ingestion de la bactérie :

- Par véhicule commun : aliments contaminés, particulièrement la volaille crue ou insuffisamment cuite, l'eau contaminée ou le lait non pasteurisé.
- Par contact indirect (rarement).
- Par contact direct (rarement).

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation dure de 2 à 5 jours en moyenne, mais peut aller jusqu'à 10 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure 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 2-3 semaines, mais parfois jusqu'à 7 semaines. L'état de porteur chronique est rare.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de faire une infection causée par un *Campylobacter*.

Immunité

L'infection symptomatique par *Campylobacter jejuni* confère habituellement une immunité spécifique.

Il n'existe aucun vaccin contre la campylobactériose.

Méthodes diagnostiques

Investigations : laboratoire (culture de selles, hémoculture si maladie aiguë ou hôte à risque de complications).

Traitement

◆ Spécifique

- Il n'est pas indiqué de traiter les campylobactérioses bénignes, car il s'agit le plus souvent d'une infection qui se guérit en quelques jours. Un antibiotique est indiqué seulement s'il y a persistance de symptômes ou immunosuppression.
- Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués.

◆ De soutien

- Hydratation et remplacement électrolytique au besoin.
- Les anti-diarrhéiques sont contre-indiqués.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Analgésique pour la douleur.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Aucune enquête n'est réalisée par la DSP, sauf en présence d'agrégats ou d'éclosion. Aucune enquête n'est requise s'il s'agit d'un cas isolé de campylobactérose.

Si l'infirmière du CLSC est informée d'une situation suspecte de transmission active (ex. : plus de 1 personne présente des symptômes) ou d'une situation à risque élevé de transmission (ex. : la personne manipule et prépare des aliments ou travaille dans un service de garde ou une école), elle doit communiquer avec la DSP.

Il y a éclosion si 2 cas confirmés et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps ou de personne sont déclarés.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.
- Identifier et contrôler une source commune de contamination :
 - service de garde;
 - eau potable et eau de baignade;
 - aliments;
 - animaux : rechercher la présence d'animaux ou d'occasions d'exposition aux animaux.
- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l'infirmière du CLSC au besoin.
- Communiquer avec le MAPAQ au besoin.

Mesures de contrôle**◆ Sujet**

- L'enfant doit être exclu selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).
- Si le sujet manipule ou prépare des aliments, le retrait ou la réaffectation est recommandé jusqu'à 48 heures après la disparition de la diarrhée. Pour plus de détails, voir <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Restauration/Qualitedesaliments/Toxiinfectionsalimentaires/Pages/recommandations.aspx>.
- Les activités de baignade sont à éviter jusqu'à la fin des symptômes.

◆ Contacts

— Considérer comme contacts :

- Dans un service de garde en milieu familial : les enfants et les adultes fréquentant ce service ainsi que les personnes de la maison;
- Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au même groupe que le sujet ou à tout autre groupe dans lequel on a noté un excès de cas de diarrhée. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;
- Dans une école primaire : le personnel et les enfants de la classe. La décision d'élargir à d'autres individus doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles;
- Dans une école secondaire : les contacts sexuels et les personnes identifiées au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec le sujet.

— En cas d'éclosion :

- Communiquer avec la DSP;
- En accord avec la DSP, remettre une lettre explicative aux contacts identifiés.

— Les contacts symptomatiques devraient consulter un médecin pour que des cultures de selles soient faites et, s'il y a lieu, qu'un traitement soit administré.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments .
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .
	Chapitre 4, section : Port de gants .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'eau .
	Chapitre 4, section : Animaux . Chapitre 5, section Situations particulières : Morsure, griffure et contact avec la salive d'un animal .

Suivi

- Surveiller l'apparition de symptômes chez les enfants et les membres du personnel.
- Si de nouveaux cas surviennent, prendre en charge les sujets et mettre en place les mesures de contrôle :
 - Réévaluer la situation;
 - Rehausser l'application des mesures d'hygiène;
 - Communiquer avec la DSP;
 - Une visite du milieu peut être recommandée par la DSP.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un test de laboratoire.
- Les MADO doivent toujours être signalées à la DSP afin qu'elle valide la démarche.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de la DSP.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Campylobactériose

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Des personnes au service de garde ou à l'école ont eu un diagnostic de gastroentérite à *Campylobacter*. Les personnes qui souffrent de malnutrition ou qui ont un système immunitaire affaibli ainsi que les nouveau-nés sont plus à risque de souffrir de complications à la suite de la maladie. Vous trouverez ci-joint de l'information sur cette maladie.

Cette maladie est en général bénigne, mais elle peut parfois causer une diarrhée importante avec des douleurs abdominales, du mucus et du sang dans les selles, des vomissements, un malaise général et de la fièvre.

Si un enfant présente de la diarrhée, il devrait rester à la maison si :

- Il est trop malade pour participer aux activités du service de garde ou de la classe.
- La diarrhée a été accompagnée de 2 vomissements ou plus au cours des 24 dernières heures.
- Il fait de la fièvre.
- Il y a présence de mucus et de sang dans ses selles.
- Il est incapable d'utiliser les toilettes pour chacune de ses selles (incontinent).
- Il porte des couches (il pourra revenir après l'épisode aigu s'il va bien et que ses selles sont contenues dans la couche).

Une personne qui présente les symptômes de cette maladie devrait consulter un médecin.

Apportez cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin. Si des tests sont faits sur les selles et confirment le diagnostic de campylobactériose, s'il vous plaît, informez-en le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

CAMPYLOBACTÉRIOSE

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS

Qu'est-ce que la campylobactériose?

La campylobactériose est une infection intestinale causée par une bactérie appelée *Campylobacter*. Elle se manifeste par de la diarrhée accompagnée de fièvre et de crampes abdominales. Il peut y avoir du sang et du mucus dans les selles.

Comment se transmet-elle?

La bactérie est présente dans les selles de la personne malade. La campylobactériose s'acquiert par ingestion de la bactérie. La maladie peut se transmettre par des aliments, de l'eau, des mains ou des objets contaminés. Parfois, la bactérie peut contaminer l'environnement et être ingérée par la personne lorsqu'elle porte ses mains ou un objet contaminé à sa bouche.

Comment la détecter?

Des tests sur les selles doivent être faits pour confirmer la maladie.

Comment la campylobactériose est-elle traitée?

La maladie est traitée par réhydratation. En général, il n'est pas indiqué de traiter une infection bénigne avec des antibiotiques, car l'infection se guérit souvent en quelques jours.

Un traitement antibiotique est recommandé lorsque la personne atteinte est à risque de transmettre la maladie (ex. : les personnes qui manipulent et préparent des aliments ainsi que les personnes qui travaillent en service de garde), lorsqu'elle est immunosupprimée ou lorsqu'elle présente une infection grave.

Comment prévenir la campylobactériose?

On peut prévenir la maladie en appliquant les mesures d'hygiène habituelles :

— En se lavant les mains :

- après être allé aux toilettes;
- après avoir changé la couche d'un enfant;
- après avoir aidé un enfant à aller aux toilettes;
- avant de manipuler des aliments;
- après avoir manipulé des œufs, de la viande et de la volaille crus;
- après avoir touché un animal ou son environnement;
- avant de manger.

— En appliquant les règles de sécurité des aliments. Pour ces règles, voir le *Guide du consommateur de l'épicerie à la maison* publié par le MAPAQ : http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Publications/MAPAQ_guide_consommateur.pdf.

— En nettoyant et en désinfectant fréquemment des surfaces contaminées, en particulier la table à langer, les toilettes, comptoirs et robinets de la salle de bain, les jouets des enfants.

— En évitant de boire de l'eau à l'occasion de la baignade.

CANDIDOSE ORALE (MONILIASÉ BUCCALE OU MUGUET)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La candidose est une infection causée par un champignon du groupe *Candida*.

Le *Candida* cause des infections aiguës comme la vulvo-vaginite, l'intertrigo, le muguet et la dermatite fessière. Il cause plus rarement des infections systémiques.

Ne sera abordée ici que le muguet, aussi appelé *moniliasé buccale*, qui est le plus souvent causé par l'espèce *Candida albicans*. La dermatite fessière à *Candida* est abordée au chapitre 6 à la section [Dermatite de couches](#).

Épidémiologie

La colonisation de la peau et des muqueuses par le *Candida albicans* est normale. Elle peut se produire dès la première semaine de vie. À cause de l'immaturité du système immunitaire des nourrissons, il arrive que le champignon se multiplie et cause une infection. Le muguet peut se déclarer dès le septième jour suivant la naissance, l'incidence oscillant entre 5 et 10 % chez les nourrissons. L'infection affecte les nourrissons surtout pendant leur première année de vie, habituellement avant l'âge de 9 mois.

Certains facteurs prédisposent à l'infection : un traitement antibiotique, des corticostéroïdes, les immunosuppresseurs et un déficit immunitaire.

L'utilisation de la sucette (suce) accroît l'incidence du muguet et peut rendre le traitement moins efficace, à moins de laver soigneusement la sucette après usage.

Tableau clinique

Le muguet se manifeste par la présence de plaques blanchâtres d'aspect crémeux au palais ou sur la langue, les gencives ou les muqueuses buccales. Les plaques ressemblent à des résidus de lait qui adhèrent fermement aux muqueuses. Le muguet est souvent asymptomatique, mais peut causer une sensation de brûlure se manifestant par une difficulté aux boires.

Chez les mères allaitantes, l'infection peut se transmettre aux mamelons et occasionner des douleurs pendant la tétée.

Complications

Exceptionnellement, l'infection peut se propager et causer une infection systémique.

Les personnes les plus à risque de candidose systémique sont les sujets immunosupprimés ou les bébés prématurés.

Durée de la maladie

La maladie dure de 1 à 2 semaines. Sans traitement, les lésions peuvent persister plus longtemps et s'étendre ou guérir d'elles-mêmes.

Modes de transmission

Considérant que la colonisation des muqueuses par le *candida* est normale, l'infection se développe surtout en présence de conditions qui favorisent sa prolifération.

La transmission se fait par :

- Contact direct : par exemple, de la mère à l'enfant lors de l'accouchement ou de l'allaitement.
- Contact indirect : plus rarement.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

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 contre la candidose.

Méthodes diagnostiques

Tableau clinique.

Traitement**◆ Spécifique**

- Antifongiques topiques.
- Si nécessaire, traitement antifongique appliqué sur les mamelons de la mère qui allaite.
- Si nécessaire, antifongique systémique pour les personnes immunosupprimées ou les cas récalcitrants.

◆ **De soutien**

Aucun.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

◆ **Sujet**

- Ne pas exclure le sujet.
- Consulter un médecin si les lésions persistent après quelques jours.

◆ **Contacts**

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

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 . <ul style="list-style-type: none"> – Porter une attention particulière aux objets habituellement portés à la bouche. – Nettoyer les sucettes et les tétines à l'eau chaude savonneuse après chaque usage. Veiller à les remplacer régulièrement.

Suivi

Aucun.

***CLOSTRIDIUM DIFFICILE* (INFECTION À)**

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le *Costridium difficile* est une bactérie sporulée qui se multiplie dans l'intestin et qui produit des toxines. Les toxines sécrétées par la bactérie se fixent sur la muqueuse de l'intestin et sont responsables de manifestations gastro-intestinales, principalement la diarrhée. Il existe plusieurs sérotypes de *Costridium difficile*, et certains peuvent être responsables de maladies plus graves.

Le *Clostridium* se transforme en spores lorsqu'il se retrouve dans un milieu non favorable à sa survie, par exemple lorsqu'il se retrouve dans l'environnement. Sous forme de spores, la bactérie est résistante à la chaleur, à l'acidité et à plusieurs désinfectants, ce qui lui permet de survivre. Lorsque des spores sont ingérées, la bactérie résiste facilement à l'acidité de l'estomac et reprend sa forme active dans l'intestin.

Épidémiologie

Les spores de *Clostridium difficile* survivent longtemps dans l'environnement et se trouvent naturellement dans la terre, les eaux usées et les matières fécales. Les milieux de soins, les services de garde et les centres d'hébergement pour personnes âgées sont des milieux où l'on trouve fréquemment le *Clostridium difficile*.

Jusqu'à 48 % des enfants de moins de 4 ans peuvent être porteurs du *Clostridium difficile* sans présenter de symptômes. Dans la population générale de plus de 4 ans en bonne santé, l'état de porteur asymptomatique est moins fréquent (autour de 5 %).

Pour des raisons encore inconnues, il est rare que les nourrissons et les jeunes enfants présentent des symptômes. L'infection grave ou fatale est exceptionnelle chez les enfants en bonne santé.

Les facteurs prédisposant à l'infection à *Clostridium difficile* sont :

- La prise d'antibiotique au cours des 8 dernières semaines (il s'agit du facteur le plus prédisposant).
- Une hospitalisation prolongée ou récurrente.
- Des conditions médicales particulières :
 - la prise de certains médicaments tels que les antiacides et la chimiothérapie;
 - une maladie chronique nécessitant des soins du système gastro-intestinal;
 - l'immunodéficience;
 - une maladie gastro-intestinale comme une maladie inflammatoire de l'intestin ou une chirurgie gastro-intestinale.

Tableau clinique

Les enfants infectés par le *Clostridium difficile* sont la plupart du temps asymptomatiques. Lorsque les symptômes sont présents, le symptôme le plus fréquent est la diarrhée non spécifique avec ou sans présence du sang. La gravité de la diarrhée est variable, allant d'une diarrhée simple transitoire à une forme grave.

Habituellement, l'infection bénigne ou modérée se manifeste par moins de 4 selles liquides par jour, sans toxicité systémique, parfois accompagnées de douleurs abdominales légères et de fièvre peu élevée. L'infection grave se manifeste par une toxicité systémique (ex. : forte fièvre, frissons) et une diarrhée profuse contenant du sang et du mucus. Les formes les plus graves de la maladie se manifestent par des douleurs abdominales intenses suivies d'un iléus (paralysie de l'intestin), de la fièvre, une leucocytose et une toxicité systémique. Les récurrences sont fréquentes.

Complications

L'infection à *Clostridium difficile* grave peut entraîner une déshydratation, une malnutrition, une hypotension, un choc, un iléus et un mégacôlon toxique (dilatation importante, en totalité ou en partie, du côlon). Le mégacôlon toxique est une manifestation grave qui peut se compliquer d'une perforation intestinale et même du décès.

Les complications sont plus susceptibles de se présenter chez les personnes présentant des conditions médicales particulières (voir ci-dessus).

Durée de la maladie

La durée de la maladie est variable. La maladie peut se guérir en quelques jours sans traitement ou durer plusieurs semaines malgré les traitements.

Modes de transmission

La transmission se fait par ingestion de spores de *Clostridium difficile* :

- Par contact indirect.
- Par contact direct.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation est inconnue.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que la bactérie est présente dans les selles, surtout en présence de diarrhée.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'infection à *Clostridium difficile*, mais les personnes à risque sont plus susceptibles de présenter des symptômes.

Immunité

L'infection à *Clostridium difficile* confère une certaine immunité contre les toxines et les sérotypes en cause.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations :

- recherche de la toxine dans les selles;
- colonoscopie.

Traitement

◆ Spécifique

Si un traitement antibiotique est en cours, le cesser si possible. Un traitement antibiotique peut être recommandé selon la gravité des symptômes.

◆ De soutien

- Hydratation.
- Analgésique pour la douleur.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Les médicaments qui diminuent le péristaltisme intestinal, comme les antidiarrhéiques et les opiacés, sont contre-indiqués.
- Des soins spécialisés d'urgence et intensifs peuvent être nécessaires dans certains cas.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune enquête n'est nécessaire pour les cas qui surviennent en service de garde et à l'école.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- L'enfant doit être exclu selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#)
- Aucun test de contrôle n'est recommandé pour les personnes ayant eu une diarrhée à *Clostridium difficile* lorsqu'elles sont redevenues asymptomatiques.
- Si le sujet prépare ou manipule des aliments, le retrait ou la réaffectation est recommandé jusqu'à 48 heures après la disparition des symptômes. Pour plus de détails voir : <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Transformation/Qualitedesaliments/toxiinfections/Pages/recommandations.aspx>.

◆ Contacts

- Il n'est pas recommandé de rechercher la toxine de *Clostridium difficile* chez les contacts avec ou sans symptômes.
- Les contacts présentant des symptômes doivent être pris en charge et être exclus selon les critères pour une diarrhée sans agent infectieux spécifique identifié (voir le chapitre 6, section [Gastroentérite d'origine infectieuse](#)).

Mesures d'hygiène et environnement

Renforcer les mesures d'hygiène en prenant en considération que :

- Les spores du *Clostridium difficile* peuvent être éliminées par l'action mécanique du nettoyage.
- Les spores du *Clostridium difficile* sont résistantes à certains désinfectants. Ces derniers doivent être sporicides. Les désinfectants à base de peroxyde d'hydrogène (concentration minimale de 4 %) et l'eau de Javel diluée (1:10) sont les désinfectants considérés comme efficaces contre le *Clostridium difficile*. Il est important de respecter le temps de contact.
- Les spores du *Clostridium difficile* sont résistantes à l'alcool; les SHA ne sont donc pas efficaces. Il est nécessaire de se laver les mains à l'eau et au savon avec une action mécanique vigoureuse pour se débarrasser des spores du *Clostridium difficile*.

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .
	Chapitre 4, section : Port de gants .

Suivi

Aucun.

COQUELUCHE

La coqueluche est une **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La coqueluche est une infection des voies respiratoires causée par la bactérie *Bordetella pertussis*.

Épidémiologie

Dans le monde entier, on compte environ 16 millions de cas de coqueluche par année. De ces cas, environ 195 000 entraînent un décès, surtout dans les pays en voie de développement.

La coqueluche est une maladie endémique cyclique qui connaît des pics d'activité tous les 2 à 5 ans. Au Canada, le dernier pic d'activité a eu lieu en 2012. La coqueluche est plus fréquente à la fin de l'été et à l'automne.

Depuis plusieurs décennies, le Canada et le Québec connaissent un déclin de l'activité de la coqueluche grâce à l'adoption de leurs programmes d'immunisation de routine contre la coqueluche.

Au Canada, entre 1 000 et 3 000 personnes contractent la coqueluche chaque année.

Au Canada, on compte de 0 à 4 décès par année, et les décès sont en majorité des nourrissons de moins de 2 mois auparavant en bonne santé.

Au Québec, de 2009 à 2015, le taux d'incidence pour 100 000 personnes était plus élevé chez les 0-14 ans, le plus haut taux d'incidence se trouvant parmi les 0-5 mois.

Les enfants de moins de 6 mois et les enfants de 6 à 12 mois qui n'ont pas reçu les 3 premières doses du vaccin sont plus susceptibles de faire la maladie.

Tableau clinique

La coqueluche évolue en 3 phases.

La phase catarrhale dure en moyenne de 7 à 10 jours et se manifeste par des symptômes de rhume, des malaises, une rhinorrhée, des larmoiements et une faible toux.

La phase paroxystique dure en moyenne de 1 à 6 semaines, mais peut durer jusqu'à 10 semaines. Les symptômes sont :

- Quintes de toux (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).

Les attaques paroxystiques de toux surviennent souvent la nuit, avec une moyenne de 15 attaques par 24 heures. La fréquence des attaques augmente durant 1-2 semaines, reste stable durant 2-3 semaines, puis diminue graduellement.

La phase de convalescence dure en moyenne de 7 à 14 jours. La disparition des symptômes est graduelle.

Des excès de quinte de toux peuvent réapparaître à la suite des IVRS dans les mois suivant l'épisode de coqueluche, et même jusqu'à 1 an dans certains cas.

Chez l'enfant et l'adolescent vaccinés (adéquatement ou non), des tableaux de gravité clinique variables sont possibles, allant de forme typique à une toux banale.

Habituellement, le diagnostic de coqueluche est envisagé chez toute personne ayant une toux depuis au moins 2 semaines sans cause évidente et ayant au moins 1 caractéristique de la phase paroxystique ou, plus précocement, chez toute personne ayant eu un contact avec un cas de coqueluche.

Complications

La coqueluche peut entraîner des complications :

- Complications mécaniques : hémorragie sous-conjonctivale, fracture de côtes, pneumothorax.
- Complications infectieuses : otite, pneumonie.
- Complications neurologiques : convulsions, séquelles neurologiques consécutives à l'anoxie cérébrale.
- Décès.

Les contacts à risque de complications sont les enfants de moins de 6 mois, les enfants de 6 à 12 mois qui n'ont pas reçu les 3 premières doses du vaccin et les enfants à naître des femmes enceintes qui sont en fin de grossesse, c'est-à-dire qui sont à 4 semaines d'accoucher. Plus l'enfant est jeune, plus il est à risque.

Durée de la maladie

La coqueluche dure en moyenne de 6 à 10 semaines. Chez plus de la moitié des adolescents, elle peut persister plus de 10 semaines.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec les sécrétions respiratoires :

- Par projection de gouttelettes.
- Par contact direct.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation dure habituellement de 7 à 10 jours. Elle peut cependant varier de 5 à 21 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure habituellement du début de la phase catarrhale jusqu'à 3 semaines après le début de la toux en l'absence de traitement ou jusqu'à 5 jours après le début du traitement antibiotique.

La contagiosité maximale se situe en phase catarrhale, soit avant le début de la toux.

Chez la personne qui a cessé de tousser, la contagiosité est probablement minime, voire nulle, et ce, même si 21 jours ne se sont pas écoulés depuis l'apparition des symptômes.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de faire une infection causée par *Bordetella pertussis*.

Immunité

L'infection par *Bordetella pertussis* ne confère pas d'immunité à long terme.

La protection contre la coqueluche est estimée à 85 % après 3 doses du vaccin acellulaire. Lorsque le vaccin n'empêche pas la maladie, il réduit la gravité des symptômes et la fréquence des complications.

Un vaccin est disponible et est inclus dans le calendrier d'immunisation du Québec. Pour plus d'information, voir la section correspondante dans le [PIQ](#).

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique.
- Culture sur un prélèvement nasopharyngé.
- TAAN sur un prélèvement nasopharyngé.

Traitement

◆ Spécifique

Antibiotiques.

S'ils sont administrés durant la phase catarrhale, les antibiotiques peuvent diminuer les symptômes de la maladie. Toutefois, lorsque la toux paroxystique est installée, les antibiotiques ont peu d'effet sur l'évolution clinique de la maladie, mais ils accélèrent l'élimination du micro-organisme et limitent la propagation de la maladie.

◆ De soutien

Analgésique pour la douleur.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP pour tous les cas de coqueluche.

Si l'infirmière du CLSC est informée d'une situation suspecte de transmission active (ex. : plus d'une personne présente des symptômes), elle doit communiquer avec la DSP.

Il y a éclosion si 2 cas confirmés et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps ou de personne sont déclarés.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection aux enfants de moins de 12 mois et aux enfants à naître par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.
- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l'infirmière du CLSC au besoin :
 - Offrir la chimioprophylaxie postexposition;
 - Recommander la mise à jour de la vaccination;
 - Recommander le retrait des personnes contagieuses.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- Si le sujet est traité, l'exclure jusqu'à 5 jours après le début du traitement.
- S'il n'est pas traité, l'exclure jusqu'à 3 semaines après le début de la toux ou tant que la toux n'a pas disparu, selon ce qui survient en premier.
- Poursuivre le calendrier de vaccination régulier. Les personnes qui ont eu un diagnostic de coqueluche doivent recevoir le vaccin anticoquelucheux, car l'infection ne confère pas d'immunité à long terme.

◆ Contacts

Les contacts seront identifiés par l'enquête de la DSP.

- Considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : le personnel et les enfants fréquentant ce milieu ainsi que les personnes de la maison;
 - Dans un CPE ou une garderie : le personnel et les enfants du même groupe. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;
 - Dans une école primaire : le personnel et les enfants de la classe. La décision d'élargir à d'autres individus doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles;

- Dans une école secondaire : les personnes ayant un lien épidémiologique avec le cas et les contacts sexuels.
- En accord avec la DSP, remettre une lettre explicative aux contacts identifiés : la lettre sera fournie par la DSP.
- Diriger vers un médecin les contacts qui présentent des symptômes.
- En conformité avec le PIQ, recommander la mise à jour de la vaccination contre la coqueluche.
- Selon les recommandations de la DSP, une chimioprophylaxie postexposition peut être recommandée aux contacts identifiés dans le but de prévenir la transmission de la maladie aux enfants de moins de 12 mois et aux femmes enceintes en fin de grossesse.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .

Suivi

- Surveiller l'apparition de symptômes chez les enfants et les membres du personnel pendant au moins 21 jours après le dernier cas.
- Si de nouveaux cas surviennent, prendre en charge les sujets et mettre en place les mesures de contrôle :
 - Réévaluer la situation;
 - Rehausser l'application des mesures d'hygiène.

CRYPTOSPORIDIOSE

La cryptosporidiose est une **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La cryptosporidiose est une infection de l'intestin causée par un parasite du genre *Cryptosporidium*. Il existe plusieurs espèces de *Cryptosporidium*; les plus fréquents sont le *Cryptosporidium hominis*, qui infecte seulement les humains, et le *Cryptosporidium parvum*, qui infecte les humains et d'autres mammifères, en particulier les bovins.

La forme du parasite responsable de sa transmission, l'oocyste, se trouve dans les selles et dans l'environnement. L'oocyste possède une paroi épaisse, qui explique sa survie prolongée dans l'environnement et sa résistance aux produits de désinfection usuels, dont l'eau de Javel.

Épidémiologie

L'infection s'observe toute l'année, mais plus fréquemment pendant les mois chauds et humides.

L'infection existe partout dans le monde, sauf en Antarctique.

L'hôte habituel est l'humain ou le bovin, et très peu d'oocystes (moins de 10) sont suffisants pour transmettre l'infection.

De nombreuses éclosions de cryptosporidiose associées à la contamination de l'eau potable ou de l'eau de baignade ont été décrites. Les éclosions liées à des aliments contaminés sont beaucoup moins fréquentes.

Des éclosions sont survenues dans des services de garde. La transmission dans ces milieux est favorisée par la présence d'enfants aux couches ou d'enfants atteints de diarrhée. Lors d'éclosions, le taux d'attaque peut atteindre 70 %.

Les facteurs de risque associés à l'infection sont l'âge inférieur à 2 ans, l'exposition à de l'eau non traitée ou de l'eau de baignade, une visite à la ferme ou un contact avec des bovins, un voyage en pays en voie de développement et un contact avec une personne infectée.

Tableau clinique

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

L'infection peut aussi être asymptomatique.

Complications

La cryptosporidiose peut provoquer une diarrhée persistante avec perte de poids significative et malabsorption, en particulier chez les enfants immunosupprimés ou provenant des pays en voie de développement.

Les manifestations extra-intestinales, par exemple l'atteinte biliaire, sont très rares et surviennent presque exclusivement chez des personnes immunosupprimées.

Durée de la maladie

La cryptosporidiose dure habituellement de 10 à 14 jours. Jusqu'à 40 % des patients immunocompétents auront une récurrence des symptômes après une disparition initiale de la maladie de quelques jours à quelques semaines.

Modes de transmission

La transmission se fait par ingestion d'oocystes :

- Par véhicule commun : eau contaminée (ex. : puits de surface, eau de piscine, parc aquatique, plage) ou aliments contaminés (ex. : fruits ou légumes lavés avec une eau contaminée).
- Par contact indirect.
- Par contact direct.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation varie selon l'espèce en cause et la quantité d'oocystes ingérés. Elle peut aller de 1 à 30 jours, mais est en moyenne de 7 jours.

Période de contagiosité

La personne infectée est contagieuse tant qu'elle excrète des oocystes de *Cryptosporidium*. Elle est ainsi contagieuse de quelques jours à quelques semaines après avoir contracté l'infection et, généralement, moins de 2 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 contre la cryptosporidiose.

Méthodes diagnostiques

— Analyse de selles en laboratoire :

- identification des oocystes par examen microscopique. La recherche de *Cryptosporidium* demande une technique particulière. Il faut donc inscrire sur la requête « recherche de *Cryptosporidium* ». L'excrétion des oocystes peut être intermittente, et plus d'un spécimen pourrait être requis;
- détection d'antigènes;
- TAAN.

Traitement

◆ Spécifique

En général, l'infection guérit spontanément chez les personnes immunocompétentes. En présence de symptômes persistants, en particulier chez les immunosupprimés, certains antiparasitaires peuvent être indiqués.

◆ De soutien

- Hydratation et remplacement électrolytique au besoin.
- Les anti-diarrhéiques sont contre-indiqués.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Analgésique pour la douleur.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP en présence d'agrégats ou d'éclosion. Aucune enquête n'est requise s'il s'agit d'un cas isolé de cryptosporidiose.

Si l'infirmière du CLSC est informée d'une situation suspecte de transmission active (ex. : plus d'une personne présente des symptômes) ou d'une situation à risque élevé de transmission (ex. : la personne manipule et prépare des aliments ou travaille dans un service de garde ou une école), elle doit communiquer avec la DSP.

Il y a éclosion si 2 cas confirmés et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps ou de personne sont déclarés.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.

- Identifier et contrôler une source commune de contamination :
 - service de garde;
 - eau potable et eau de baignade;
 - aliments;
 - animaux : rechercher la présence d'animaux ou d'occasions d'exposition aux animaux.
- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l'infirmière du CLSC au besoin.
- Communiquer avec le MAPAQ au besoin.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- L'enfant doit être exclu selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).
- Si le sujet manipule ou prépare des aliments, le retrait ou la réaffectation est recommandé jusqu'à 48 heures après la disparition des symptômes. Pour plus de détails, voir : <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Restauration/Qualitedesaliments/Toxiinfectionsalimentaires/Pages/recommandations.aspx>.
- Les activités de baignade sont à éviter jusqu'à 2 semaines après la fin des symptômes.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants et les adultes fréquentant ce service ainsi que les personnes de la maison;
 - Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au même groupe que le sujet ou à tout autre groupe dans lequel on a noté un excès de cas de diarrhée. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;
 - Dans une école primaire : le personnel et les enfants de la classe. La décision d'élargir à d'autres individus doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles;
 - Dans une école secondaire : les contacts sexuels et les personnes identifiées au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec le sujet.
- En cas d'éclosion :
 - Communiquer avec la DSP;
 - En accord avec la DSP, remettre une lettre explicative aux contacts identifiés.
- Les contacts symptomatiques devraient consulter un médecin pour que des recherches de parasites dans les selles soient faites et, s'il y a lieu, qu'un traitement soit administré si cela est indiqué.
- Le dépistage et l'exclusion des porteurs asymptomatiques ne sont pas recommandés, car ils ne sont pas jugés efficaces pour le contrôle des éclosions.

Mesures d'hygiène et environnement

Les oocystes de *Cryptosporidium* sont très résistants. Pendant les éclosions, il est recommandé de désinfecter à l'aide d'une solution de peroxyde d'hydrogène (voir l'[annexe 6](#)). L'eau de Javel est inefficace.

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments .
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .
	Chapitre 4, section : Port de gants .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'eau .
	Chapitre 4, section : Animaux .

Suivi

- Surveiller l'apparition de symptômes chez les enfants et les membres du personnel.
- Si de nouveaux cas surviennent, mettre en place les mesures de contrôle :
 - S'assurer de la prise en charge des sujets;
 - Réévaluer la situation;
 - Rehausser l'application des mesures d'hygiène;
 - Communiquer avec la DSP;
 - Une visite du milieu peut être recommandée par la DSP.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un test de laboratoire.
- Les MADO doivent toujours être signalées à la DSP afin qu'elle valide la démarche.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de la DSP.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Cryptosporidiose

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Des personnes du service de garde ou de l'école ont reçu un diagnostic de cryptosporidiose. Cette maladie est causée par un parasite intestinal. Vous trouverez ci-joint de l'information sur cette maladie.

Si un enfant présente de la diarrhée, il devrait rester à la maison si :

- Il est trop malade pour participer aux activités du service de garde ou de la classe.
- La diarrhée a été accompagnée de 2 vomissements ou plus au cours des 24 dernières heures.
- Il fait de la fièvre.
- Il y a présence de mucus ou de sang dans ses selles.
- Il est incapable d'utiliser les toilettes pour chacune de ses selles (incontinent).
- Il porte des couches (il pourra revenir après l'épisode aigu s'il va bien et que ses selles sont contenues dans la couche).

Une personne qui présente les symptômes de cette maladie devrait consulter un médecin.

Apportez cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin qui pourra recommander une recherche de *Cryptosporidium* dans les selles, puisque ce parasite n'est pas toujours recherché lors de l'examen des selles fait de routine par les laboratoires. Si des tests sont faits sur les selles et confirment le diagnostic de cryptosporidiose, s'il vous plaît, informez-en le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

CRYPTOSPORIDIOSE

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS

Qu'est-ce que la cryptosporidiose?

La cryptosporidiose est une infection intestinale causée par un parasite appelé *Cryptosporidium*. Souvent, la cryptosporidiose ne cause pas de symptômes, mais elle peut causer de la diarrhée, des vomissements, une perte d'appétit, de la fatigue, des douleurs abdominales et de la fièvre.

Comment se transmet-elle?

La cryptosporidiose se transmet par ingestion du parasite. Le parasite est excrété dans les selles de personnes ou d'animaux infectés et peut ainsi contaminer l'environnement. Par exemple, il est possible de s'infecter lorsqu'on porte ses mains ou des objets contaminés à sa bouche ou en ingérant de l'eau (ex. : eau de baignade) ou des aliments contaminés.

Comment la détecter?

Des tests sur les selles doivent être faits et le parasite doit être trouvé dans les selles pour confirmer la maladie.

Comment la cryptosporidiose est-elle traitée?

En général, l'infection disparaît d'elle-même. Pour les personnes présentant des symptômes graves et les personnes immunosupprimées, des traitements pourraient être offerts.

Comment prévenir la cryptosporidiose?

On peut prévenir la maladie en appliquant des mesures d'hygiène habituelles :

— En se lavant les mains :

- après être allé aux toilettes;
- après avoir changé la couche d'un enfant;
- après avoir aidé un enfant à aller aux toilettes;
- avant de manipuler des aliments;
- après avoir manipulé des œufs, de la viande et de la volaille crus;
- après avoir touché un animal ou son environnement;
- avant de manger.

— En appliquant les règles de sécurité des aliments. Pour ces règles, voir le *Guide du consommateur de l'épicerie à la maison* publié par le MAPAQ : http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Publications/MAPAQ_guide_consommateur.pdf.

— En nettoyant et en désinfectant fréquemment les surfaces contaminées, en particulier la table à langer, les toilettes, comptoirs et robinets de la salle de bain, les jouets des enfants.

— En évitant de boire de l'eau à l'occasion de la baignade.

Les personnes atteintes devraient éviter les activités de baignade jusqu'à 2 semaines après la fin des symptômes.

CYTOMÉGALOVIRUS (INFECTION À)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le cytomégalovirus est un virus du groupe des herpesviridés. Selon l'âge d'acquisition et l'état d'immunocompétence, divers syndromes sont possibles (infection asymptomatique, infection congénitale, syndrome mononucléosique, hépatite, pneumonite, rétinite, colite, etc.).

Il existe plusieurs souches de cytomégalovirus, c'est pourquoi les réinfections sont possibles. Aussi, après une primo-infection, le virus demeure sous forme latente et peut donner lieu à des réactivations ou à l'excrétion asymptomatique du virus.

Épidémiologie

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 %. Ces enfants peuvent ensuite transmettre le cytomégalovirus à d'autres enfants, au personnel et à leurs parents. Dans les pays industrialisés, la séroprévalence dans la population adulte est de 40 à 60 % et peut même atteindre 80 % dans les groupes avec un faible statut socio-économique.

Le cytomégalovirus est considéré en Amérique du Nord comme l'un des principaux responsables des infections virales congénitales, soit celles acquises *in utero*. On estime que le cytomégalovirus est la cause de 20 % des déficits auditifs à la naissance, toutes causes confondues. Le risque de transmettre l'infection au fœtus lors d'une primo-infection chez la femme enceinte est de 32 à 50 %, alors qu'il est de moins de 1 % lors d'une réactivation ou d'une réinfection. Environ 1 % des nouveau-nés serait infecté *in utero*.

Les infections acquises après la naissance sont plus fréquentes, mais leur gravité est moindre que celle des infections congénitales.

Les personnes les plus susceptibles de contracter la maladie sont les éducatrices en service de garde et les personnes qui prennent soin régulièrement d'enfants âgés de moins de 36 mois.

Tableau clinique

On estime que l'infection congénitale à cytomégalovirus est asymptomatique chez 90 % des nouveau-nés. Les manifestations cliniques comprennent le retard de croissance intra-utérin, la microcéphalie, la surdité, l'ictère, les pétéchies et la rétinite. Cette infection peut également entraîner les séquelles à long terme décrites ci-dessous.

L'infection à cytomégalovirus acquise au moment de l'accouchement, pendant l'allaitement ou plus tard dans la vie est le plus souvent asymptomatique. C'est surtout lorsqu'elle est acquise à l'adolescence et à l'âge adulte qu'elle provoque des symptômes, qui ressemblent à ceux d'une mononucléose infectieuse (fièvre, pharyngite, adénopathie) ou d'une hépatite virale.

Complications

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

Lors d'une infection congénitale, des complications à long terme (surdité, déficience intellectuelle, retard de développement, épilepsie, troubles visuels) ou la mort du fœtus ou du nouveau-né peuvent survenir. Une infection intra-utérine attribuable à une primo-infection chez la mère entraîne des séquelles importantes dans environ 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 (5-15 %) et moins importantes.

Chez l'hôte immunosupprimé, on observe des atteintes pulmonaires, digestives, neurologiques ou rénales.

Les personnes à risque de complications sont les femmes enceintes et les immunosupprimés.

Durée de la maladie

La durée de l'infection à cytomégalovirus est variable.

Modes de transmission

La transmission se fait surtout par contact avec de la salive ou de l'urine, mais elle peut aussi se faire avec le lait maternel, les sécrétions vaginales et le sperme :

- Par contact direct : incluant la voie transplacentaire, la greffe d'organe ou la transfusion de produits sanguins.
- Par contact indirect.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation est inconnue. Toutefois, si l'infection est acquise à la suite d'une transfusion, la période d'incubation est de 3 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 cytomégalovirus.

Immunité

L'infection par le cytomégalovirus ne confère pas une immunité permanente.

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

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations :

- sérologie pour la recherche d'anticorps IgG et IgM anti-cytomégalovirus;
- culture virale;
- TAAN.

Traitement

◆ Spécifique

Certains agents antiviraux sont utilisés dans le cas d'infections graves chez les personnes immunosupprimées. Leur utilisation pour le traitement des infections congénitales est considérée pour certains cas.

◆ De soutien

- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Variable selon les symptômes.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Identifier les contacts.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

Une infection à CMV ne justifie pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).

◆ Contacts

- Considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial, toutes les personnes ayant eu des contacts avec l'enfant infecté;
 - Dans un CPE ou une garderie, le personnel et les enfants du même groupe et les personnes ayant changé la couche de l'enfant;
 - Dans une école primaire ou secondaire, toute personne ayant eu des contacts sexuels avec la personne infectée, ayant eu un contact avec sa salive ou, s'il y a lieu, ayant changé sa couche.
- Acheminer une lettre aux contacts identifiés.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4.
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .
	Chapitre 4, sections : <ul style="list-style-type: none"> – Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux : Objets souillés de sang et autres liquides biologiques (incluant instruments de musique). – <i>Brossage de dents.</i> – Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments : Administration du lait maternel et des préparations commerciales pour nourrissons. Chapitre 5, section : <i>Contacts avec le sang et les liquides biologiques.</i>

Suivi

Aucun.

ENTÉROVIRUS (INCLUANT MALADIE MAIN-PIED-BOUCHE ET HERPANGINE)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Les entérovirus font partie de la famille des *Picornaviridæ*. Les entérovirus qui infectent les humains sont regroupés en 4 groupes (entérovirus A, B, C, D) qui incluent entre autres les poliovirus, les virus Coxsackie et les échovirus. Le texte qui suit traite uniquement des entérovirus non poliomyélitiques qui infectent les humains.

Les entérovirus ont la capacité d'infecter les voies digestives et parfois de se disséminer ailleurs dans le corps par le sang. Il existe plus de 100 sérotypes d'entérovirus différents qui peuvent se présenter de différentes façons. Chacun des sérotypes d'entérovirus n'est pas associé exclusivement à un tableau clinique, mais peut causer des symptômes en particulier. Par exemple, la maladie main-pied-bouche et l'herpangine sont plus souvent associées aux virus Coxsackie de groupe A, et les échovirus sont souvent responsables de méningites virales.

Épidémiologie

Les gens sont plus susceptibles d'être exposés aux entérovirus pendant l'été et l'automne. Des cas sporadiques peuvent toutefois être observés tout au long de l'année.

L'humain est le seul réservoir.

Les entérovirus sont répandus partout dans le monde.

Ils sont très résistants et peuvent survivre des semaines dans l'environnement.

Les entérovirus sont la première cause de méningite virale chez l'enfant et l'adulte.

Les entérovirus peuvent être la cause d'éclosion.

Les infections à entérovirus peuvent toucher tous les groupes d'âge, mais le risque est supérieur chez les jeunes enfants.

Tableau clinique

La majorité des infections à entérovirus sont asymptomatiques ou causent des symptômes légers ou non spécifiques comme de la fièvre, une IVRS, de la diarrhée, une conjonctivite ou un rash cutané.

Les entérovirus peuvent être responsables de tableaux cliniques caractéristiques dont les plus connus sont :

- La méningite virale : pour le tableau clinique, voir la section correspondante au chapitre 6.
- L'herpangine : fièvre élevée en présence de vésicules et ulcérations douloureuses sur les piliers amygdaliens, la luvette et le palais mou causant de la douleur lors de la déglutition.

— La maladie main-pied-bouche : apparition de vésicules qui se transforment en ulcères sur la langue et la muqueuse buccale et qui causent de la douleur et le refus de s'alimenter. Ces lésions sont associées à des vésicules, papules ou macules de nombre et de taille (de 1 à 10 mm) variables, non douloureuses, aux mains, aux pieds, à la région de la couche et aux cuisses. D'autres symptômes peuvent parfois être présents, tels que la fièvre, l'irritabilité et la diarrhée.

Complications

L'enfant peut se déshydrater parce qu'il refuse de manger (main-pied-bouche et herpangine).

Les entérovirus peuvent causer une encéphalite, une paralysie, une péricardite, une myocardite, une pneumonie ou une bronchiolite chez les enfants et les adolescents. Ils peuvent être associés à l'exacerbation de symptômes respiratoires chez des patients connus asthmatiques.

Les personnes à risque de complications et de tableaux cliniques graves sont les personnes immunosupprimées et les nouveau-nés. Ces derniers peuvent présenter un tableau septique grave avec une atteinte virale généralisée et une myocardite ou une encéphalite.

Durée de la maladie

La durée de la maladie varie selon le tableau clinique. Habituellement, les symptômes disparaissent dans un délai de 10 jours.

Modes de transmission

La transmission se fait par ingestion du virus et par contact avec de la salive, des sécrétions respiratoires et des selles :

— Par contact direct : les nouveau-nés qui font la maladie dans les 2 premières semaines de vie ont généralement acquis l'infection de leur mère lors de l'accouchement. Les entérovirus ne passent pas facilement la barrière placentaire.

— Par contact indirect.

— Par projection de gouttelettes.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation dure de 3 à 6 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité est maximale pendant la phase aiguë de la maladie. Le virus peut persister dans les selles pendant plusieurs semaines et même des mois. L'excrétion du virus dans les sécrétions respiratoires dure habituellement de 1 à 3 semaines.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de faire une infection causée par un entérovirus, sauf les personnes ayant acquis l'immunité lors d'infections antérieures.

Immunité

L'infection confère une immunité pour le sérotype en cause.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations :

- culture virale;
- TAAN.

Traitement**◆ Spécifique**

Aucun.

◆ De soutien

- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Analgésique pour la douleur au besoin.
- Hydratation et remplacement électrolytique au besoin.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Aucune.

Mesures de contrôle**◆ Sujet**

Ne pas exclure le sujet, sauf s'il répond à l'un des critères d'exclusion énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).

◆ Contacts

Une lettre peut être envoyée pour informer les contacts.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires.
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains.
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux. Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire.
	Chapitre 4, section : Port de gants.

Suivi

Aucun.

LETTRE AUX PARENTS**Concernant les lettres aux parents :**

Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Infection à entérovirus, incluant maladie main-pied-bouche et herpangine

Chers parents,

Actuellement, au service de garde ou à l'école, des enfants ont des infections à entérovirus. La majorité des infections à entérovirus ne donnent pas de symptômes ou donnent des symptômes légers ou non spécifiques comme de la fièvre, de l'irritabilité, un rhume, de la diarrhée, des yeux rouges ou des rougeurs sur la peau. Ces infections disparaissent d'elles-mêmes en moins de 10 jours.

Les entérovirus peuvent être responsables de maladies telles que :

- L'herpangine. Cette maladie cause de la fièvre élevée avec des lésions et des ulcères douloureux dans la gorge, sur la luette et sur le palais mou. Les lésions et les ulcères entraînent de la douleur lors de l'alimentation.
- La maladie main-pied-bouche. Cette maladie donne des lésions qui se transforment en ulcères sur la langue et dans la bouche. Ces lésions entraînent de la douleur et le refus de s'alimenter. Elles sont associées à des boutons de nombre et de taille variables, non douloureux, aux mains, aux pieds, aux fesses et aux cuisses.

Les entérovirus peuvent se transmettre par contact avec les selles, la salive et les sécrétions respiratoires.

Les personnes les plus à risque de complications sont les nouveau-nés et les personnes immunosupprimées.

L'infection peut être prévenue par le lavage des mains et l'hygiène respiratoire (tousser ou éternuer dans le pli du coude).

Si votre enfant présente des symptômes, il peut fréquenter le service de garde ou l'école, à moins que son état général ne le lui permette pas.

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 : _____

ÉRYTHÈME INFECTIEUX (CINQUIÈME MALADIE)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'érythème infectieux, aussi appelé *cinquième maladie*, est une maladie éruptive causée par le parvovirus B19.

Épidémiologie

L'érythème infectieux survient surtout l'hiver et le printemps, avec parfois des éclosions dans la communauté, à l'école ou au service de garde.

Les personnes qui ont des contacts avec des enfants, surtout à la maison mais aussi au travail, risquent le plus d'être infectées. Ce sont, plus particulièrement, les membres d'une même famille qui se transmettent l'infection.

Tableau clinique

Au début, les symptômes de l'érythème infectieux sont non spécifiques : maux de tête, malaise général, symptômes d'IVRS, myalgies, arthralgies (surtout chez l'adulte).

Les symptômes sont suivis, de 7 à 10 jours plus tard, d'une éruption caractéristique qui évolue en 3 phases. Celle-ci commence au visage (joues très rouges, parfois accompagnée d'une pâleur péribuccale) et est suivie, quelques jours plus tard, d'une éruption maculopapulaire symétrique sur le tronc et les membres. Au cours des 3 semaines suivantes, elle peut réapparaître sous l'effet de la chaleur, par exemple : bain chaud, friction, exposition au soleil ou 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 (*papular-purpuric gloves and socks syndrome*, ou PPGSS).

La maladie est généralement bénigne.

Complications

Surtout chez l'adulte, en plus des arthralgies et des myalgies, l'érythème infectieux peut se compliquer d'arthrite (80 % des adultes, mais moins de 10 % des enfants, ont au moins une de ces 3 manifestations).

Chez les personnes atteintes d'immunosuppression, une anémie persistante et des crises aplasiques récidivantes chroniques peuvent survenir. Chez les enfants avec une anémie hémolytique acquise ou héréditaire (ex. : anémie falciforme, thalassémie), l'infection au parvovirus B19 peut se compliquer d'une crise aplasique transitoire.

Pendant la grossesse, il existe un risque de complications chez le fœtus, telles que l'avortement spontané, le retard de croissance intra-utérin, l'*hydrops foetalis* ou même la mort *in utero*. Ce risque (2-6 %) est plus important si l'infection est acquise durant les 20 premières semaines de gestation.

D'autres manifestations cliniques beaucoup plus rares ont été associées à l'infection par le parvovirus B19, dont encéphalite, méningite, myocardite et hépatite.

Les personnes à risque de complications, sont les femmes enceintes et les personnes atteintes d'hémoglobinopathie ou d'immunosuppression.

Durée de la maladie

L'érythème infectieux dure jusqu'à 3 semaines ou plus.

Modes de transmission

La transmission du virus se fait par contact avec les sécrétions respiratoires :

- Par contact direct : incluant la voie transplacentaire, la greffe d'organe ou la transfusion de produits sanguins.
- Par contact indirect.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation dure généralement de 4 à 14 jours, mais peut se prolonger jusqu'à 21 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité commence jusqu'à 7 jours avant l'apparition de l'éruption et se termine au moment de l'éruption. En revanche, les symptômes du PPGSS se manifestent en association avec la virémie, et les patients doivent être considérés comme contagieux. De même, les patients qui font une crise d'anémie aplasique sont contagieux jusqu'à au moins 1 semaine après le début de la maladie. Chez les immunosupprimés, la contagiosité peut persister des mois, voire des années.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'érythème infectieux. Cette maladie touche surtout les enfants d'âge scolaire (principalement au primaire). La proportion de la population considérée comme immunisée contre le parvovirus (démontrée par la présence d'anticorps sanguins) augmente avec l'âge. Elle est de 2 à 15 % chez les 1 à 5 ans, de 15 à 60 % chez les 5 à 19 ans, de 30 à 60 % chez les adultes et de plus de 90 % chez les personnes âgées.

Immunité

L'érythème infectieux confère une immunité permanente.

Il n'existe aucun vaccin contre l'érythème infectieux.

Méthodes diagnostiques

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

Traitement

◆ Spécifique

Aucun.

◆ De soutien

- Analgésique pour la douleur au besoin.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Transfusions de culot, dont transfusions intra-utérines lors d'*hydrops foetalis*.
- Gammaglobulines intraveineuses pour certains patients immunosupprimés.

MESURES À PRENDRE

Cette section se limite aux cas d'érythème infectieux causé par la parvovirus B19. Dans les autres syndromes cliniques associés au parvovirus B19 (crise aplasique, PPGSS, infection chez les immunosupprimés), il faudra préciser les mesures, car la période de contagiosité est différente pour ces présentations cliniques.

Enquête

Identifier les contacts.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

L'érythème infectieux ne justifie pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).

◆ Contacts

- Considérer comme contacts les personnes suivantes :
 - Dans un service de garde en milieu familial, tous les enfants et le personnel.
 - Dans un CPE ou une garderie, tous les enfants et le personnel du même groupe. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions avec d'autres groupes lors d'activité ou de périodes de la journée.

- Dans une école primaire, tous les enfants et le personnel du même groupe. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions avec d'autres groupes lors d'activité ou de périodes de la journée.
 - Dans une école secondaire, les contacts devront être identifiés au cas par cas en fonction des types de contacts, en recherchant les activités qui favorisent la transmission (ex. : partage d'instruments de musique à vent).
- Envoyer une lettre aux contacts identifiés. Celle-ci vise à diriger les personnes à risque de complications vers leur médecin.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .

Suivi

Aucun.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Érythème infectieux (cinquième maladie)

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Au service de garde ou à l'école, une personne a récemment été atteinte de la cinquième maladie (érythème infectieux).

Il s'agit d'une maladie bénigne pour la plupart des gens, mais les personnes avec une diminution de leur défense immunitaire (immunosuppression) ou certaines maladies du sang (c'est-à-dire anémie falciforme, thalassémie ou autre maladie de l'hémoglobine) peuvent avoir des complications. Aussi, chez certaines femmes enceintes, l'infection peut avoir des conséquences pour le fœtus. Ces personnes doivent donc consulter leur médecin si elles ont été en contact avec une personne infectée par la cinquième maladie, en apportant cette lettre.

L'infection peut se transmettre de la même manière qu'un rhume, c'est-à-dire par les sécrétions du nez ou de la bouche. Chez l'enfant, l'infection se manifeste par des rougeurs qui commencent au visage (joues très rouges), puis qui atteignent, quelques jours plus tard, le tronc, les bras et les jambes. Au cours des 3 semaines qui suivent, les rougeurs peuvent disparaître et réapparaître sous l'effet de la chaleur (bain, friction, soleil, exercice physique).

La personne est contagieuse durant les 7 jours avant l'apparition des rougeurs. La maladie disparaît spontanément.

Au cours des prochains jours, si votre enfant présente des rougeurs, aviser le service de garde ou l'école. Votre enfant peut malgré tout continuer à fréquenter le service de garde ou l'école s'il est en bon état général.

Merci de votre collaboration

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

ESCHERICHIA COLI ENTÉROHÉMORRAGIQUE (GASTROENTÉRITE À)

La gastroentérite à *Escherichia coli* entérohémorragique est une **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Escherichia coli est une bactérie qui peut causer des infections intestinales. La gastroentérite à *Escherichia coli* peut être causée par diverses souches d'*Escherichia coli*. Sera abordée ici la gastroentérite à *Escherichia coli* entérohémorragique (ECEH), qui est causée par une souche d'*Escherichia coli* capable de sécréter une toxine pouvant causer un syndrome hémolytique et urémique (SHU) avec atteinte des systèmes sanguin et rénal. Cette bactérie est aussi appelée *Escherichia coli* producteur de vérocytotoxines (VTEC) ou de shigatoxines (STEC).

Jusqu'à maintenant, l'ECEH de sérotype O157 : H7 est le plus souvent rapporté lors des éclosions de colites hémorragiques. Les quelques centaines d'autres sérotypes d'*Escherichia coli* sont actuellement moins souvent recherchés par les laboratoires, mais peuvent être responsables de maladies aussi graves.

Épidémiologie

La gastroentérite à ECEH, tous sérotypes confondus, est fréquente. En particulier, le sérotype O157 : H7 est trouvé dans environ 0,5 % des échantillons soumis aux laboratoires pour recherche de bactéries entéropathogènes dans les selles.

Le réservoir principal d'ECEH est le tube digestif des ruminants, particulièrement celui des bovins.

La gastroentérite à ECEH a été associée à la consommation de viande contaminée et insuffisamment cuite (en particulier, la viande hachée), de lait ou de jus non pasteurisés (ex. : jus de pomme), d'autres aliments ou d'eau contaminés. Elle a aussi été associée au contact d'une personne ou d'un animal.

L'ingestion d'un petit nombre de bactéries (environ 100) suffit pour causer l'infection.

La bactérie peut se transmettre facilement dans les services de garde. Des taux d'attaque secondaires de 10 à 22 % ont été rapportés lors d'éclosions dans ces milieux.

Tableau clinique

La gastroentérite à ECEH se manifeste par les symptômes suivants : diarrhée, rectorragies survenant dans au moins la moitié des cas et pouvant débuter de 24 à 72 heures après le début des symptômes, douleurs abdominales importantes ainsi que, dans le tiers des cas, fièvre légère.

Certaines personnes peuvent être asymptomatiques.

Complications

La gastroentérite à ECEH peut entraîner la déshydratation.

Elle peut aussi entraîner, dans 5 à 10 % des cas, un SHU, qui comprend l'anémie hémolytique, la thrombocytopénie et l'insuffisance rénale aiguë. Le SHU se produit dans les 2 semaines suivant le début de la diarrhée et engendre jusqu'à 5 % de décès. Plus de 50 % des enfants souffrant d'un SHU auront besoin de dialyse temporairement, et certains développeront des complications neurologiques. Des séquelles à long terme peuvent survenir.

Les personnes les plus à risque de complications sont les enfants de moins de 5 ans. Chez eux, l'incidence du SHU atteint 15 %.

Durée de la maladie

La gastroentérite à ECEH est d'une durée variable.

Modes de transmission

La transmission se fait par ingestion de la bactérie :

- Par véhicule commun : aliments contaminés ou, plus rarement, eau contaminée.
- Par contact indirect.
- Par contact direct.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 1 à 8 jours, mais dure généralement de 3 à 4 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 3 semaines ou plus chez le tiers des enfants.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de faire la gastroentérite à ECEH.

Immunité

La gastroentérite à ECEH engendre la production d'antitoxines (anticorps contre les toxines), mais on ne sait pas si les antitoxines confèrent une immunité.

Il n'existe aucun vaccin contre la gastroentérite à *Escherichia coli*.

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique.
- Analyse de selles en laboratoire :
 - culture;
 - TAAN;
 - technique EIA pour recherche de toxines (stx1/stx2).

Traitement

◆ Spécifique

Un traitement antibiotique n'est pas recommandé. L'emploi d'antibiotiques pourrait augmenter le risque de SHU (l'hypothèse n'est pas confirmée, mais les bénéfices des antibiotiques n'ont pas été démontrés).

◆ De soutien

- Hydratation et remplacement électrolytique au besoin.
- Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Analgésique pour la douleur.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP pour tous les cas de gastroentérite à ECEH.

Si l'infirmière du CLSC est informée d'une situation suspecte de transmission active (ex. : plus d'une personne présente des symptômes) ou d'une situation à risque élevé de transmission (ex. : la personne manipule et prépare des aliments ou travaille dans un service de garde ou une école), elle doit communiquer avec la DSP.

Il y a éclosion si 2 cas confirmés et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps ou de personne sont déclarés.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.
- Identifier et contrôler une source commune de contamination :
 - service de garde;
 - eau potable et eau de baignade.
 - aliments;
 - animaux : rechercher la présence d'animaux ou d'occasions d'exposition aux animaux;

- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l’infirmière du CLSC au besoin.
- Communiquer avec le MAPAQ au besoin.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- En service de garde :
 - Pour une gastroentérite à ECEH O157 : H7, exclure le sujet jusqu’à la disparition de la diarrhée et l’obtention de 2 cultures de selles négatives recueillies à au moins 24 heures d’intervalle. Si le sujet a reçu un traitement antibiotique, le premier prélèvement doit être fait au moins 48 heures après la fin de celui-ci;
 - Pour une gastroentérite à ECEH d’un autre sérotype que le sérotype O157 : H7, s’il y a des facteurs de gravité, soit la détection du gène stx2 ou l’évidence de transmission à l’intérieur du service de garde ou un SHU chez le sujet ou chez un cas lié à l’éclosion, exclure le sujet jusqu’à la disparition de la diarrhée et l’obtention de 2 analyses de selles négatives réalisées avec la même technique que celle utilisée lors du diagnostic initial et recueillies à au moins 24 heures d’intervalle. Si le sujet a reçu un traitement antibiotique, le premier prélèvement doit être fait au moins 48 heures après la fin de celui-ci;
 - Pour une gastroentérite à ECEH d’un autre sérotype que le sérotype O157 : H7, sans facteurs de gravité, exclure le sujet jusqu’à 48 heures après la fin des symptômes.
- En milieu scolaire, exclure le sujet jusqu’à la fin des symptômes sans égard au sérotype.
- Si le sujet manipule ou prépare des aliments, le retrait ou la réaffectation est recommandé jusqu’à l’obtention de 2 analyses de selles négatives consécutives recueillies à 24 heures après la disparition des symptômes. Si une antibiothérapie est commencée, le premier spécimen doit être recueilli au moins 48 heures après la fin du traitement. Pour plus de détails, voir le document *Recommandations de retrait ou de réaffectation pour les manipulateurs d’aliments* au <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Transformation/Qualitedesaliments/toxiinfections/Pages/recommandations.aspx>.
- Recommander d’éviter les activités de baignade jusqu’à 2 semaines après la fin des symptômes.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants et les adultes fréquentant ce service ainsi que les personnes de la maison;
 - Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au même groupe que le sujet ou à tout autre groupe dans lequel on a noté un excès de cas de diarrhée. La décision d’élargir à d’autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d’autres groupes lors d’activités ou de période de la journée;

- Dans une école primaire : le personnel et les enfants de la classe. La décision d'élargir à d'autres individus doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles;
 - Dans une école secondaire : les contacts sexuels et les personnes identifiées au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec le sujet.
- En accord avec la DSP, remettre une lettre explicative aux contacts identifiés.
- Diriger le contact vers un médecin lorsqu'il présente des symptômes pour qu'une recherche d'ECEH dans les selles soit effectuée.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments .
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .
	Chapitre 4, section : Port de gants .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'eau .
	Chapitre 4, section : Animaux .

Suivi

- Surveiller l'apparition de symptômes chez les enfants et les membres du personnel.
- Si de nouveaux cas surviennent, prendre en charge les sujets et mettre en place les mesures de contrôle :
 - Réévaluer la situation;
 - Rehausser l'application des mesures d'hygiène;
 - Communiquer avec la DSP;
 - Une visite du milieu peut être recommandée par la DSP;
 - S'il s'agit d'une éclosion en service de garde de gastroentérite à ECEH de sérotype O157 : H7 ou d'un autre sérotype avec facteurs de gravité (voir la section *Sujet*), ne pas admettre de nouveaux enfants avant la fin de l'éclosion, qui correspond à l'absence de nouveaux cas pendant une période de 14 jours.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un test de laboratoire.
- Les MADDO doivent toujours être signalées à la DSP afin qu'elle valide la démarche.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de la DSP.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Gastroentérite à *Escherichia coli* entérohémorragique

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Une personne du service de garde ou de l'école a reçu un diagnostic de gastroentérite à *Escherichia coli* entérohémorragique. Cette maladie est causée par une bactérie. Vous trouverez ci-joint de l'information sur cette maladie.

Une personne qui présente les symptômes de cette maladie devrait consulter un médecin pour que des tests sur les selles soient faits. Elle devrait rester à la maison en attendant les résultats.

Apportez cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin. Si des tests sont faits sur les selles et confirment le diagnostic de gastroentérite à *Escherichia coli* entérohémorragique, s'il vous plaît, informez-en le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

GASTROENTÉRITE À *ESCHERICHIA COLI* ENTÉROHÉMORRAGIQUE

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS

Qu'est-ce que la gastroentérite à *Escherichia coli* entérohémorragique?

La gastroentérite à *Escherichia coli* entérohémorragique, aussi connue sous le nom de maladie du hamburger, est une infection intestinale causée par une bactérie. Elle cause souvent des douleurs abdominales, de la diarrhée, de la fièvre et du sang dans les selles. Dans de rares cas, cette gastroentérite peut se compliquer d'une maladie grave appelée syndrome hémolytique et urémique. Parfois, elle ne cause pas de symptômes.

Comment se transmet-elle?

La bactérie est présente dans les selles de la personne malade. La gastroentérite à *Escherichia coli* entérohémorragique s'acquiert par ingestion de la bactérie. La maladie peut se transmettre par des aliments, de l'eau, des mains ou des objets contaminés. Parfois, la bactérie peut contaminer l'environnement, surtout en présence d'animaux (de ferme ou de zoo), et être ingérée par la personne lorsqu'elle porte ses mains ou un objet contaminé à sa bouche.

Comment la détecter?

Des tests sur les selles doivent être faits pour confirmer la maladie.

Comment la gastroentérite à *Escherichia coli* entérohémorragique est-elle traitée?

Le traitement consiste à réhydrater la personne. En général, les antibiotiques ne sont pas recommandés.

Comment prévenir la gastroentérite à *Escherichia coli* entérohémorragique?

On peut prévenir la maladie en appliquant les mesures d'hygiène habituelles :

— En se lavant les mains :

- après être allé aux toilettes;
- après avoir changé la couche d'un enfant;
- après avoir aidé un enfant à aller aux toilettes;
- avant de manipuler des aliments;
- après avoir manipulé des œufs, de la viande et de la volaille crus;
- après avoir touché un animal ou son environnement;
- avant de manger.

— En appliquant les règles de sécurité des aliments. Pour ces règles, voir le *Guide du consommateur de l'épicerie à la maison* publié par le MAPAQ : http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Publications/MAPAQ_guide_consommateur.pdf.

— En nettoyant et en désinfectant fréquemment les surfaces contaminées, en particulier la table à langer, les toilettes, comptoirs et robinets de la salle de bain, les jouets des enfants.

— En évitant de boire de l'eau à l'occasion de la baignade.

GALE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La gale est une infestation cutanée contagieuse causée par une mite : *Sarcoptes scabiei* variété *hominis*. Cette mite n'est pas un vecteur d'autres maladies.

Cette mite ne vole pas et ne saute pas. Elle ne survit pas plus de 4 jours hors de l'hôte humain.

Épidémiologie

L'être humain est le seul réservoir de *Sarcoptes scabiei* variété *hominis*.

De 15 à 20 mites environ se trouvent chez un individu atteint de gale. En présence de la forme grave de l'infestation, appelée *gale croûteuse* ou *gale norvégienne*, le nombre de mites peut dépasser le million, ce qui rend la maladie très contagieuse et difficile à traiter.

On compte environ 300 millions de cas de gale dans le monde chaque année. La gale est répandue dans le monde entier, dans toutes les classes socioéconomiques et sous tous les climats.

Des cas sporadiques de gale ont été rapportés dans les services de garde, mais peu d'éclotions ont été décrites.

Les jeunes enfants, les personnes âgées, les personnes dont le système immunitaire est affaibli et les populations qui ont des contacts physiques étroits et, en général, plus fréquents courent un plus grand risque d'être atteints.

Tableau clinique

La gale se manifeste par des lésions cutanées prenant la forme de sillons (petite ligne ondulée de quelques millimètres) dans lesquels la mite dépose ses œufs et ses excréments (scybales) ou, encore, sous forme de papules érythémateuses.

Les lésions cutanées sont situées principalement dans les régions suivantes :

- Entre les doigts et les orteils;
- À l'intérieur des poignets et des coudes.
- Sous les aisselles.
- Sur la taille.
- Sur les parties génitales, les fesses et les mamelons.

Surtout chez les enfants de 2 ans et moins, 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 enfants présentent des nodules, des vésicules ou des pustules.

Le principal symptôme 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. Comme le prurit est consécutif à une réaction d'hypersensibilité à la mite, il survient généralement quelques semaines après la première infestation. Aussi, il peut persister plusieurs semaines après un traitement efficace. Il ne faut pas interpréter la persistance du prurit comme un échec du traitement. Cependant, l'apparition de nouvelles lésions après un traitement est un signe d'infestation persistante.

La forme grave de l'infestation se manifeste surtout chez les immunosupprimés. L'atteinte cutanée se présente sous forme de lésions étendues, inflammatoires et hyperkératosiques (croûteuses). Les sillons et le prurit sont souvent absents.

Complications

Les lésions cutanées peuvent se surinfecter, en général par le *Staphylococcus aureus* ou le SGA.

Les personnes les plus à risque de complications sont les jeunes enfants, les personnes âgées et les personnes immunosupprimées.

Durée de la maladie

La gale dure tant qu'un traitement efficace n'est pas administré.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec la peau :

- Par contact direct. La peau doit entrer en contact étroit, prolongé et répété avec la peau de la personne infestée pour qu'il y ait transmission (ex. : partager le même lit).
- Par contact indirect avec les effets personnels de la personne infestée, tels que ses vêtements ou sa literie. Ce mode de transmission est beaucoup moins fréquent que la transmission par contact direct.

La gale croûteuse est beaucoup plus contagieuse que la gale commune. Un contact direct peau à peau de courte durée ou un contact indirect avec des objets utilisés par la personne infestée peuvent suffire à sa transmission en raison du nombre élevé de parasites présents.

Période d'incubation

La période d'incubation est de 2 à 6 semaines avant le début du prurit pour une primo-infestation. Elle est de 1 à 4 jours pour une réinfestation.

Période de contagiosité

La période de contagiosité débute 6 semaines avant le début des symptômes et persiste jusqu'à ce que le premier traitement ait été complété.

En présence de gale croûteuse, la période de contagiosité débute dès la période d'incubation, mais elle peut persister au-delà du premier traitement à cause de la présence abondante de mites. Plus d'un traitement peut être nécessaire pour éliminer la contagiosité.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la gale.

Immunité

La gale ne confère pas d'immunité.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations :

- examen microscopique : consiste à rechercher *Sarcoptes scabiei* variété *hominis*, ses œufs et ses excréments. Le prélèvement se fait par grattage de plusieurs sillons;
- test à l'encre : consiste à enduire un sillon d'encre, puis à l'essuyer avec un tampon d'alcool. Le sillon absorbe l'encre et reste apparent après l'essuyage;
- dermatoscopie : consiste à visualiser la peau avec un microscope de surface qui permet de reconnaître les lésions, les sillons, les mites ou les œufs.

Traitement

◆ Spécifique

— Crème de perméthrine à 5 % (Nix^{MD} ou Kwellada-P^{MD}).

Même s'ils portent le même nom, ces produits sont différents des traitements contre la pédiculose. En raison de leur concentration plus faible en perméthrine, les pédiculicides sont inefficaces contre la gale.

Deux traitements sont préconisés pour traiter le sujet ayant la gale commune. La deuxième application faite 7 jours après la première vise à éliminer les œufs qui ont récemment éclos. Une seule application peut être suffisante, mais une deuxième améliore généralement l'efficacité du traitement.

Un seul traitement est requis pour les contacts asymptomatiques.

— D'autres médicaments peuvent être prescrits selon la situation clinique.

◆ De soutien

- Hydratation de la peau pour soulager la sécheresse et les démangeaisons.
- Antihistaminiques par voie orale et stéroïdes topiques si cela s'avère nécessaire.

MESURES À PRENDRE

Enquête

S'assurer que le diagnostic a été posé par un médecin.

Identifier les contacts.

Communiquer avec la DSP en cas d'éclosion ou en cas besoin.

Il y a éclosion en présence de 2 cas de gale ou plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps ou de personne.

Mesures de contrôle

Vérifier si d'autres personnes du milieu ont des symptômes de gale et les référer à un médecin pour préciser le diagnostic.

◆ **Sujet**

- S'assurer de l'administration d'un traitement au sujet.
- Appliquer les mesures environnementales suivantes une seule fois lors du premier traitement :
 - Laver à l'eau chaude les effets personnels (vêtements, literie, serviettes, etc.) dont s'est servi le sujet au cours des 4 jours précédant le traitement ainsi que la literie et le pyjama utilisé lors du traitement. Les sécher pendant 20 minutes au cycle chaud de la sècheuse. Il n'est pas nécessaire de laver les vêtements utilisés après le traitement.
 - Entreposer dans des sacs de plastique fermés les articles non lavables utilisés par un sujet atteint au cours des 4 derniers jours avant son traitement (ex. : toutou, pantoufles). Après 4 jours, les articles peuvent être sortis des sacs et utilisés puisque les parasites sont considérés morts.
- Exclure le sujet jusqu'à ce que le premier traitement ait été complété.

En présence d'un cas de gale croûteuse, l'exclusion et les mesures environnementales s'appliquent jusqu'à la guérison des lésions.

◆ **Contacts**

Un traitement doit être administré simultanément au sujet, aux personnes habitant avec lui aux contacts sexuels et aux personnes ayant des contacts cutanés prolongés et fréquents avec le sujet, par exemple, coucher dans le même lit ou partager les mêmes vêtements de façon soutenue.

Il n'y a pas de mesures environnementales particulières à prendre pour les contacts.

En présence d'un cas isolé, c'est-à-dire, un seul cas de gale commune dans le milieu :

- Considérer aussi comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les membres du personnel ayant des contacts cutanés prolongés et fréquents avec le sujet. La décision d'élargir à d'autres personnes (adultes et enfants) doit être prise au cas par cas en prenant en considération les possibilités de contacts cutanés prolongés et fréquents pendant la période de contagiosité;
 - Dans un CPE ou une garderie : les membres du personnel appartenant au même groupe que le sujet et ayant des contacts cutanés prolongés et fréquents avec le sujet pendant la période de contagiosité;
 - Dans une école primaire : les familles touchées et les personnes ayant des contacts cutanés prolongés et fréquents avec le sujet;

- Dans une école secondaire : les familles touchées, les contacts sexuels et les personnes ayant des contacts cutanés prolongés et fréquents avec le sujet.
- Remettre une lettre explicative aux contacts identifiés en service de garde.
- Diriger vers un professionnel de la santé (médecin, pharmacien ou infirmière praticienne) les contacts identifiés :
- Tous les contacts asymptomatiques doivent recevoir un traitement;
 - Les contacts symptomatiques devraient voir un médecin afin d'obtenir un diagnostic et d'assurer, s'il y a lieu, leur prise en charge et celle de leur famille.
- Idéalement, planifier le traitement des contacts et des sujets de façon qu'il soit administré simultanément aux sujets et aux contacts. Pour des raisons pratiques d'applicabilité, un intervalle de 24 à 48 heures est jugé acceptable quant au respect de cette simultanéité.

En présence de 2 cas et plus à l'intérieur d'une période de 6 semaines ou en présence d'un seul cas de gale croûteuse :

- Vérifier si les cas sont tous dans la même famille. Si c'est le cas, intervenir de la même façon que pour un cas isolé. Sinon, considérer que la transmission est probable dans le milieu.
- Considérer aussi comme contacts :
- Dans un service de garde en milieu familial : les enfants et les éducatrices fréquentant ce service ainsi que les personnes de la maison;
 - Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au même groupe que le sujet. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée pendant la période de contagiosité;
 - Dans une école primaire : les familles touchées et les personnes ayant des contacts cutanés prolongés et fréquents avec le sujet. La décision d'élargir à la classe doit être prise au cas par cas;
 - Dans une école secondaire : les familles touchées, les contacts sexuels et les personnes ayant des contacts cutanés prolongés et fréquents avec le sujet. La décision d'élargir à d'autres contacts doit être prise au cas par cas, surtout en présence de gale croûteuse.
- Remettre une lettre explicative aux contacts identifiés en service de garde. Il pourrait être pertinent de remettre la lettre aux contacts identifiés en milieu scolaire. La situation devrait être évaluée au cas par cas.
- Diriger vers un professionnel de la santé (médecin, pharmacien ou infirmière praticienne) les contacts identifiés :
- Tous les contacts asymptomatiques doivent recevoir un seul traitement;
 - Les contacts symptomatiques devraient voir un médecin afin d'obtenir un diagnostic et d'assurer, s'il y a lieu, leur prise en charge et celle de leur famille.

- Idéalement, planifier le traitement des contacts et des sujets de façon qu'il soit administré simultanément aux sujets et aux contacts. Pour des raisons pratiques d'applicabilité, un intervalle de 24 à 48 heures est jugé acceptable quant au respect de cette simultanéité.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .

Suivi

- Renforcer les mesures d'hygiène.
- Surveiller l'apparition de nouveaux cas jusqu'à 6 semaines après l'apparition du dernier cas.
- Remettre l'information aux parents et aux membres du personnel lorsque cela est nécessaire.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un médecin.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Gale

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Actuellement, au service de garde ou à l'école, une personne a eu un diagnostic de gale. Vous trouverez ci-joint de l'information sur cette maladie.

Les personnes qui présentent les symptômes de cette maladie devraient consulter un médecin.

Veillez apporter cette lettre avec vous.

Si un diagnostic de gale est posé, informez-en l'école ou le service de garde. Votre enfant devra recevoir un traitement avant de fréquenter à nouveau l'école ou 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

Définition

La gale est une infestation cutanée causée par un parasite. Celui-ci pénètre la peau et creuse 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 de petites lignes rouges, surtout entre les doigts et 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. Chez ce dernier, la gale peut atteindre le cuir chevelu, la figure, la paume des mains et la plante des pieds.

Manifestations

La gale se manifeste par :

- Des démangeaisons, surtout la nuit.
- De petites bosses, de petites bulles, des lignes rouges, des plaies causées par le grattage.

Ces manifestations apparaissent de plusieurs jours à plusieurs semaines après le contact.

Transmission

L'infestation se transmet par un contact peau à peau prolongé avec une personne infestée ou, rarement, par un contact avec ses vêtements ou ses draps quand on dort dans le même lit qu'elle.

Traitement

La personne atteinte de gale ainsi que toutes les personnes qui ont été en contact étroits avec elle, doivent appliquer en même temps un produit à base de perméthrine (Nix ou Kwellada-P). L'application du traitement contre la gale (crème ou lotion) doit être faite sur tout le corps, sauf sur la tête et les muqueuses. Il est très important de suivre les instructions du pharmacien ou du fabricant. Suivant l'application du traitement, il est important de mettre des vêtements propres et laisser agir pendant 12 à 14 heures. Le produit pourra ensuite être enlevé en prenant une douche ou un bain. Par la suite, la personne devra s'habiller avec des vêtements propres.

La personne atteinte de gale doit effectuer 2 applications; une première suivie d'une seconde 7 jours plus tard.

Les personnes qui ont été en contact étroit avec un cas de gale et qui n'ont pas de lésions doivent effectuer une seule application.

La personne atteinte de gale pourra réintégrer le milieu une fois que le premier traitement aura été complété.

Autres mesures

Pour la personne atteinte de gale au moment où est appliqué le traitement, il faut, tant à la maison qu'au service de garde ou à l'école, laver dans la laveuse à l'eau chaude les vêtements, les pyjamas et la literie qui ont été portés ou qui ont servi à la personne atteinte de gale durant les 4 jours précédant le premier traitement. Ces articles doivent être séchés au cycle chaud de la sècheuse pendant au moins 20 minutes. La literie et le pyjama utilisés au moment de la première application du traitement doivent être lavés avant d'être réutilisés afin d'éliminer le médicament des tissus.

Les tissus ou objets qui ne peuvent pas être lavés à l'eau chaude séchés au cycle chaud de la sècheuse doivent être placés dans un sac de plastique fermé pendant 4 jours. Ces mesures ne sont pas nécessaires pour les contacts d'un cas de gale.

Important

Dans certains cas, la peau peut continuer de piquer jusqu'à 2 semaines après le traitement, mais cela ne veut pas dire que le traitement n'a pas fonctionné.

GIARDIASE

La giardiase est une **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La giardiase est une infection intestinale causée par le parasite *Giardia lamblia*, qui infecte surtout la partie haute de l'intestin (duodénum et jéjunum).

Le parasite existe sous 2 formes : le kyste et le trophozoïte.

Le kyste constitue la forme infectante du parasite; il peut survivre plusieurs mois dans l'environnement.

Dans le duodénum, les kystes libèrent des trophozoïtes, lesquels se multiplient par la suite et peuvent demeurer dans la lumière du petit intestin ou s'attacher à sa paroi. Dans l'iléon et le côlon, les trophozoïtes se transforment en kystes, lesquels seront évacués dans les selles.

Épidémiologie

La giardiase est la maladie intestinale parasitaire la plus fréquente au Canada. Cette infection se trouve partout dans le monde, particulièrement dans les pays en voie de développement.

Le réservoir principal de l'infection est l'humain. Très peu de kystes (de 10 à 25) sont suffisants pour causer l'infection.

L'infection est plus fréquente chez les enfants que chez les adultes. Au Québec, son incidence est maximale chez les enfants de 1 à 4 ans, même si l'infection peut affecter tous les groupes d'âge.

L'infection se transmet plus facilement en service de garde parmi les enfants qui portent des couches. Les enfants, les éducatrices, les parents et les autres membres d'une même famille qui côtoient un enfant atteint de giardiase peuvent être plus fréquemment infectés.

Le pic de transmission de l'infection est saisonnier et s'étend du début de l'été au début de l'automne.

Les kystes peuvent contaminer les cours d'eau, les lacs, les rivières, les bassins d'eau récréatifs (ex. : les piscines, les pataugeoires) et les eaux de puits de surface. Des cas isolés ou des éclosions peuvent survenir à la suite de l'ingestion, accidentelle ou non, d'eau contaminée.

Tableau clinique

La giardiase est associée à une grande variété de symptômes : diarrhée aiguë, chronique ou intermittente, fatigue, ballonnement, flatulences, crampes abdominales, selles grasses, pâles et nauséabondes, perte d'appétit, perte de poids, vomissements, fièvre. L'infection est bénigne dans la majorité des cas.

L'infection est asymptomatique chez la majorité des enfants et des adultes. L'infection symptomatique survient plus fréquemment chez les enfants.

Complications

Très rarement, l'infection chronique peut entraîner un syndrome de malabsorption avec des déficits vitaminiques et une déficience en lactase (intolérance au lactose) qui peut persister plusieurs semaines après le traitement.

Les enfants âgés de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les personnes immunosupprimées peuvent présenter une infection plus grave (ex. : déshydratation nécessitant une hospitalisation).

Durée de la maladie

La giardiase peut disparaître d'elle-même en quelques jours ou persister plusieurs mois.

Modes de transmission

La transmission se fait par l'ingestion de kystes :

- Véhicule commun : eau de consommation, eau de baignade, aliments. La giardiase peut être transmise par la consommation d'eau contaminée et, plus rarement, par la consommation d'aliments contaminés.
- Contact indirect. En service de garde, la transmission de la giardiase se fait surtout par contact indirect à la suite de la contamination de l'environnement et des mains par des kystes.
- Contact direct.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 1 à 4 semaines, mais dure en moyenne de 7 à 10 jours.

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 à long terme.

Il n'existe aucun vaccin contre la giardiase.

Méthodes diagnostiques

- Recherche de parasites dans les selles. Le parasite *Giardia lamblia* n'est pas toujours identifié, surtout si un seul spécimen est analysé.
- Détection d'antigènes dans les selles (EIA ou IFA).
- TAAN.

Traitement

◆ Spécifique

Traitement antiparasitaire. La personne peut demeurer porteuse malgré le traitement.

◆ De soutien

- Hydratation et remplacement électrolytique au besoin.
- Les anti-diarrhéiques sont contre-indiqués.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Analgésique pour la douleur.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP en présence de giardiase chez les enfants de 5 ans et moins et en présence d'agrégats ou d'éclosion. Aucune enquête n'est prévue s'il s'agit d'un cas isolé de giardiase chez un enfant de plus de 5 ans.

Si l'infirmière du CLSC est informée d'une situation suspecte de transmission active (ex. : plus d'une personne présente des symptômes) ou d'une situation à risque élevé de transmission (ex. : la personne manipule et prépare des aliments ou travaille dans un service de garde ou une école), elle doit communiquer avec la DSP.

Il y a éclosion si 2 cas confirmés et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps ou de personne sont déclarés.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.
- Identifier et contrôler une source commune de contamination :
 - service de garde;
 - eau potable et eau de baignade;
 - aliments;
 - animaux : rechercher la présence d'animaux ou d'occasions d'exposition aux animaux.

- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l’infirmière du CLSC au besoin.
- Communiquer avec le MAPAQ au besoin.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- L’enfant doit être exclu selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).
- Un traitement est habituellement recommandé au sujet symptomatique.
- Si le sujet manipule ou prépare des aliments, le retrait ou la réaffectation est recommandé jusqu’à 48 heures après la disparition de la diarrhée. Pour plus de détails, voir : <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Restauration/Qualitedesaliments/Toxiinfectionsalimentaires/Pages/recommandations.aspx>.
- Les activités de baignade sont à éviter jusqu’à 2 semaines après la fin des symptômes.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants et les adultes fréquentant ce service ainsi que les personnes de la maison;
 - Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au même groupe que le sujet ou à tout autre groupe dans lequel on a noté un excès de cas de diarrhée. La décision d’élargir à d’autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d’autres groupes lors d’activités ou de périodes de la journée.
 - Dans une école primaire : le personnel et les enfants de la classe. La décision d’élargir à d’autres individus doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles;
 - Dans une école secondaire : les contacts sexuels et les personnes identifiées au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec le sujet.
- En cas d’éclosion, communiquer avec la DSP.
- En accord avec la DSP, remettre la lettre explicative n° 1 aux contacts identifiés en présence d’un seul cas déclaré en service de garde ou lors d’une éclosion.
- Diriger le contact vers un médecin lorsqu’il présente des symptômes pour qu’une recherche de *Giardia lamblia* dans les selles soit effectuée.
- Un traitement est recommandé aux contacts symptomatiques dont le résultat est positif.
- Le dépistage des personnes qui ne présentent pas de symptômes ainsi que l’exclusion ou le traitement des porteurs aysymptomatiques ne sont généralement pas recommandés, car ils ne sont pas efficaces pour le contrôle des éclosions.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments .
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .
	Chapitre 4, section : Port de gants .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'eau .
	Chapitre 4, section : Animaux . Chapitre 5, section Situations particulières : Morsure, griffure et contact avec la salive d'un animal .

Suivi

- Surveiller l'apparition de symptômes chez les enfants et les membres du personnel.
- Si de nouveaux cas surviennent, prendre en charge les sujets et mettre en place les mesures de contrôle :
 - Réévaluer la situation. Si cela est pertinent, la lettre n° 2 peut être utilisée pour diriger les personnes qui présentent des symptômes vers un médecin;
 - Rehausser l'application des mesures d'hygiène;
 - Communiquer avec la DSP;
 - Une visite du milieu peut être recommandée par la DSP;
 - La DSP peut envisager de procéder à une intervention plus large, par exemple de refaire une recherche de *Giardia lamblia* dans les selles des personnes encore symptomatiques 2 semaines après la fin du traitement. Si ce résultat est positif, un deuxième traitement est recommandé.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL (N° 1)**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un test de laboratoire.
- Les MADO doivent toujours être signalées à la DSP afin qu'elle valide la démarche.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de la DSP.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Giardiase

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Une personne du service de garde ou des personnes de l'école ont reçu un diagnostic de giardiase. Cette maladie est causée par un parasite intestinal. Vous trouverez ci-joint de l'information sur cette maladie.

Si un enfant présente de la diarrhée, il devrait rester à la maison si :

- Il est trop malade pour participer aux activités du service de garde ou de la classe.
- La diarrhée a été accompagnée de 2 vomissements ou plus au cours des 24 dernières heures.
- Il fait de la fièvre.
- Il y a présence de mucus ou de sang dans ses selles.
- Il est incapable d'utiliser les toilettes pour chacune de ses selles (incontinent).
- Il porte des couches (il pourra revenir après l'épisode aigu s'il va bien et que ses selles sont contenues dans la couche).

Une personne qui présente les symptômes de cette maladie devrait consulter un médecin.

Apportez cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin. Si des tests sont faits sur les selles et confirment le diagnostic de giardiase, s'il vous plaît, informez-en le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL (N° 2)**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un test de laboratoire.
- Les MADDO doivent toujours être signalées à la DSP afin qu'elle valide la démarche.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de la DSP.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Giardiase

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Une personne du service de garde ou de l'école a reçu un diagnostic de giardiase. Cette maladie est causée par un parasite intestinal. Vous trouverez ci-joint de l'information sur cette maladie.

Si un enfant présente de la diarrhée, il devrait rester à la maison si :

- Il est trop malade pour participer aux activités du service de garde ou de la classe.
- La diarrhée a été accompagnée de 2 vomissements ou plus au cours des 24 dernières heures.
- Il fait de la fièvre.
- Il y a présence de mucus ou de sang dans ses selles.
- Il est incapable d'utiliser les toilettes pour chacune de ses selles (incontinent).
- Il porte des couches (il pourra revenir après l'épisode aigu s'il va bien et que ses selles sont contenues dans la couche).

Nous sommes déjà intervenus auprès de personnes qui présentaient des symptômes, mais d'autres cas se sont déclarés.

En conséquence, il est important que toutes les personnes (enfants ou adultes) qui présentent des symptômes consultent un médecin pour que des tests sur les selles soient faits. Apportez cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin.

Si des tests sont faits sur les selles et confirment le diagnostic de giardiase, s'il vous plaît, informez-en le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

p. j. Renseignements et conseils

GIARDIASE

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS

Qu'est-ce que la giardiase?

La giardiase est une infection intestinale causée par un parasite appelé *Giardia lamblia*. Elle peut causer des selles fréquentes, pâles, grasses ou malodorantes, des gaz, des crampes abdominales et un ballonnement. Toutefois, la giardiase ne cause souvent pas de symptômes.

Comment se transmet-elle?

La giardiase se transmet par ingestion de parasites présents dans l'environnement contaminé, par exemple lorsque des mains ou des objets contaminés sont portés à la bouche. La giardiase peut aussi se transmettre par ingestion d'eau contaminée (ex. : eau de baignade).

Comment la détecter?

Des tests sur les selles doivent être faits et des parasites doivent être trouvés dans les selles pour confirmer la maladie.

Comment la giardiase est-elle traitée?

La giardiase est traitée par des antibiotiques donnés par la bouche.

Seules les personnes qui ont des symptômes et chez qui on a trouvé des parasites dans les selles ont besoin d'un traitement. Lorsqu'ils ne sont pas traités, les symptômes peuvent durer plusieurs semaines.

Les personnes ne présentant pas de symptômes n'ont pas besoin de tests sur les selles ni de traitement.

Comment prévenir la giardiase?

On peut prévenir la maladie en appliquant les mesures d'hygiène habituelles;

— En se lavant les mains :

- après être allé aux toilettes;
- après avoir changé la couche d'un enfant;
- après avoir aidé un enfant à aller aux toilettes;
- avant de manipuler des aliments;
- après avoir manipulé des œufs, de la viande et de la volaille crus;
- après avoir touché un animal ou son environnement;
- avant de manger.

— En appliquant les règles de sécurité des aliments. Pour ces règles, voir le *Guide du consommateur de l'épicerie à la maison* publié par le MAPAQ : https://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Publications/MAPAQ_guide_consommateur.pdf.

— En nettoyant et en désinfectant fréquemment les surfaces contaminées, en particulier la table à langer, les toilettes, comptoirs et robinets de la salle de bain, les jouets des enfants.

— En évitant de boire de l'eau à l'occasion de la baignade.

GRIPPE (INFECTION PAR LE VIRUS INFLUENZA)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La grippe est une infection virale aiguë des voies respiratoires. Elle est causée par le virus influenza, principalement A ou B.

Épidémiologie

Au Québec, la saison de la grippe dure généralement de l'automne jusqu'au début du printemps, avec un pic d'activité entre la fin de décembre et le mois d'avril, selon l'année. Certaines années, la grippe connaît 2 pics d'activité. Le premier pic est de grippe A et survient à la fin de l'automne ou au début de l'hiver. Le deuxième pic, d'une plus faible amplitude que le premier, est de grippe B et survient au printemps. La grippe B affecte davantage les moins de 20 ans que les autres groupes d'âge.

On estime que les enfants sont le groupe de la population où l'on trouve le plus de cas de grippe, surtout de 3 à 10 ans. Chaque année, on estime qu'entre 10 et 40 % des enfants seront infectés par le virus influenza et que 1 % de ces enfants seront hospitalisés. Les enfants de 4 ans et moins, surtout ceux de moins de 23 mois, sont les plus susceptibles d'être hospitalisés.

Les services de garde et les écoles sont propices à la transmission de la grippe étant donné les contacts multiples et fréquents ainsi que la contagiosité élevée du virus. Les jeunes enfants transmettent plus facilement le virus influenza, car ils excrètent plus de virus et de façon plus prolongée, et ce, même en l'absence de symptômes. Aussi, les enfants ne sont pas toujours en mesure de comprendre et d'appliquer les mesures de prévention de la transmission de la grippe lorsqu'ils sont contagieux. Dans la littérature, les services de garde et les écoles sont considérés comme des potentialisateurs de la transmission de la grippe dans certains milieux. Certaines études ont démontré que des interventions en milieu scolaire pouvaient réduire la transmission de la grippe dans la communauté.

Lors des épidémies saisonnières annuelles, la grippe se transmet partout dans la communauté (à la maison, au travail, en service de garde, dans les écoles, etc.).

Tableau clinique

Les symptômes classiques de la grippe sont la fièvre élevée et la toux débutant soudainement. Ils peuvent être accompagnés de myalgies (douleurs musculaires), de frissons, d'écoulement nasal, de mal de gorge, de céphalées et de fatigue importante.

Chez les enfants, les manifestations gastro-intestinales (vomissements, douleurs abdominales, diarrhée) sont plus fréquentes (jusqu'à 25 %), et la fièvre est souvent supérieure ou égale à 39 °C. Chez le très jeune enfant, les symptômes peuvent être moins spécifiques, tels que rhinorrhée, prostration, refus de s'alimenter ou de boire et baisse d'intérêt dans les activités.

La grippe peut être impossible à distinguer cliniquement d'autres maladies virales respiratoires, telles que le VRS, l'adénovirus ou encore le virus parainfluenza. Ces virus circulent souvent en même temps que le virus influenza.

Complications

La grippe peut entraîner une aggravation des conditions médicales sous-jacentes (par exemple, l'asthme), une otite moyenne, une sinusite, une trachéite, une pneumonie, des convulsions fébriles, une encéphalite ou une encéphalopathie, une myosite (plus fréquente avec le virus influenza B et chez les enfants) et, très rarement, le syndrome de Reye en association avec la prise de salicylates, dont l'aspirine.

Les personnes les plus à risque de complications sont :

- Les enfants de moins de 2 ans.
- Les femmes enceintes (aux 2^e et 3^e trimestres ou à tout stade de la grossesse en présence de conditions médicales sous-jacentes).
- Les enfants ou les adultes de tout âge souffrant de conditions médicales sous-jacentes (se référer au [PIQ](#) pour les détails, principalement maladies respiratoires, maladies cardio-vasculaires, maladies métaboliques ou immunosuppression).
- Les personnes âgées de 60 ans et plus.

Pour plus d'information, voir la section [Enfants immunosupprimés](#) et la section [Enfants souffrant de maladie cardiaque ou pulmonaire ou nés prématurément et infections respiratoires](#) au chapitre 5.

Durée de la maladie

La toux est souvent importante et peut durer jusqu'à 2 semaines, alors que la fièvre et les autres symptômes vont durer de 5 à 7 jours. La disparition complète des symptômes, dont la fatigue, peut prendre plus de 2 semaines.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec des sécrétions respiratoires :

- Par projection de gouttelettes.
- Par contact direct.
- Par contact indirect : le virus peut survivre jusqu'à 5 minutes sur la peau, quelques heures dans les sécrétions séchées et 48 heures sur des objets.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation dure de 1 à 4 jours. Elle est en moyenne de 2 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité commence 24 heures avant le début des symptômes et se poursuit jusqu'à 7 jours après. Cette période peut être plus longue chez les jeunes enfants ou les personnes immunosupprimées.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter le virus de la grippe.

Immunité

La grippe ne confère pas d'immunité permanente.

Le virus influenza subit continuellement des variations antigéniques d'une année à l'autre. Toute dérive antigénique suffisante peut causer une nouvelle infection chez une personne vaccinée ou ayant déjà eu des infections avec d'autres souches du virus influenza.

L'immunité conférée par l'infection naturelle ou par la vaccination est spécifique à une souche du virus influenza (et parfois à quelques souches apparentées). Ainsi, la protection conférée par un sous-type du virus influenza (ex. : H3N2) ne s'applique pas à d'autres sous-type (H1N1 ou B), et les réinfections peuvent survenir.

L'efficacité vaccinale est variable d'une année à l'autre et se situe généralement entre 30 et 80 %.

Différents vaccins contre la grippe sont financés publiquement pour les personnes qui présentent 1 ou des facteurs de risque ou encore pour les personnes qui sont en contact avec ces personnes. Les enfants de 6 à 23 mois, les familles des enfants de moins de 2 ans et les travailleurs en service de garde font partie des personnes visées par la vaccination. Le vaccin antigrippal leur est offert chaque automne. Pour plus de détails, voir le [PIQ](#).

Les groupes non visés par le Programme québécois d'immunisation peuvent recevoir le vaccin antigrippal à leurs frais, auprès de professionnels de la santé.

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique : méthode principale, lorsque l'activité grippale est élevée, le tableau clinique peut être suffisant pour diagnostiquer la grippe.
- Détection d'antigènes sur des sécrétions nasopharyngées (par exemple, tests rapides).
- Culture virale des sécrétions nasopharyngées.
- TAAN sur des sécrétions respiratoires.

Traitement

◆ Spécifique

- Antiviraux pour les personnes à risque de complications.
- La plupart des enfants et des adultes en bonne santé n'ont pas besoin de traitement spécifique contre la grippe.

◆ De soutien

- Hydratation.
- Antipyrétique au besoin. Les produits contenant des salicylates (dont l'aspirine) sont à éviter.
- Instillation de solution saline dans les narines et chez le jeune enfant, aspiration des sécrétions nasales au besoin.
- Les décongestionnants oraux ou topiques et les médicaments contre la toux sont à éviter parce qu'ils ne sont pas très efficaces et qu'ils peuvent causer une accélération du rythme cardiaque, de l'insomnie et même la mort chez les jeunes enfants. Depuis l'automne 2008, Santé Canada recommande de ne pas utiliser de médicaments contre la toux et le rhume chez les enfants de moins de 6 ans et de les utiliser avec prudence chez les enfants de 6 ans et plus.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Si le virus influenza n'a pas été identifié par un test de laboratoire, il faut se référer à la section [Rhume et SAG](#) au chapitre 6.

Aucune enquête n'est requise s'il s'agit d'un cas isolé de grippe.

Il y a éclosion si 2 cas confirmés et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps ou de personne sont déclarés.

Si l'infirmière du CLSC est informée d'une situation suspecte de transmission active, elle peut, au besoin, communiquer avec la DSP. Les éclosions de grippe confirmées par des tests de laboratoire en service de garde ou en milieu scolaire devraient faire l'objet d'un signalement aux autorités de santé publique lorsqu'elles présentent des caractéristiques inquiétantes ou inhabituelles, par exemple un taux d'attaque ou d'absentéisme élevé, une morbidité ou une mortalité élevée, des symptômes inhabituels ou des complications inhabituelles.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts et les contacts à risque de complications.
- Prévenir la transmission de l'infection aux contacts par la promotion de la vaccination, le renforcement de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire.
- Diriger vers un médecin les contacts à risque de complications et symptomatiques.
- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l'infirmière du CLSC au besoin.

Mesures de contrôle**◆ Sujet**

Le diagnostic de grippe ne justifie pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).

◆ **Contacts**

- En cas d'éclosion, considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants fréquentant ce service et les personnes de la maison ayant des contacts avec les enfants;
 - Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au groupe du cas. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;
 - Dans une école primaire ou secondaire : le personnel et les enfants de la classe. La décision d'élargir à d'autres individus doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles.
- Remettre une lettre aux contacts identifiés.
- Encourager les personnes à risque de complications (voir le [PIQ](#)), les personnes qui vivent avec elles et les personnes qui leur donnent des soins à se faire vacciner.
- Recommander aux personnes qui sont à risque de complications et qui présentent des symptômes de la grippe de consulter rapidement un médecin dès le début de la maladie afin que celui-ci évalue les bénéfices de recevoir des antiviraux.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .

Suivi

Aucun.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un test de laboratoire.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Grippe

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Des personnes du service de garde ou de l'école ont reçu un diagnostic confirmé de grippe. Celle-ci 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. Les plus jeunes enfants peuvent parfois présenter de la diarrhée, des vomissements et des douleurs abdominales.

Le meilleur moyen d'éviter la grippe est de se faire vacciner contre la grippe chaque année. La vaccination est recommandée aux personnes qui présentent un risque de complications, aux personnes qui vivent avec elles et aux personnes qui leur donnent des soins.

Les personnes à risque de complications sont surtout les enfants de moins de 2 ans et les enfants ou les adultes de tous âges souffrant de conditions médicales sous-jacentes telles que des maladies respiratoires, des maladies cardio-vasculaires, des maladies métaboliques ou l'immunosuppression.

Nous encourageons les personnes à risque de complications et les membres de leur famille à se faire vacciner.

Les personnes qui font partie des groupes à risque de complications et qui présentent des symptômes devraient consulter un médecin, car un traitement peut leur être offert.

Apportez cette lettre avec vous.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

HIB (INFECTION INVASIVE À)

L'infection invasive à Hib est une **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Hæmophilus influenzae est une bactérie. Il existe 2 types d'*Hæmophilus influenzae* :

- Les typables, ou encapsulés, dont Hib.
- Les non typables, ou non encapsulés.

L'infection invasive à Hib est causée par un *Hæmophilus influenzae* ayant un facteur de virulence important. Les infections invasives causées par Hib sont les suivantes : la méningite, l'épiglottite, la bactériémie, la cellulite, l'arthrite septique et la pneumonie.

Les autres *Hæmophilus influenzae* typables peuvent causer des infections qui ressemblent à celles causées par Hib.

Les *Hæmophilus influenzae* non typables causent surtout des infections respiratoires (otite moyenne, sinusite, pneumonie, conjonctivite).

Épidémiologie

Au Québec, le programme de vaccination des nourrissons a débuté en 1992.

Avant l'instauration du programme de vaccination, les taux de portage asymptomatique dans les pays industrialisés étaient de 3 à 5 % chez les enfants d'âge préscolaire en bonne santé. Hib était responsable de 95 % des infections invasives à *Hæmophilus influenzae*. Les enfants âgés de moins de 5 ans étaient les plus touchés, avec 1 enfant sur 200 souffrant d'une infection invasive avant l'âge de 5 ans. Hib était, à ce moment, la cause la plus fréquente de méningite bactérienne.

Depuis l'implantation du programme de vaccination, le nombre annuel de cas d'infection invasive à Hib au Canada a nettement diminué et est passé d'une moyenne de 385 cas de 1981 à 1985 à une moyenne de 31 cas de 2006 à 2012. Les études ont démontré que les taux de portage asymptomatique avaient eux aussi diminué, passant d'environ 5 % à près de 0 %.

La majorité des cas pédiatriques sont des enfants non immunisés, trop jeunes pour avoir commencé leur vaccination ou encore souffrant d'immunodéficience ou d'une autre maladie chronique. Les études démontrent que les enfants fréquentant un service de garde courent un risque plus élevé de contracter une infection invasive à Hib.

Le risque d'infection invasive causée par Hib est plus grand pour les personnes qui présentent un mauvais fonctionnement de la rate (ex. : anémie falciforme, asplénie) ou un déficit immunitaire et pour celles qui ont reçu un implant cochléaire.

Tableau clinique

Les manifestations cliniques varient selon le site atteint et sont généralement accompagnées de fièvre.

Pour la **méningite**, les manifestations cliniques sont céphalées importantes, raideur de la nuque, nausées, vomissements. Il s'agit de la présentation clinique la plus grave. La méningite à Hib est responsable de séquelles neurologiques et de mortalité.

Dans le cas de la **bactériémie**, *Hæmophilus influenzae* est présent dans le sang. La bactériémie peut s'accompagner ou non d'une autre atteinte comme la méningite.

Pour l'**épiglottite**, les manifestations cliniques sont une difficulté marquée à avaler avec hypersalivation et une difficulté respiratoire survenant rapidement.

La **cellulite** se manifeste par de la rougeur, de la douleur et de la chaleur au niveau du tissu cutané. La cellulite périorbitaire est une infection des paupières et des tissus adjacents. La bactériémie est associée à la cellulite périorbitaire dans 80 % des cas.

L'**arthrite septique** se manifeste par de la rougeur, de la douleur, de la chaleur et un gonflement d'une articulation.

Pour la **pneumonie**, les manifestations cliniques sont la toux et la douleur thoracique. La pneumonie à Hib ne se distingue pas des pneumonies causées par d'autres bactéries ou virus.

Complications

La méningite à Hib est la présentation clinique la plus grave. Le décès survient dans 3 à 5 % des cas. De 20 à 45 % des survivants ont des séquelles neurologiques, notamment la surdité et la déficience intellectuelle.

Durée de la maladie

La durée de l'infection invasive à Hib est variable.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec des sécrétions respiratoires (forte concentration) ou de la salive (faible concentration) :

- Par contact direct.
- Par projection de gouttelettes.

Hib ne survit pas facilement dans l'environnement ni sur les surfaces inanimées.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation est inconnue.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure aussi longtemps que la bactérie est présente dans les voies respiratoires.

Réceptivité

Toute personne est susceptible de faire une infection à Hib.

Pour savoir si une personne est bien vaccinée contre Hib, voir le [chapitre 9](#) du PIQ.

Immunité

L'infection invasive à Hib ne confère pas nécessairement l'immunité, et la personne doit compléter sa vaccination. Un vaccin existe et est inclus dans le Programme québécois d'immunisation. Ce vaccin est offert aux enfants de moins de 5 ans ainsi qu'aux personnes de tous âges qui présentent un ou des facteurs de risque. Le vaccin confère une protection supérieure à 95 % contre les infections invasives à Hib.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Laboratoire : analyse de sang, de LCR et d'autres liquides biologiques.

Traitement

◆ Spécifique

Antibiotique par voie parentérale.

◆ Chimio prophylaxie

La chimio prophylaxie est indiquée si le sujet n'a pas été traité avec un antibiotique éradiquant le portage.

Dans la majorité des cas, le traitement est fait avec un antibiotique éradiquant le portage, et la chimio prophylaxie n'est pas nécessaire.

◆ Vaccination

Compléter la vaccination contre Hib au besoin.

◆ De soutien

— Analgésique pour la douleur.

— Antipyrétique pour la fièvre au besoin.

— Des soins spécialisés d'urgence et intensifs peuvent être nécessaires dans certains cas.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP pour tous les cas d'infection invasive à Hib âgés de moins de 5 ans.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.
- Administrer la chimioprophylaxie.
- En conformité avec le PIQ, recommander la mise à jour de la vaccination contre Hib.
- Surveiller les contacts.
- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l'infirmière du CLSC au besoin.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

Exclure le sujet du service de garde ou de l'école et lui permettre de réintégrer le milieu dès qu'il a reçu un antibiotique éradiquant le portage et que son état de santé le lui permet (pour les critères d'exclusion d'un enfant, voir le tableau 3 du [chapitre 3](#)).

◆ Contacts

La prise en charge des contacts est assumée par la DSP.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .

Suivi

Pendant les 2 mois qui suivent l'apparition d'un cas, n'admettre au service de garde que les enfants vaccinés adéquatement pour leur âge.

HÉPATITE A

L'hépatite A est une **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'hépatite A est une infection contagieuse de foie causée par le VHA.

Épidémiologie

Le réservoir de l'infection est l'humain.

Dans le monde, l'hépatite A est associée au manque d'eau potable et au manque de moyens d'assainissement, c'est pourquoi dans certains pays l'hépatite A est endémique. Le Canada est un pays considéré comme à faible endémicité.

Selon des études sérologiques, on estime que seulement 1,1 % des jeunes nés au Canada âgés de 8 à 13 ans non autochtones et n'ayant pas voyagé dans les pays endémiques ont déjà fait la maladie.

Chez les personnes non vaccinées et nées au Canada, la prévalence de personnes immunisées contre l'hépatite A augmente avec l'âge. Les personnes nées avant 1945 sont plus susceptibles d'avoir été infectées dans le passé et donc d'être immunisées.

Les enfants qui fréquentent les services de garde présentent souvent une infection asymptomatique. Même s'ils n'ont pas de symptômes, ils excrètent le virus et ils peuvent représenter une source d'infection par le VHA pour leur entourage. Il est ainsi possible qu'une éclosion en service de garde soit reconnue à la suite d'un cas déclaré chez un adulte. Des éclosions en service de garde ont été rapportées occasionnellement depuis 1970, mais sont en diminution importante.

Le VHA peut facilement se transmettre en service de garde et dans les familles, particulièrement en présence d'enfants de moins de 6 ans.

La transmission en milieu scolaire est peu fréquente.

Le virus peut demeurer dans l'environnement pendant plusieurs semaines.

Certaines personnes sont plus susceptibles de contracter l'hépatite A :

- Les personnes qui séjournent dans des régions où l'hépatite A est endémique.
- Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.
- Les utilisateurs de drogues illicites par voie orale, par inhalation ou par injection.
- Les personnes faisant partie des communautés dans lesquelles surviennent des éclosions d'hépatite A ou dans lesquelles l'hépatite A est endémique.

Tableau clinique

Habituellement, le VHA cause une infection qui disparaît spontanément et qui est plus souvent symptomatique chez les adultes que chez les enfants. En effet, l'hépatite A est souvent asymptomatique (70 % des cas) chez l'enfant de moins de 6 ans.

Les signes et symptômes typiques de l'hépatite A débutent souvent de façon abrupte avec une anorexie, des nausées, de la fatigue, de la fièvre et, dans 70 % des cas, un ictère. D'autres symptômes peuvent être présents, comme un malaise abdominal, des vomissements, de la diarrhée, des arthralgies et des myalgies.

L'hépatite A ne devient jamais chronique, mais, après l'épisode initial, une rechute des symptômes peut survenir dans 3 à 20 % des cas, mais disparaît sans séquelles.

L'hépatite A peut être grave, voire fulminante, particulièrement chez les personnes souffrant d'une maladie hépatique chronique préexistante et les personnes immunosupprimées.

Complications

Des cas occasionnels d'encéphalite, de syndrome de Guillain-Barré, de cholécystite, de pancréatite aiguë, d'anémie hémolytique, de purpura thrombocytopénique, d'arthrite, de vasculite, de cryoglobulinémie et d'insuffisance rénale aiguë ont été rapportés.

Le taux de létalité de l'hépatite A varie selon l'âge : il est très faible (0,1 %) chez les enfants de moins de 15 ans et s'élève à 12,5 % chez les patients âgés de 60 ans et plus hospitalisés pour l'hépatite A.

Durée de la maladie

Les symptômes de l'hépatite A durent en moyenne de 1 à 2 semaines, mais peuvent demeurer présents durant plusieurs mois.

Modes de transmission

La transmission se fait par ingestion du virus :

- Par véhicule commun (ingestion d'aliments ou d'eau contaminés).
- Par contact indirect.
- Par contact direct.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation varie de 15 à 50 jours, avec une moyenne de 28 jours.

Période de contagiosité

L'infection peut se transmettre même si la personne atteinte est asymptomatique.

La période de contagiosité commence 2 semaines avant le début de l'ictère ou de l'élévation des enzymes hépatiques ou avant le début de la maladie (en l'absence d'ictère ou de données sur les enzymes hépatiques) et se poursuit jusqu'à 1 semaine après.

L'excrétion du virus est maximale avant le début de l'ictère (ou 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'infection par le VHA confère une immunité permanente.

Depuis 2008, le programme de vaccination contre l'hépatite B en 4^e année du primaire est réalisé avec un vaccin combiné contre l'hépatite B et l'hépatite A.

La vaccination préexposition prévient la maladie dans 95 à 100 % des cas.

En postexposition, l'efficacité de l'administration du vaccin seul, dans les 7 jours après une exposition significative, assure une protection chez 79 % des personnes exposées au virus.

Certaines personnes sont susceptibles de moins bien répondre au vaccin, dont les personnes infectées par le VIH, les personnes atteintes d'une maladie chronique hépatique ou rénale, les immunosupprimés et les receveurs d'organe.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Laboratoire :

- IgM anti-VHA : témoigne d'une infection récente par le VHA;
- IgG anti-VHA : témoigne d'une immunité contre le VHA.

Traitement

◆ Spécifique

- Il n'existe pas de traitement spécifique pour l'hépatite A.
- De façon générale, l'infection se guérit spontanément sans traitement.

◆ De soutien

- Le traitement varie selon les symptômes.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Une enquête est réalisée par la DSP pour tous les cas d'hépatite A.

Si l'infirmière du CLSC est informée d'une situation suspecte de transmission active (ex. : plus d'une personne présente des symptômes) ou d'une situation à risque élevé de transmission (ex. : la personne manipule et prépare des aliments ou travaille dans un service de garde), elle doit communiquer avec la DSP.

Il y a éclosion si 2 cas confirmés et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps ou de personne sont déclarés. On considère aussi qu'il y a un lien épidémiologique lorsque 2 adultes atteints d'hépatite A et provenant de familles différentes ont des enfants qui fréquentent le même service de garde.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.
- Recommander la PPE en conformité avec les recommandations du PIQ.
- Identifier et contrôler une source commune de contamination :
 - service de garde;
 - aliments;
 - eau potable et eau de baignade.
- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l'infirmière du CLSC au besoin.
- Communiquer avec le MAPAQ au besoin.

Mesures de contrôle**◆ Sujet**

- Exclure la personne atteinte jusqu'à 1 semaine après l'apparition de l'ictère ou de la maladie.
- Si le sujet prépare ou manipule des aliments, autoriser son retour au service de garde ou à l'école 1 semaine après le début de l'ictère ou, en l'absence d'ictère, 2 semaines après le début de la maladie. Pour plus de détails, voir : <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Restauration/Qualitedesaliments/Toxiinfectionsaliments/Pages/recommandations.aspx>.
- Recommander d'éviter les activités de baignade en présence de diarrhée.

◆ Contacts

- Une PPE doit être administrée aux personnes réceptives habitant sous le même toit que le sujet et aux contacts sexuels dans un délai de 14 jours après le dernier contact.

- En présence d'un seul cas, considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants et les adultes fréquentant ce service ainsi que les personnes de la maison;
 - Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au même groupe que le sujet;
 - Dans une école primaire ou secondaire : les personnes qui ont partagé des aliments ou des drogues ou qui ont eu un contact sexuel avec le sujet. La décision d'élargir à la classe ou à d'autres individus fréquentant l'école doit être prise au cas par cas en tenant compte du fait que le cas fréquente l'éducation préscolaire (maternelle et pré-maternelle) et en considérant les occasions de partage de nourriture et l'hygiène du milieu.
- En cas d'éclosion, considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants et les adultes fréquentant ce service ainsi que les personnes de la maison. Considérer aussi comme contacts les membres de la famille de tous les enfants qui fréquentent le service de garde;
 - Dans un CPE ou une garderie : tous les enfants et les membres du personnel fréquentant le CPE ou la garderie de même que les familles de tous les enfants;
 - Dans une école primaire ou secondaire : les personnes qui ont partagé des aliments ou des drogues ou qui ont eu un contact sexuel avec le sujet. La décision d'élargir à la classe ou à d'autres groupes fréquentant l'école doit être prise au cas par cas en tenant compte du fait que le cas fréquente l'éducation préscolaire (maternelle et pré-maternelle) et en considérant les occasions de partage de nourriture et l'hygiène du milieu.
- En accord avec la DSP, remettre une lettre explicative aux contacts identifiés :
 - lettre n° 1 en présence d'un seul cas;
 - lettre n° 2 en cas d'éclosion.
- Diriger le contact vers un médecin lorsqu'il présente des symptômes.
- En conformité avec le PIQ :
 - Le vaccin contre l'hépatite A est recommandé à tous les contacts réceptifs identifiés âgés de 6 mois et plus dans un délai de 14 jours depuis la dernière exposition;
 - Les immunoglobulines (Ig) sont recommandées dans un délai de 14 jours depuis la dernière exposition aux contacts réceptifs identifiés âgés de moins de 6 mois et aux contacts qui ne peuvent recevoir le vaccin ou qui pourraient moins bien répondre au vaccin.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments .
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .
	Chapitre 4, section : Port de gants .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'eau .

Suivi

- Surveiller l'apparition de symptômes chez les enfants et les membres du personnel pendant au moins 14 semaines après le dernier cas.
- En service de garde en milieu familial, en CPE et en garderie, le vaccin contre l'hépatite A doit être recommandé à tout nouvel enfant ainsi qu'à tous les nouveaux membres du personnel admis dans les 6 semaines suivant l'apparition du dernier cas.
- Si de nouveaux cas surviennent, prendre en charge les sujets et mettre en place les mesures de contrôle :
 - Réévaluer la situation;
 - Rehausser l'application des mesures d'hygiène;
 - Une visite du milieu peut être recommandée par la DSP.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL (N° 1)**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un test de laboratoire.
- Les MADO doivent toujours être signalées à la DSP afin qu'elle valide la démarche.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de la DSP.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Hépatite A

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Une personne du service de garde ou de l'école a eu un diagnostic d'hépatite A. Cette maladie est causée par un virus qui atteint le foie. Vous trouverez ci-joint de l'information sur cette maladie.

Pour prévenir la maladie et en réduire la transmission, l'administration d'un vaccin peut être recommandée. Nous invitons les personnes qui fréquentent [le service de garde ou groupe scolaire (par exemple, maternelle)] à se faire vacciner contre l'hépatite A, en se présentant à l'adresse suivante : _____.

Le vaccin est gratuit dans ce contexte et il doit être administré rapidement. Certaines personnes peuvent déjà avoir reçu le vaccin, car il est actuellement offert aux élèves en 4^e année du primaire et il est aussi recommandé avant un voyage dans un pays où l'hépatite A circule, comme certaines destinations dans le Sud.

Une personne qui présente une jaunisse ou des symptômes d'hépatite A (voir le document ci-joint) devrait consulter un médecin. Apportez cette lettre lors de la consultation, elle pourra orienter les interventions du médecin. Si des tests sanguins sont faits, la personne devrait rester à la maison en attendant les résultats.

Si le diagnostic d'hépatite A est confirmé, s'il vous plaît, informez-en le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL (N° 2)**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un test de laboratoire.
- Les MADO doivent toujours être signalées à la DSP afin qu'elle valide la démarche.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de la DSP.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Hépatite A

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Des cas d'hépatite A sont présentement signalés au service de garde ou à l'école. Vous trouverez ci-joint de l'information sur cette maladie. Pour prévenir la maladie est en réduire la transmission, nous invitons les personnes qui fréquentent le service de garde ainsi que tous les membres des familles des enfants fréquentant le [service de garde ou groupe scolaire (par exemple, maternelle)] à se faire vacciner contre l'hépatite A, en se présentant à l'adresse suivante : _____.

Le vaccin est gratuit dans ce contexte et il doit être administré rapidement. Certaines personnes peuvent déjà avoir reçu le vaccin, car il est actuellement offert aux élèves en 4^e année du primaire et il est aussi recommandé avant un voyage dans un pays où l'hépatite A circule, comme certaines destinations dans le Sud.

Une personne qui présente une jaunisse ou des symptômes d'hépatite A (voir le document ci-joint) devrait consulter un médecin. Apportez cette lettre lors de la consultation, elle pourra orienter les interventions du médecin. Si des tests sanguins sont faits, la personne devrait rester à la maison en attendant les résultats.

Si le diagnostic d'hépatite A est confirmé, s'il vous plaît, informez-en le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

HÉPATITE A

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS

Qu'est-ce que l'hépatite A?

L'hépatite A est une infection causée par un virus qui s'attaque au foie.

La maladie se manifeste habituellement par de la fièvre, un malaise général, de la fatigue, une perte d'appétit, des nausées, des vomissements et un 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 plupart des enfants d'âge préscolaire n'ont pas de symptômes ou présentent une maladie bénigne. La maladie peut être plus grave et cause plus souvent une jaunisse chez les enfants plus âgés et les adultes.

Comment se transmet-elle?

Le virus est présent dans les selles de la personne malade. Il peut se transmettre par ingestion du virus présent dans de l'eau, des aliments ou des boissons ou sur des objets contaminés (ex. : des jouets). Il peut aussi se transmettre lors de relations sexuelles avec une personne infectée. Les personnes atteintes d'hépatite A qui ne présentent pas de symptômes peuvent quand même transmettre l'infection.

Une personne atteinte est considérée comme contagieuse durant la période où le virus est présent dans ses selles, soit environ 2 semaines avant le début de la jaunisse ou de la maladie, et jusqu'à 1 semaine après. Elle ne doit pas préparer d'aliments ou de boissons pour d'autres personnes, ni donner des soins, ni fréquenter un service de garde.

Comment la détecter?

Des analyses de sang doivent être faites pour confirmer la maladie.

Comment prévenir l'hépatite A?

Le vaccin (pour les personnes âgées de 6 mois et plus) et les immunoglobulines (pour les enfants de moins de 6 mois) sont les moyens les plus efficaces pour éviter de développer la maladie après un contact avec le virus de l'hépatite A.

On peut prévenir la maladie en appliquant des mesures d'hygiène habituelles :

— En se lavant les mains :

- après être allé aux toilettes;
- après avoir changé la couche d'un enfant;
- après avoir aidé un enfant à aller aux toilettes;
- avant de manipuler des aliments;
- après avoir manipulé des œufs, de la viande et de la volaille crus;
- après avoir touché un animal ou son environnement;
- avant de manger.

— En appliquant les règles de sécurité des aliments. Pour ces règles, voir le *Guide du consommateur de l'épicerie à la maison* publié par le MAPAQ : http://www.mapaq.gouv.gc.ca/fr/Publications/MAPAQ_guide_consommateur.pdf.

- En nettoyant et en désinfectant fréquemment les surfaces contaminées, en particulier la table à langer, les toilettes, comptoirs et robinets de la salle de bain, les jouets des enfants.
- En évitant de boire de l'eau à l'occasion de la baignade.

HÉPATITE B

L'hépatite B est une **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'hépatite B est une infection du foie causée par le VHB. À la suite d'une infection aiguë, avec présence de symptômes ou non, le sujet peut guérir de l'infection ou devenir porteur chronique. Toutes les personnes atteintes d'hépatite B, que ce soit une infection aiguë ou chronique, sont contagieuses.

Épidémiologie

Le Canada est un pays de faible endémicité. En effet, on estime que moins de 5 % de la population a un marqueur du virus indiquant une infection actuelle ou ancienne. De plus, moins de 1 % de la population serait porteuse chronique de l'infection et pourrait donc transmettre le virus.

Dans tous les groupes d'âge, l'incidence de l'infection aiguë a grandement diminué au Canada et au Québec depuis l'introduction de programmes de vaccination systématique des enfants et la promotion de la vaccination gratuite auprès des populations à risque. Au Québec, l'incidence des cas aigus a diminué de près de 97 % depuis 1990. Pour sa part, la prévalence de l'infection chronique a diminué de 66 % au Québec entre 1990 et 2013. La diminution a été plus importante chez les 0-9 ans (diminution de 92 %) et chez les 10-19 ans (diminution de 83 %).

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. 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 fraîche¹, de dermatite généralisée, de condition médicale favorisant le saignement ou de comportement agressif. Aux États-Unis, pays de faible endémicité, un seul signalement de transmission du VHB en milieu scolaire primaire a été rapporté, sans exposition reconnue. Par ailleurs, on signale d'autres cas d'enfants ou d'adultes atteints du VHB qui ont fréquenté un service de garde ou une école sans qu'il y ait de transmission, malgré un contact prolongé.

À la suite d'une hépatite B aiguë, avec ou sans symptômes, le risque de devenir porteur chronique est inversement proportionnel à l'âge au moment de l'acquisition de l'infection :

- Nourrissons : 90 %.
- Enfants de moins de 5 ans : 30 %.
- Adultes : < 5 %.

Certaines personnes sont susceptibles de contracter l'hépatite B. Ce sont :

- Les contacts familiaux des personnes infectées.
- Les personnes qui ont de multiples partenaires sexuels.

¹ Une plaie fraîche est une plaie qui a saigné au cours des 24 dernières heures.

- Les personnes qui ont un partenaire sexuel infecté ou à haut risque de l'être.
- Les utilisateurs de drogues par injection ou inhalation.

Certains enfants sont aussi susceptibles d'être infectés. Ce sont :

- Les nouveau-nés dont la mère a souffert d'une hépatite B aiguë au cours du 3^e trimestre de la grossesse ou dont la mère est porteuse chronique. Au cours de la grossesse, le risque de transmission de la mère à son fœtus se situe à moins de 5 %. Lors de l'accouchement, le risque de transmission de la mère à son nouveau-né varie de 10 à 90 % selon la contagiosité de la mère.
- Les bébés âgés de moins de 12 mois qui demeurent sous le même toit qu'une personne atteinte d'une hépatite B aiguë ou chronique ou qui reçoivent des soins principalement d'une telle personne.
- Les enfants qui vivent sous le même toit qu'une personne à risque d'acquisition de l'hépatite B.
- Les enfants dont la famille élargie, provenant de régions où l'endémicité est modérée² ou élevée³, a immigré au Canada et qui risquent d'être exposés à des porteurs du VHB dans leur famille.

Tableau clinique

De 50 à 70 % des adultes et des enfants de plus de 5 ans, de 85 à 95 % des enfants de 1 à 5 ans et jusqu'à 99 % des enfants de moins de 1 an atteints d'hépatite B aiguë n'ont pas de symptômes. Lorsqu'ils sont présents, les symptômes de l'hépatite B aiguë sont de l'anorexie, de la fatigue, une légère fièvre, des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales, un rash et des arthralgies. Environ 25 % des personnes qui ont des symptômes présentent un ictère accompagné de selles pâles et d'urines foncées. Les enfants peuvent aussi présenter des polyartérites, des glomérulonéphrites et de l'anémie aplasique.

Les porteurs chroniques du VHB n'ont habituellement pas de symptômes, mais demeurent contagieux, en général pour le reste de leur vie.

Complications

Moins de 1 % des personnes atteintes d'hépatite B aiguë avec ictère présentent une hépatite fulminante, souvent létale.

Chez les porteurs chroniques, le risque de décéder d'une complication (carcinome hépatocellulaire ou cirrhose) au cours de leur vie est de l'ordre de 15 à 25 %, particulièrement s'ils ont acquis l'infection durant la petite enfance. Ces complications surviennent habituellement après plusieurs décennies d'infection, mais peuvent être trouvées beaucoup plus tôt (première décennie) si l'infection a été acquise durant l'enfance.

² Prévalence de l'infection chronique se situant entre 2 et 8 %; plusieurs pays de la Méditerranée, du Moyen-Orient et du sous-continent indien.

³ Prévalence de l'infection chronique supérieure ou égale à 8 %; plusieurs pays du Sud-Est asiatique et de l'Afrique.

Durée de la maladie

L'hépatite B dure moins de 6 mois pour les cas d'hépatite aiguë qui guérissent. Pour les porteurs chroniques, elle dure généralement toute la vie.

Modes de transmission

La transmission du VHB se fait surtout par contact avec du sang et des sécrétions génitales. Elle peut aussi se faire par contact avec les autres liquides biologiques (la salive, les vomissures, les selles, l'urine, la sueur, les larmes et le lait maternel), à la condition que ces derniers soient visiblement teintés de sang. La transmission se fait :

— Par contact direct lors :

- d'éclaboussures de sang sur des muqueuses (yeux, lèvres, bouche et intérieur du nez);
- de l'accouchement;
- de la grossesse;
- d'une morsure entraînant un bris de peau;
- d'un contact de sang avec des plaies fraîches⁴, de l'eczéma, des gerçures, des abrasions ou de petites coupures souvent inapparentes;
- de relations sexuelles vaginales, anales ou orales.

— Par contact indirect lors :

- d'une piqûre accidentelle avec une aiguille contaminée;
- d'une blessure avec un objet piquant ou tranchant souillé de sang;
- de l'utilisation de drogues par injection ou inhalation s'il y a partage de matériel;
- d'un tatouage ou d'un perçage corporel ou de toute situation où des aiguilles non stériles sont utilisées pour percer la peau;
- de partage de jouets sexuels.

Le VHB ne se transmet pas par les aliments, les sièges des toilettes, les insectes ou un simple contact social comme une accolade ou un jeu.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation de l'hépatite B dure de 30 à 180 jours. Elle est en moyenne de 90 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité persiste tant que le virus est présent dans le sang. Lors d'une hépatite aiguë, elle commence quelques semaines avant les premiers symptômes et se termine de 3 à 6 mois après.

⁴ Une plaie fraîche est une plaie qui a saigné au cours des 24 dernières heures.

Lors d'un état de porteur chronique, le virus est généralement présent dans le sang toute la vie.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter le VHB, sauf les personnes immunes.

Les personnes adéquatement vaccinées selon le calendrier recommandé ainsi que les personnes qui ne sont pas restées porteuses chroniques à la suite d'une hépatite B aiguë sont considérées comme protégées.

Immunité

Les anticorps protecteurs (les anticorps contre l'antigène de surface de l'hépatite B [anti-HBs]) produits à la suite d'une infection aiguë confèrent une immunité permanente.

Actuellement, 2 vaccins monovalents contre l'hépatite B et 1 vaccin combiné contre l'hépatite A et l'hépatite B sont disponibles au Canada. Au Québec, un programme de vaccination contre l'hépatite B en 4^e année du primaire est réalisé depuis 1994. La vaccination des nourrissons contre l'hépatite B dès l'âge de 2 mois est également incluse dans le calendrier vaccinal depuis juin 2013.

De plus, la vaccination préventive est offerte depuis de nombreuses années à plusieurs personnes ayant des facteurs de risque personnels ou professionnels.

La réponse au vaccin varie selon l'âge et l'état de santé de la personne. En général, 95 % des personnes obtiennent des titres d'anticorps protecteurs après la vaccination. La durée de la protection conférée par le vaccin est de plus de 20 ans chez les personnes en bonne santé.

Les HBig sont aussi disponibles. Il peut être indiqué de les administrer conjointement avec le vaccin dans quelques situations, comme chez les bébés nés de mères porteuses du VHB et lors de certaines expositions accidentelles au sang.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique dans le cas de l'hépatite B aiguë chez les personnes qui présentent des symptômes.

— Recherche en laboratoire des principaux marqueurs sérologiques du VHB :

- antigène de surface du virus de l'hépatite B (AgHBs) : indique une infection aiguë ou un état de porteur chronique;
- anticorps contre l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (anti-HBs) : témoigne de l'immunité acquise à la suite de la vaccination ou de l'infection chez les personnes qui ne sont pas restées porteuses chroniques;
- anticorps contre l'antigène de la nucléocapside du VHB (anti-HBc) : est détectable toute la vie, à la suite de l'infection, même chez les personnes qui ne sont pas restées porteuses chroniques;
- immunoglobuline de type M de l'anti-HBc (Anti-HBc IgM) : témoigne d'une hépatite B aiguë;

- antigène e de l'hépatite B (AgHBe) : indique un niveau élevé de réplication virale, donc un niveau élevé de contagiosité.

Traitement

◆ Spécifique

- Il n'existe aucun traitement pour l'hépatite B aiguë.
- Des médicaments antiviraux permettent de traiter certains cas d'hépatite B chronique.

◆ De soutien

- Analgésiques pour la douleur.
- Antipyrétiques au besoin pour la fièvre.

◆ Vaccination

La vaccination contre l'hépatite A des porteurs chroniques de l'hépatite B est recommandée en raison du risque accru qu'ils présentent de faire une hépatite A fulminante s'ils contractent cette dernière infection.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP pour tous les cas d'hépatite B.

Si l'infirmière du CLSC est informée de la présence d'un cas dans le milieu, elle doit communiquer avec la DSP afin de valider le cas et, s'il y a lieu, les interventions à faire.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.
- Recommander la vaccination, la prophylaxie pré-exposition (PPrE) et la PPE en conformité avec les recommandations du PIQ.
- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l'infirmière du CLSC au besoin.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

En service de garde et en milieu scolaire :

- L'hépatite B ne justifie pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).
- Afin de faciliter la prise en charge des expositions accidentelles au sang en service de garde et à l'école, 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. Cependant, aucune pression ne doit être exercée sur le sujet (ou son parent).

◆ Contacts

- Considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : tous les enfants et tous les membres de la maisonnée. Afin qu'une décision individualisée soit prise quant à l'identification des contacts, 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);
 - Dans un CPE ou une garderie : s'il s'agit d'un enfant, tous les enfants et le personnel. Cependant, si le sujet est un travailleur, on ne considère pas les autres travailleurs ni les enfants comme des contacts;
 - Dans une école primaire ou secondaire : aucune identification des contacts n'est justifiée à moins d'une situation exceptionnelle, comme une classe spéciale. Les contacts en milieu scolaire ne sont habituellement pas des contacts significatifs, sauf s'ils sont identifiés comme tels, par exemple s'il s'agit de personnes qui ont eu une relation sexuelle non protégée ou qui ont partagé du matériel d'injection ou d'inhalation de drogues avec le sujet.
- Diriger vers un médecin les contacts identifiés présentant des symptômes.
- L'exclusion des contacts n'est pas indiquée.
- Aucune mesure n'est à prendre pour les contacts considérés comme protégés.
- En accord avec la DSP :
 - Recommander le vaccin à tous les contacts identifiés et non protégés;
 - Remettre une lettre à tous les contacts en service de garde. En milieu scolaire, envisager l'envoi d'une lettre aux parents si la situation l'exige;
 - Une rencontre d'information peut être envisagée si la situation l'exige.
- En cas de morsure avec bris de peau ou en cas d'exposition accidentelle au sang tant en service de garde qu'en milieu scolaire, voir le chapitre 5, section *Contact avec le sang et les liquides biologiques*.

Pour plus d'information sur le vaccin contre l'hépatite B, voir le PIQ : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/piq_complet.pdf.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, sections : <ul style="list-style-type: none"> — Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux : Objets souillés de sang et autres liquides biologiques (incluant instruments de musique). — Brossage de dents. — Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments: Administration du lait maternel et des préparations commerciales pour nourrissons. Chapitre 5, section : <i>Contacts avec le sang et les liquides biologiques</i> .
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .
	Chapitre 4, section : Port de gants , si risque d'exposition au sang.

Suivi

Offrir le soutien nécessaire selon les besoins du milieu.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL (N° 1)**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un test de laboratoire.
- Les MADO doivent toujours être signalées à la DSP afin qu'elle valide la démarche.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de la DSP.

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Hépatite B

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Actuellement, au service de garde, un enfant est atteint 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 de 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 très 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 en présence de sang.

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 aux bébés depuis 2013 et à tous les enfants en 4^e année du primaire depuis 1994. Étant donné la présence d'une personne atteinte d'hépatite B au service de garde, nous vous recommandons de faire vacciner votre enfant dès maintenant contre l'hépatite B si ce n'est déjà fait.

... 2

Pour toute question, 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 : _____

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL (N° 2)**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un test de laboratoire.
- Les MADO doivent toujours être signalées à la DSP afin qu'elle valide la démarche.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de la DSP.

Date : _____

École : _____

Objet : Hépatite B

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Actuellement, dans la classe de votre enfant, 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 de 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 milieu scolaire, le risque de transmission est très 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 en présence de sang.

Toutes les mesures pour éviter le contact avec du sang ou le partage de brosses à dents sont déjà appliquées à l'école; elles font partie des mesures de prévention de routine.

Il existe un vaccin contre l'hépatite B qui est administré gratuitement aux bébés depuis 2013 et à tous les enfants en 4^e année du primaire depuis 1994. Étant donné la présence d'une personne atteinte d'hépatite B dans la classe de votre enfant, nous vous recommandons de le faire vacciner dès maintenant contre l'hépatite B si ce n'est déjà fait.

... 2

Pour toute question, vous pouvez communiquer avec _____ ou vous présenter à l'école le _____ : une séance d'information y sera donnée.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

HÉPATITE C

L'hépatite C est une **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'hépatite C est une infection du foie causée par le VHC. Il existe plusieurs génotypes du VHC. À la suite d'une infection par le VHC, avec présence de symptômes ou non, le sujet peut guérir de l'infection ou développer une infection chronique (infection qui persiste plus de 6 mois). Toutes les personnes atteintes d'hépatite C, que ce soit une infection aiguë ou chronique, sont contagieuses.

Épidémiologie

Au Canada, en 2011, on estimait qu'aux alentours de 230 000 personnes, soit environ 0,7 % de la population, étaient infectées par le VHC. Parmi celles-ci, 44 % ignoraient qu'elles étaient infectées. Les enfants sont moins souvent atteints.

La majorité des enfants infectés par le VHC l'ont été lors de l'accouchement (risque estimé de 3 à 5 %) ou durant la grossesse. La transmission peut atteindre 36 % si la mère est co-infectée par le VIH ou si elle a une charge virale élevée. La séroprévalence est aussi plus élevée chez les enfants adoptés ou réfugiés.

La transmission du VHC lors de l'allaitement maternel n'a pas été démontrée.

Un enfant infecté par le VHC ne peut pas transmettre son infection par les contacts de la vie quotidienne, que ce soit à l'école ou dans les services de garde. Aucun cas de transmission du VHC n'a été rapporté dans les services de garde. La transmission à une personne vivant sous le même toit que le sujet est très rare.

Les utilisateurs de drogues par injection représentent de 70 à 80 % de tous les cas d'hépatite C au Canada. Aux États-Unis, 33 % des jeunes utilisateurs de drogues par injection sont infectés par le VHC.

Sont plus à risque d'être infectés par le VHC :

- Les utilisateurs de drogues par injection et les utilisateurs de drogues par inhalation.
- Les personnes originaires de pays où la prévalence du VHC est élevée (Afrique et Moyen-Orient).
- Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et vivant avec le VIH.
- Les enfants de mères connues infectées par le VHC.
- Les personnes ayant reçu des produits sanguins avant le 1^{er} janvier 1986.

Tableau clinique

L'hépatite C aiguë est asymptomatique dans 80 % des cas, particulièrement chez les enfants. Elle se manifeste aussi par des symptômes non spécifiques comme la fatigue, l'anorexie, des nausées, une douleur à l'hypocondre droit ou des malaises généraux. Rarement, il y a présence d'ictère. Une hépatite C aiguë entraîne rarement une hépatite fulminante.

Environ 75 % des personnes infectées développeront une infection chronique du foie. Le risque de développer une infection chronique est plus grand (80 %) si l'infection s'est produite durant la période périnatale. L'infection chronique est généralement asymptomatique. Elle peut aussi se manifester par de la fatigue persistante ou intermittente ou un malaise général.

Complications

Chez 5 à 20 % des cas, l'hépatite C chronique peut entraîner une cirrhose, une insuffisance hépatique ou un cancer primaire du foie. Ces complications surviennent après plus de 20 ans d'évolution de la maladie et sont rares chez l'enfant.

Les enfants les plus à risque de complications sont ceux atteints d'un cancer, de thalassémie et d'une co-infection par le VIH.

Durée de la maladie

Une hépatite C aiguë dure, en moyenne, de 2 à 12 semaines. Les symptômes disparaissent graduellement chez la majorité des patients présentant des symptômes.

Une hépatite C chronique peut durer toute la vie, surtout si aucun traitement n'est administré.

Modes de transmission

Le VHC se transmet par contact avec le virus contenu dans du sang ou tout liquide biologique teinté de sang :

- Par contact direct, par exemple lors de l'accouchement, par contact transplacentaire (de la mère à son fœtus durant la grossesse) ou lors d'une exposition accidentelle d'une muqueuse ou d'une plaie.
- Par contact indirect, par exemple lors de la transmission du virus par une aiguille ou du matériel contaminé par le sang.
- Par véhicule commun, par exemple lors de l'utilisation de matériel réutilisé non adéquatement stérilisé comme les pailles pour inhaler de la cocaïne, les pipes à crack ou le matériel de tatouage.

Le contact du sang avec une peau saine n'est pas un mode de transmission du VHC. Afin d'être transmis, le VHC présent dans le sang doit être inoculé par voie percutanée (ex. : piqûre contaminée) ou être en contact avec une muqueuse (ex. : nez, œil, bouche) ou une plaie cutanée.

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.).

Dans les services de garde et les écoles, 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 VHC si elles ne sont pas visiblement teintées de sang.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation dure de 2 semaines à 6 mois, mais elle est en moyenne de 6 à 9 semaines.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que le VHC est présent dans le sang, même si la personne est asymptomatique. Elle débute de 1 à 2 semaines après l'exposition et précède l'apparition des symptômes et la détection des anticorps anti-VHC.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'hépatite C.

Immunité

L'infection par le VHC ne confère pas d'immunité. La présence d'anticorps n'est pas protectrice.

Les réinfections sont possibles.

Il n'existe aucun vaccin contre l'hépatite C.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Dépistage selon les facteurs de risque ou lors d'une exposition à du sang ou à un liquide biologique teinté de sang.

— Investigations :

- Sérologie anti-VHC. La sérologie anti-VHC reste positive toute la vie. Ce test n'est pas valide chez les enfants de moins de 18 mois en raison de la présence possible des anticorps maternels;
- Détection de l'ARN du VHC par des TAAN. La présence de l'ARN du VHC est une preuve d'infection active.

Traitement

◆ Spécifique

- Un traitement antiviral peut être recommandé en cas d'infection aiguë ou chronique.
- Le traitement antiviral n'est pas recommandé chez un enfant de moins de 3 ans.

◆ De soutien

Aucun.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Une enquête est réalisée par la DSP pour tous les cas d'hépatite C.

Aucune loi n'oblige une personne atteinte ou un parent à divulguer son état sérologique ou celui de son enfant. Le cas échéant, le droit de l'enfant et de ses parents à la confidentialité doit être respecté.

Mesures de contrôle**◆ Sujet**

Ne pas exclure le sujet.

Recommander la vaccination : la vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B diminue le risque d'une hépatite fulminante si la personne atteinte d'hépatite C contracte l'hépatite A ou l'hépatite B (voir le [PIQ](#) et la section [Enfants immunosupprimés](#) au chapitre 5).

◆ Contacts

Considérer comme contacts les personnes ayant eu une exposition significative à du sang (voir le [chapitre 5](#), section *Contacts avec le sang et les liquides biologiques*). Dans un tel cas, diriger immédiatement la personne exposée vers l'urgence d'un centre hospitalier afin qu'elle puisse recevoir une prophylaxie postexposition si nécessaire.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	<p>Chapitre 4, sections :</p> <ul style="list-style-type: none"> — Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux : Objets souillés de sang et autres liquides biologiques (incluant instruments de musique). — Brossage de dents. — Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments: Administration du lait maternel et des préparations commerciales pour nourrissons. <p>Chapitre 5, section : <i>Contacts avec le sang et les liquides biologiques</i>.</p>
	<p>Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires.</p>
	<p>Chapitre 4, section : Port de gants, si risque d'exposition au sang.</p>

Suivi

Aucun.

HERPÈS SIMPLEX (INFECTIONS À)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Les infections herpétiques peuvent être causées par le virus herpès simplex du type 1 ou du type 2.

Les infections herpétiques sont nombreuses : gingivostomatite, herpès labial (feux sauvages), herpès cutané, panaris herpétique, infections de l'œil, et, surtout chez les nouveau-nés, encéphalite et infections disséminées. Le virus herpès simplex peut également causer l'herpès génital, mais il n'en sera pas question dans cette section.

Les infections herpétiques extragénitales sont majoritairement causées par le virus herpès simplex de type 1.

Après une primo-infection, le virus demeure sous forme latente et peut donner lieu à des récurrences.

Le virus survit 2 heures sur la peau, 3 heures sur les vêtements et 4 heures sur les surfaces non poreuses.

Épidémiologie

Aux États-Unis, la prévalence de l'herpès du type 1 est de 26,3 % chez les enfants âgés de 6 à 7 ans, de 36,1 % chez les enfants âgés de 12 à 13 ans et de 90 % chez les personnes âgées de plus de 70 ans.

De 70 à 90 % des adultes ont des anticorps contre le virus herpès simplex du type 1.

Les enfants fréquentant un service de garde peuvent présenter un taux plus élevé d'herpès du type 1. La primo-infection se produit surtout avant l'âge de 5 ans.

Tableau clinique

Les signes et les symptômes de l'herpès primaire causé par le virus herpès simplex sont variables. Cette maladie peut être asymptomatique, surtout chez les enfants.

La gingivostomatite est la plus commune des manifestations cliniques de l'herpès simplex. Elle se caractérise 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 peut être excrété de façon intermittente dans la salive pendant plusieurs années après l'infection, même en l'absence de manifestations cliniques. Les infections récurrentes se présentent sous la forme de bouquets de vésicules sur base érythémateuse à la région péribuccale (feux sauvages). Certains facteurs peuvent provoquer ces récurrences : fièvre, changements physiologiques, infections, différentes formes de traumatismes, surexposition au soleil, stress, etc.

L'encéphalite, la conjonctivite, la kératite et le panaris herpétique sont d'autres manifestations cliniques possibles.

Complications

L'herpès causé par le virus herpès simplex peut entraîner les complications suivantes :

- Déshydratation.
- Atteintes neurologiques permanentes dans le cas d'une encéphalite.
- Cécité dans le cas d'une atteinte ophtalmique.
- Eczéma herpétiforme.

Les personnes les plus à risque de manifestations graves de la maladie ou de complications sont les enfants âgés de moins de 1 mois et les personnes ayant de l'eczéma étendu, une dermatite ou un état d'immunosuppression.

Durée de la maladie

L'herpès causé par le virus herpès simplex dure en moyenne de 5 à 14 jours pour la primo-infection. Les récurrences sont de plus courte durée.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec les lésions ou la salive d'une personne infectée, avec ou sans lésions actives :

- Par contact direct.
- Par contact indirect.
- Par auto-inoculation à l'aide des doigts en contact avec une lésion d'herpès.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation pour l'herpès primaire dure de 2 à 12 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité est variable.

Pour la primo-infection, le virus herpès simplex est habituellement excrété dans la salive et par les lésions au moins pendant 1 semaine et, occasionnellement, pendant plusieurs mois. Par la suite, le virus est en période de latence pour la vie.

Des réactivations surviennent périodiquement et sont associées à un risque de transmission du virus. Lors des récurrences symptomatiques, la quantité maximale du virus herpès simplex est présente dans les 24 premières heures et a généralement disparu après 5 jours.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de faire une infection causée par l'herpès simplex.

Immunité

L'infection par le virus herpès simplex peut être suivie de récurrences, malgré la présence d'anticorps circulants.

Il n'existe aucun vaccin contre l'herpès simplex.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations :

- culture virale;
- détection d'antigènes sur frottis des lésions (IFA);
- TAAN.

Traitement**◆ Spécifique**

- Antiviraux.
- Évaluation en ophtalmologie lors d'atteinte ophtalmique.

◆ Chimio prophylaxie

- Traitement suppressif parfois recommandé lors d'infections récidivantes fréquentes.

◆ De soutien

- Analgésique pour la douleur.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Diète molle non irritante (le lait et les jus de fruits non citrins sont habituellement bien tolérés).

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Identifier les contacts.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- Une infection à herpès simplex ne justifie habituellement pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#). Toutefois, il est recommandé d'exclure en cas de gingivostomatite (primoinfection) chez un enfant qui n'est pas en mesure de contrôler ses sécrétions orales (salive).
- 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.
- En présence de lésions cutanées, couvrir les lésions, si possible, afin de diminuer le risque de transmission.
- Exclure le sujet des sports de contact (lutte, boxe, football, soccer, rugby) jusqu'à ce que les lésions soient sèches et croûteuses.
- Recommander aux membres du personnel qui ont des lésions herpétiques au visage de les couvrir, plus particulièrement s'ils s'occupent d'enfants de moins de 1 mois ou d'enfants immunosupprimés.
- Demander aux membres du personnel qui ont des lésions actives herpétiques sur les mains (panaris herpétique) de les couvrir, d'avoir une bonne hygiène des mains et de porter des gants. Envisager d'exclure le travailleur s'il est en contact avec des enfants âgés de moins de 1 mois ou des enfants immunosupprimés.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial, le personnel et les enfants du milieu de garde;
 - Dans un CPE ou une garderie, le personnel et les enfants du même groupe;
 - Dans une école primaire, le personnel, les enfants de la même classe et les enfants ayant partagé les mêmes activités.
 - Dans une école secondaire, les contacts devront être identifiés au cas par cas en fonction des types de contacts, en recherchant les contacts sexuels et les activités qui favorisent la transmission (ex. : activités sportives).
- Si possible, remettre une lettre aux personnes à risque de complications (les enfants âgés de moins de 1 mois et les personnes ayant de l'eczéma étendu, une dermatite ou un état d'immunosuppression).

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Port de gants .

Suivi

Aucun.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CSSS volet CLSC.

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Herpès simplex de la bouche ou de la peau

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Une personne du service de garde ou le l'école a eu un diagnostic d'herpès simplex. Cette maladie virale 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 difficultés à s'alimenter.

Les enfants de moins de 1 mois et les personnes ayant de l'eczéma étendu, une dermatite ou un état d'immunosuppression sont plus à risque de souffrir de complications de cette infection.

Les personnes qui présentent les symptômes de cette infection devraient consulter un médecin ou le CLSC; un traitement pourrait être recommandé.

Apporter cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

***LISTERIA MONOCYTOGENES* (INFECTION INVASIVE À)**

L'infection invasive à *Listeria monocytogenes* est une **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La *Listeria monocytogenes* est une bactérie. L'infection invasive à *Listeria monocytogenes*, ou listériose invasive, est une infection bactérienne rare qui se manifeste le plus souvent par une méningo-encéphalite ou une septicémie et une atteinte du fœtus lorsqu'elle survient chez la femme enceinte.

Épidémiologie

La *Listeria monocytogenes* est très répandue dans la nature et peut se trouver dans le sol et l'eau, en plus de faire partie de la flore fécale de nombreux mammifères. Elle peut être isolée chez 5 % des adultes en bonne santé.

De très nombreux aliments peuvent être contaminés par cette bactérie, en particulier le lait non pasteurisé, le fromage, les légumes et les fruits. La bactérie se trouve également dans la viande, principalement le poulet et le bœuf, surtout lorsque la viande a été transformée, par exemple sous forme de saucisses, de viandes froides ou de pâtés. Contrairement à plusieurs pathogènes, la *Listeria monocytogenes* est capable de se multiplier à des températures froides (de 4 à 10 °C), ce qui explique en partie sa persistance dans les aliments.

Les infections à *Listeria monocytogenes* peuvent survenir de façon sporadique (95 % des infections) ou dans le cadre d'une éclosion. Au Québec, une éclosion causée par la contamination de fromage pasteurisé est survenue en 2008; 38 cas furent confirmés, dont 14 chez des femmes enceintes et 2 chez des nouveau-nés. Depuis, environ 50 cas de listériose invasive sont déclarés au Québec chaque année. En 2011, aux États-Unis, une éclosion associée à la consommation de cantaloup contaminé a atteint 28 États, entraînant 38 décès.

La listériose invasive est une maladie qui atteint principalement les nouveau-nés, les femmes enceintes, les personnes âgées et les personnes immunosupprimées.

Tableau clinique

La présentation de la listériose invasive varie en fonction de la présence ou non de facteurs de risque.

Chez la femme enceinte, l'infection survient le plus souvent au troisième trimestre. En raison d'une altération de l'immunité cellulaire durant la grossesse, les femmes enceintes sont à risque de faire une bactériémie, parfois asymptomatique, à la suite de laquelle la bactérie se multiplie de façon préférentielle dans le placenta. L'infection maternelle n'entraîne pas systématiquement une infection du fœtus. Cependant, quand celle-ci survient, il existe un risque important de mort in utero, d'avortement spontané, d'accouchement prématuré ou d'une atteinte généralisée du nouveau-né.

Chez le nouveau-né, la septicémie et la méningite sont les présentations les plus fréquentes. Deux formes d'infection sont reconnues chez le nouveau-né :

- La forme précoce (7 premiers jours de vie) peut entraîner une naissance prématurée, une pneumonie, une septicémie et une méningite. Dans sa présentation la plus grave, l'infection est associée à une éruption érythémateuse papulaire (*granulomatosis infantisepticum*).
- La forme tardive (1 semaine ou plus après la naissance) entraîne habituellement une méningite.

Chez les personnes âgées ou immunosupprimées, la bactérie cause généralement des méningites, des encéphalites, des abcès cérébraux et, plus rarement, des endocardites.

Chez les individus sans facteur de risque, l'infection par *Listeria monocytogenes* est souvent asymptomatique et peut causer des symptômes de gastroentérite ou entraîner une bactériémie (fièvre, myalgies et céphalées) accompagnée ou non de gastroentérite. L'épisode est le plus souvent bénin.

Complications

La listériose invasive peut entraîner des complications graves, également observées dans plusieurs autres infections bactériennes, telles que la coagulation intravasculaire disséminée, le syndrome de détresse respiratoire et l'insuffisance rénale aiguë.

Durée de la maladie

La durée de la listériose invasive est variable.

Modes de transmission

La transmission se fait par ingestion de la bactérie ou par transmission de la mère à l'enfant :

- Par véhicule commun : la listériose se transmet dans 99 % des cas par ingestion d'aliments contaminés.
- Par contact direct : la listériose se transmet de la mère à l'enfant par le placenta ou lors de l'accouchement.
- Par contact indirect : bien qu'elle soit décrite, la transmission par contact indirect est excessivement rare.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation est variable. Elle est typiquement de 2 à 3 semaines et peut s'étendre jusqu'à 70 jours.

Période de contagiosité

La bactérie ne se transmet pas d'une personne à l'autre, sauf dans des circonstances exceptionnelles.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de faire une infection causée par la *Listeria monocytogenes*.

Immunité

L'infection invasive à *Listeria monocytogenes* ne confère pas d'immunité.

Il n'existe aucun vaccin contre la listériose.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations :

- laboratoire (culture de sang, de LCR, de placenta, de liquide amniotique et d'autres liquides biologiques et tissus). La culture de selles ne contribue pas au diagnostic, car la bactérie n'est pas recherchée dans ce spécimen par le laboratoire;
- imagerie cérébrale.

Traitement

◆ Spécifique

Antibiothérapie par voie parentérale.

◆ De soutien

- Analgésique pour la douleur.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Des soins spécialisés d'urgence et intensifs peuvent être nécessaires dans certains cas.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP pour tous les cas d'infection invasive à *Listeria monocytogenes*.

Si l'infirmière du CLSC est informée d'une situation suspecte de transmission active (ex. : plus d'une personne présente des symptômes), elle doit communiquer avec la DSP.

Il y a écloison si 2 cas confirmés et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps ou de personne sont déclarés.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.
- Identifier et contrôler une source commune de contamination, c'est-à-dire les aliments communs. Cependant, il peut être difficile d'identifier une source précise étant donné la période d'incubation relativement longue et la difficulté à se rappeler les aliments consommés.
- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l'infirmière du CLSC au besoin. Informer les contacts afin de leur permettre de mieux agir en cas de maladie et afin de renforcer les mesures de prévention, dont la sécurité alimentaire et l'hygiène des aliments, pour les personnes à risque (femmes enceintes, nouveau-nés, personnes immunosupprimées et personnes âgées).
- Communiquer avec le MAPAQ au besoin.

Mesures de contrôle

◆ **Sujet**

Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).

◆ **Contacts**

- Considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial, un CPE ou une garderie : les enfants et les adultes fréquentant ce service ainsi que les personnes de la maison;
 - Dans une école primaire ou secondaire : les personnes identifiées au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec le sujet.
- En accord avec la DSP, remettre une lettre explicative aux contacts identifiés.
- Diriger le contact vers un médecin lorsqu'il présente des symptômes pour évaluation médicale et investigation, en particulier les personnes à risque.

Mesures d'hygiène et environnement

Les mesures les plus importantes pour prévenir les infections à *Listeria monocytogenes* sont l'adoption de méthodes sécuritaires de conservation et de préparation des aliments ainsi que la non-consommation d'aliments susceptibles d'être contaminés par la bactérie par les personnes à risque.

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments .
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .

Suivi

- Surveiller l'apparition de symptômes chez les enfants et les membres du personnel.
- Si de nouveaux cas surviennent, prendre en charge les sujets et mettre en place les mesures de contrôle :
 - Réévaluer la situation;
 - Rehausser l'application des mesures d'hygiène.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un test de laboratoire.
- Les MADO doivent toujours être signalées à la DSP afin qu'elle valide la démarche.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de la DSP.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Listériose

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Une personne fréquentant le service de garde ou l'école a reçu un diagnostic de listériose. Cette maladie est causée par une bactérie qui est généralement transmise par les aliments. Le plus souvent, elle ne donne aucun symptôme, mais chez certaines personnes à risque, comme les femmes enceintes, les nouveau-nés, les personnes immunosupprimées et les personnes âgées, elle peut entraîner une infection plus grave. Les femmes enceintes peuvent transmettre l'infection à leur fœtus durant la grossesse et à leur nouveau-né lors de l'accouchement.

En présence de symptômes d'une gastroentérite, surveillez l'apparition de fièvre. Les personnes qui présentent de la fièvre (avec ou sans symptômes de gastroentérite) devraient consulter un médecin.

Apportez cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin. Si des tests sont faits et confirment le diagnostic de listériose, s'il vous plaît, informez-en le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

MALADIE DE LYME (INFECTION À *BORRELIA BURGDORFERI*)

La maladie de Lyme est une **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 principalement par une piqûre de la tique à pattes noires (*Ixodes scapularis*).

Épidémiologie

Pour contracter l'infection, il faut avoir été piqué par une tique infectée par la bactérie *B. burgdorferi*. Le risque de contracter la maladie est plus élevé dans les régions où des populations de tiques vivent et se reproduisent. Les individus travaillant à l'extérieur et ceux pratiquant des activités de plein air en milieux boisés (chasse, pêche, randonnée, etc.) sont plus à risque d'être piqués par une tique.

La maladie de Lyme a été décrite pour la première fois aux États-Unis en 1977. C'est en 2008 que le premier cas contracté au Québec a été déclaré. Depuis, la maladie est en émergence. En effet, de 2011 à 2013, le nombre de cas annuels au Québec est passé de 32 à 141, et la proportion de cas acquis au Québec a progressé de 16 % à 50 %. Cette augmentation du nombre de cas déclarés s'explique principalement par le fait que la tique s'est installée au Québec et par une augmentation des activités de surveillance au cours des dernières années.

La majorité des cas sont déclarés entre juillet et octobre, mais il est possible de contracter la maladie dès le dégel.

Les zones du Québec où des populations d'*I. scapularis* se sont installées sont illustrées à l'adresse suivante : <https://www.inspq.gc.ca/zooses/maladie-de-lyme>. Toutefois, on estime que la distribution d'*I. scapularis* augmentera dans les années à venir. De plus, la maladie de Lyme est endémique dans la plupart des États du nord-est des États-Unis, dans les régions du sud du Manitoba, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique ainsi que dans certaines régions du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse.

Tableau clinique

Certains patients peuvent être asymptomatiques. Toutefois, la majorité des personnes infectées auront des symptômes.

Trois stades cliniques de la maladie sont décrits. Leur évolution varie d'un individu à l'autre. Ces trois stades sont :

- L'infection précoce localisée. Elle se caractérise dans 60 % à 80 % des cas par l'apparition de l'érythème migrant, qui est une lésion cutanée érythémateuse d'au moins 5 cm¹ et qui se manifeste le plus fréquemment de 7 à 14 jours après la piqûre de la tique. Toutefois, la période peut s'étendre de 3 à 30 jours. La lésion peut prendre plusieurs formes (circulaire, ovale, triangulaire, annulaire ou en cible) et, généralement, elle n'est pas associée à d'autres symptômes tels qu'une sensation de brûlure, de la douleur, du prurit ou de l'inconfort. Même sans traitement, l'érythème migrant disparaît sur une période allant de quelques jours à quelques semaines. L'infection précoce localisée peut aussi se manifester par des symptômes généraux tels que la fatigue, des myalgies, des arthralgies, des céphalées, une raideur de la nuque, une perte d'appétit, de la fièvre, une photophobie, des nausées, des dysesthésies et des lymphadénopathies.
- L'infection précoce disséminée (moins de 3 mois). Elle peut survenir de quelques semaines à quelques mois après la piqûre chez un patient non traité. Les symptômes les plus fréquents sont l'érythème migrant multiple (peut être présent sur tout le corps et évoluer par poussées), des myalgies ou des arthralgies, de brefs épisodes d'arthrite, la névrite crânienne, dont la paralysie de Bell, la méningite ou neuropathie périphérique, le bloc auriculo-ventriculaire et la myocardite.
- L'infection tardive persistante (plus de 3 mois). Elle peut survenir plusieurs mois ou quelques années après l'infection initiale non traitée. Les manifestations cliniques principales sont l'arthrite et des atteintes neurologiques possibles (polynévrite, polyradiculopathie, forme frustre d'encéphalomyélite).

Complications

Si l'infection n'est pas traitée, les symptômes peuvent durer des mois (voir le tableau clinique). Certains patients peuvent présenter des symptômes d'arthrite réfractaire (les enfants semblent moins sujets à cette complication). Toutefois, à la suite d'un traitement précoce adéquat, les séquelles à long terme sont peu probables.

Durée de la maladie

Sans traitement, les stades peuvent se succéder. Il est aussi possible que les symptômes disparaissent spontanément, mais des récurrences sont alors fréquentes.

Modes de transmission

La transmission de la bactérie *B. burgdorferi* se fait par vecteur lors de piqûre par une tique infectée.

Le risque de contracter la maladie de Lyme après la piqûre d'une tique infectée semble faible (de moins de 1 % à 6 %). Ce risque est principalement lié à la période pendant laquelle la tique reste accrochée, qui peut aller de 3 à 7 jours si elle n'est pas retirée. En effet, le risque de transmission est très faible avant 24 heures et augmente progressivement par la suite.

1 L'érythème migrant doit être distingué des réactions d'hypersensibilité à la piqûre de tique, qui ont généralement un diamètre inférieur à 5 cm et commencent habituellement à s'estomper au bout de 24 à 48 heures. D'autres manifestations dermatologiques sont possibles aux stades de l'infection précoce disséminée et de l'infection tardive persistante.

Pour plus de détails concernant les modes de transmission, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation est le plus souvent de 7 à 14 jours après la piqûre de la tique. Toutefois, la période peut s'étendre de 3 à 30 jours.

Période de contagiosité

Il n'y a pas de transmission interhumaine.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'infection.

Immunité

L'infection ne confère aucune immunité.

Aucun vaccin n'existe pour le moment.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique et séjour dans une région endémique ou une région à risque (<https://www.inspq.qc.ca/zooses/maladie-de-lyme>), même sans souvenir de piqûre de tique.

— Investigations :

- analyse sérologique;
- TAAN : cette méthode est plus rarement utilisée.

Traitement

◆ Spécifique

Antibiotique.

◆ Chimio prophylaxie

La prescription d'un antibiotique en prophylaxie après une piqûre de tique survenue au Québec peut être recommandée selon la région géographique où est survenue la piqûre de tique. Aussi, après une exposition dans une zone d'endémie aux États-Unis, en Europe ou ailleurs au Canada, une prophylaxie pourrait être envisagée. Pour plus de détails, voir www.sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/maladie-de-lyme/ ou consulter Info-santé 8-1-1.

◆ De soutien

Le traitement varie selon les symptômes.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Une enquête est réalisée par la DSP pour tous les cas confirmés de maladie de Lyme. L'enquête sert aux fins de surveillance épidémiologique. Excepté les mesures de prévention mentionnées dans la section [Piqûre de tique](#) au chapitre 5, aucune intervention n'est nécessaire.

Mesures de contrôle**◆ Sujet**

- La maladie de Lyme ne justifie pas le retrait. Exclure le sujet en fonction des critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).
- Si une tique est repérée sur la peau, voir le chapitre 5, section [Piqûre de tique](#).

◆ Contacts

Étant donné qu'il n'y a pas de transmission interhumaine, la notion de contacts ne s'applique pas.

Mesures d'hygiène et environnement

Voir le chapitre 5, section [Piqûre de tique](#).

Suivi

Aucun.

MÉNINGOCOQUE (INFECTION INVASIVE À)

Les infections invasives à méningocoque sont des **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Les infections invasives à méningocoque sont des infections causées par la bactérie *Neisseria meningitidis*. Il existe plusieurs sérogroupes de *Neisseria meningitidis*.

En général, on considère qu'il s'agit d'une infection invasive dès que le méningocoque est isolé d'un site normalement stérile comme le sang, le LCR, le liquide pleural et le liquide articulaire.

Les infections invasives à méningocoque comprennent principalement la méningite, la méningococcémie et, moins fréquemment, la pneumonie et l'arthrite septique.

Épidémiologie

Les méningocoques les plus fréquents sont ceux de sérogroupes A, B, C, Y et W-135.

La fréquence des infections à méningocoque varie selon la période de l'année, l'âge et le lieu géographique.

Au Québec, le vaccin contre le méningocoque de séro groupe C a été ajouté au calendrier régulier de vaccination en 2002, ce qui a pratiquement permis l'élimination des cas d'infections causées par ce séro groupe. Maintenant, la grande majorité des méningocoques qui circulent sont de séro groupe B.

Les sérogroupes A et W-135 sont répandus en Afrique subsaharienne. Le séro groupe W-135 est particulièrement associé à la période du pèlerinage à La Mecque en Arabie Saoudite.

Les enfants de moins de 2 ans et les jeunes adultes sont plus souvent atteints.

De 5 % à 10 % des individus en santé sont porteurs du méningocoque.

Certaines conditions médicales augmentent le risque de faire la maladie et le calendrier d'immunisation doit être ajusté en conséquence. Pour plus de détails, voir le PIQ, [section 9.8](#).

Tableau clinique

L'infection invasive à méningocoque se présente habituellement par une méningococcémie, une méningite ou les deux.

Les signes et symptômes de la méningite débutent classiquement de façon soudaine, avec de la fièvre ainsi qu'une irritation méningée se manifestant par des céphalées, une raideur de la nuque, des nausées et des vomissements. Chez les jeunes enfants, le tableau est moins spécifique, avec malaise, irritabilité, altération de l'état de conscience, hypotonie et anorexie.

La méningococcémie se manifeste par de la fièvre, une atteinte marquée de l'état général et une éruption cutanée habituellement pétéchiale, parfois maculopapulaire. La progression de la maladie est souvent rapide et importante.

La forme grave de la septicémie à méningocoque entraîne un purpura fulminans. Celui-ci se manifeste principalement par une éruption cutanée caractéristique causant des lésions pétéchiales ou purpuriques étendues et multiples avec signes d'ischémie périphérique (nécrose de la peau, des tissus). Le purpura fulminans s'accompagne également d'un état de choc et d'une coagulation intravasculaire disséminée.

Complications

L'infection invasive à méningocoque peut entraîner les complications suivantes : une surdité, des atteintes neurologiques, une ou des amputations, principalement des membres, des cicatrices cutanées et le décès.

Durée de la maladie

La durée de l'infection invasive à méningocoque varie selon la réponse au traitement.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec les sécrétions respiratoires :

- Par contact direct.
- Par projection de gouttelettes.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation est de 1 à 10 jours, mais elle est le plus souvent de moins de 4 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité commence 7 jours avant l'apparition des symptômes de la maladie et se poursuit jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement efficace.

Réceptivité

Les personnes vaccinées sont considérées comme protégées contre les maladies causées par les sérogroupes inclus dans chacun de ces vaccins, si le nombre de doses à administrer a été respecté. Pour plus de détails, consulter le PIQ, [section 10.3](#).

Immunité

L'infection par l'agent ne confère pas d'immunité permanente.

Le vaccin contre le méningocoque de séro groupe C est inclus dans le calendrier régulier de vaccination.

Un vaccin quadrivalent contre les sérogroupe A, C, Y et W-135 ainsi qu'un vaccin contre le méningocoque de sérogroupe B sont disponibles. Pour connaître les indications de vaccination, consulter le PIQ, [section 10.3](#).

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations :

- laboratoire : hémocultures, culture de LCR et autres sites stériles, TAAN;
- plusieurs investigations spécialisées peuvent être nécessaires (ex. : tomodensitométrie, IRM et autres).

Traitement

◆ Spécifique

Antibiotiques.

◆ De soutien

Des soins spécialisés en unité de soins intensifs sont habituellement nécessaires.

◆ Vaccination

Habituellement, le sujet n'a pas à être vacciné, sauf s'il est à risque accru d'infections invasives à méningocoque.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP pour tous les cas d'infections invasives à méningocoque.

Toute intervention concernant un cas ou une éclosion d'infections invasives à méningocoque doit être faite par la DSP.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identification des contacts.
- Administration de chimioprophylaxie et de vaccins.
- Surveillance des contacts.
- Recommandation des mesures à mettre en place et communication avec l'infirmière du CLSC au besoin.

Mesures de contrôle◆ **Sujet**

Exclure le sujet jusqu'à 24 heures après le début des antibiotiques s'il répond aux critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).

◆ **Contacts**

La prise en charge des contacts sera faite par la DSP.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .

Suivi

Aucun.

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le molluscum contagiosum est une infection cutanée bénigne causée par un virus du groupe des poxvirus.

Épidémiologie

Les humains sont la seule source connue du virus.

C'est une infection commune à travers le monde. L'incidence est plus élevée chez les enfants de moins de 5 ans et chez ceux qui ont de l'eczéma.

Tableau clinique

Le molluscum contagiosum se manifeste par des papules ombiliquées de 2 à 5 mm de diamètre, allant du rose perlé au blanc, habituellement au nombre de 1 à 20. Elles ne causent généralement pas de prurit ni de douleur. Chez 10 % des patients, on observe une eczématisation de la peau autour des lésions.

Chez les enfants, les lésions se localisent au visage, au tronc et aux membres supérieurs. 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.

Les personnes immunosupprimées ou infectées par le VIH ont tendance à avoir des lésions qui sont plus étendues et qui durent plus longtemps.

Durée de la maladie

Si elles ne sont pas traitées, les lésions causées par le molluscum contagiosum disparaissent spontanément après une période de 6 à 12 mois, mais elles peuvent persister jusqu'à 4 ans avant de disparaître complètement (en moyenne, 8 mois).

Modes de transmission

La transmission se fait :

- Par contact direct avec la peau (lésions cutanées d'une autre personne ou contact sexuel).
- Par contact indirect avec des objets contaminés (serviettes, éponges, équipements sportifs, etc.).
- Par auto-inoculation : la personne qui présente des lésions peut propager l'infection à d'autres régions de sa peau, habituellement à la suite du grattage ou de la manipulation des lésions.

Période d'incubation

La période d'incubation dure en général de 2 à 7 semaines, mais peut aller jusqu'à 6 mois.

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 contre le molluscum contagiosum.

Méthodes diagnostiques

Tableau clinique.

Traitement**◆ Spécifique**

- Il n'y a pas de consensus sur le traitement du molluscum contagiosum chez les enfants et les adolescents. Les lésions génitales devraient être traitées pour éviter la dissémination par contact sexuel.
- Dans la majorité des cas, les lésions non génitales guérissent spontanément. Toutefois, pour des raisons esthétiques, pour prévenir la propagation ainsi que 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.

◆ De soutien

Aucun.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Aucune.

Mesures de contrôle◆ **Sujet**

- Ne pas exclure le sujet.
- Si possible, couvrir les lésions exposées d'un pansement adhésif à l'épreuve de l'eau, lors d'activités de contact ou de la baignade.
- Éviter de toucher les lésions.

◆ **Contacts**

Éviter le contact avec les lésions.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .

Suivi

Aucun.

MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La mononucléose infectieuse est causée par le virus d'Epstein-Barr. D'autres agents infectieux peuvent causer un syndrome mononucléosique, mais ceux-ci ne sont pas abordés dans cette section.

Épidémiologie

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 infectieuse classique.

L'incidence de la maladie est la même pour les 2 sexes, et la maladie peut être acquise à tous âges. La mononucléose infectieuse passe souvent inaperçue chez les enfants d'âge préscolaire. Elle est plus fréquente chez les adolescents en milieu scolaire. L'incidence est plus élevée entre 14 et 16 ans pour les filles et entre 16 et 18 ans pour les garçons. À l'âge adulte, 95 % des individus seront immuns. De 10 % à 15 % des adultes en bonne santé excrètent le virus dans leur salive.

Le virus d'Epstein-Barr dans la salive survit plusieurs heures en dehors du corps humain.

On peut acquérir une mononucléose infectieuse à n'importe quelle période de l'année.

Tableau clinique

Les signes et les symptômes de la mononucléose infectieuse sont variés, allant de l'absence de symptômes (surtout chez les enfants) à de graves complications (rare).

La présentation typique est la suivante : fièvre, fatigue importante, pharyngite exsudative, lymphadénopathie, hépatosplénomégalie et lymphocytose atypique dans le sang.

Les autres symptômes sont les suivants : céphalées, malaise général, anorexie, myalgies et nausées.

La maladie peut également se manifester par un rash, surtout chez les personnes traitées à l'ampicilline.

Complications

La mononucléose infectieuse peut entraîner les complications suivantes :

- Obstruction des voies respiratoires supérieures en raison d'une hypertrophie importante des amygdales.
- Atteintes neurologiques telles que méningite aseptique, encéphalite, syndrome de Guillain-Barré.
- Rupture splénique.

- Thrombocytopénie.
- Agranulocytose.
- Anémie hémolytique.
- Atteinte cardiaque.
- Décès (rare).

Durée de la maladie

La mononucléose infectieuse est d'une durée variable : 95 % des patients évoluent de façon favorable et sont asymptomatiques après 2-3 semaines. La prostration associée à l'infection se résorbe plus lentement.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec la salive d'une personne infectée par :

- Contact direct. Exceptionnellement, la transmission peut aussi se faire par transfusion sanguine et transplantation.
- Contact indirect.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation dure de 4 à 6 semaines. Elle peut être plus courte chez les jeunes enfants.

Période de contagiosité

La période de contagiosité est inconnue. Le virus peut rester viable dans la salive pendant plusieurs heures hors de l'hôte.

L'excrétion pharyngée du virus peut persister 1 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 infectieuse est une maladie considérée comme peu contagieuse.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de faire une infection causée par le virus d'Epstein-Barr.

Immunité

L'infection par le virus d'Epstein-Barr confère une immunité permanente.

Il n'existe aucun vaccin contre la mononucléose infectieuse.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations :

- formule sanguine (lymphocytose atypique);
- monostest (présence d'anticorps hétérophiles).

Le monostest est rarement positif chez les enfants de moins de 4 ans, mais détecte 85 % des cas classiques de mononucléose infectieuse chez les enfants plus vieux et les adultes;

- sérologie pour recherche d'anticorps spécifiques anti-Epstein-Barr.

Traitement

◆ Spécifique

Corticostéroïdes, dans certaines situations.

◆ De soutien

- Antipyrétiques pour la fièvre au besoin.
- Repos.
- Diète légère.
- Hydratation.
- Rinçage de la bouche et de la gorge avec de l'eau tiède et du sel si douleur.
- Si splénomégalie, retrait des sports de contact ou violents tant que la rate est hypertrophiée.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- La mononucléose infectieuse ne justifie pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).
- Respecter strictement les mesures d'hygiène en ce qui concerne les sécrétions oropharyngées.

◆ Contacts

Aucune mesure à prendre.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
 Pictogramme illustrant l'hygiène des mains, montrant une main sous des gouttes d'eau.	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
 Deux pictogrammes : à gauche, une main essuyant une surface avec un chiffon ; à droite, un balai nettoie une surface. Les deux pictogrammes sont entourés de petites étoiles blanches.	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .

Suivi

Aucun.

OREILLONS

Les oreillons sont une **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Les oreillons sont une infection des glandes salivaires, le plus souvent des glandes parotides (parotidite), causée par le paramyxovirus du genre *Rubulavirus*.

Épidémiologie

L'humain est le seul réservoir des oreillons.

Plusieurs virus et bactéries peuvent être la cause de la parotidite infectieuse. Les oreillons sont la principale cause d'épidémie de parotidite.

Au cours de la période 2000-2014, 871 cas d'oreillons ont été déclarés au Québec. Bien que la fréquence de la maladie ait beaucoup diminué depuis l'introduction du programme de vaccination financé publiquement, des cas surviennent de manière sporadique ou épidémique, comme en 2010 où une importante éclosion provinciale est survenue.

L'éclosion de 2010 était associée au milieu scolaire. Elle a principalement touché les personnes âgées de moins de 30 ans, notamment les adolescents âgés de 15 à 19 ans. Les 20-24 ans et les 10-14 ans ont aussi été affectés.

Lors de l'éclosion de 2010, 7 cas ont aussi été déclarés chez les enfants de 0 à 4 ans. Toutefois, en service de garde, les éclosions sont rares. Au Québec, chaque année, on dénombre au plus 2 cas dans cette tranche d'âge.

Tableau clinique

L'infection est asymptomatique dans 20 à 30 % des cas. La maladie peut se présenter comme une IVRS. Les oreillons se manifestent dans 60 à 70 % des cas par la fièvre légère (pendant 1-2 jours) suivie par une parotidite.

La parotidite se manifeste par des douleurs unilatérales ou bilatérales dans la région auriculaire ou pré-auriculaire ou le long de la mâchoire ainsi que par une tuméfaction des glandes salivaires. L'atteinte peut débuter d'un côté pour devenir bilatérale à quelques jours d'intervalle.

Les autres manifestations des oreillons comprennent :

- La sialadénite (atteinte des glandes salivaires) sous-mandibulaire ou sublinguale dans 10 % des cas.
- L'épididymo-orchite (atteinte des testicules) dans 25 % des cas chez les hommes pubères (atteinte surtout unilatérale).
- L'oophorite (atteinte des ovaires) dans 5 % des cas et la mastite (atteinte des glandes mammaires) dans une proportion allant jusqu'à 30 % des cas chez les femmes pubères (atteinte surtout unilatérale).

- La méningite dans environ 1 à 10 % des cas.
- L'encéphalite dans 0,1 % des cas.
- La surdité temporaire aux hautes fréquences dans 4 % des cas.
- La pancréatite dans 4 % des cas.

Complications

Les oreillons peuvent entre autres entraîner :

- La surdité permanente dans 1 cas sur 20 000.
- L'atrophie testiculaire dans 50 % des cas d'orchite.
- La stérilité post-infectieuse chez les deux sexes (très rare).
- Des complications neurologiques variées rares.

Chez la femme enceinte, les oreillons ne sont pas associés à des malformations congénitales, mais sont associés à un risque plus élevé d'avortement spontané s'ils surviennent pendant le premier trimestre.

Les personnes les plus à risque de complications sont les adultes.

Durée de la maladie

La maladie dure en moyenne de 3 à 10 jours. La parotidite dure de 2 à 10 jours.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec des sécrétions respiratoires ou de la salive:

- Par contact direct.
- Par contact indirect.
- Par projection de gouttelettes.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation dure de 12 à 25 jours et est en moyenne de 16 à 18 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité débute 2 jours avant l'apparition de la tuméfaction des glandes salivaires et se poursuit jusqu'à 5 jours après.

Réceptivité

Toute personne non immune est susceptible de contracter les oreillons.

Immunité

Les oreillons sont une maladie évitable par la vaccination. Le vaccin est composé de virus vivants atténués et il est inclus dans le Programme québécois d'immunisation.

Les personnes suivantes sont considérées comme protégées contre les oreillons :

- Les personnes adéquatement vaccinées pour l'âge en fonction des recommandations du PIQ.
- Les personnes ayant une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre les oreillons.
- Les personnes nées avant 1970.

L'infection par le virus des oreillons confère une immunité permanente.

Après 1 dose de vaccin contre les oreillons, le taux de séroconversion est de 95 %.

Pour des détails, se référer au PIQ, [section 10.2.1](#).

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique.
- Laboratoire (écouvillonnage buccal, échantillon d'urine) :
 - TAAN : méthode privilégiée de diagnostic;
 - sérologies : recherche d'IgM et IgG spécifiques;
 - isolement et génotypage du virus des oreillons.

Traitement

◆ Spécifique

Aucun.

◆ De soutien

- Analgésique pour la douleur.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Diète molle sans fruits citrins pendant la phase aiguë, car l'acidité accentue la douleur parotidienne.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP pour tous les cas d'oreillons.

En présence d'une suspicion de cas d'oreillons dans un service de garde ou une école, avant toute intervention, il faut communiquer avec la DSP. Toute intervention concernant un cas d'oreillons doit être faite par la DSP.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Confirmation des cas.
- Identification des contacts.
- Recommandation des mesures à mettre en place et communication avec l'infirmière du CLSC au besoin :
 - Recommander la mise à jour de la vaccination;
 - Recommander le retrait des personnes symptomatiques.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

Exclure le sujet du service de garde ou de l'école jusqu'à 5 jours après l'apparition du gonflement des glandes salivaires.

OU

En service de garde, si tous les contacts (enfants et personnel) sont considérés comme protégés (voir immunité), le sujet peut revenir au service de garde selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).

◆ Contacts

Les contacts seront identifiés par l'enquête de la DSP.

En conformité avec les recommandations de la DSP, pour les contacts identifiés :

- Envoyer une lettre d'information aux contacts : la lettre sera fournie par la DSP.
- Vérifier le statut vaccinal des contacts et leur recommander de le mettre à jour au besoin.
- Offrir la vaccination (si elle est indiquée).
- Diriger les contacts symptomatiques vers le réseau de la santé.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .

Suivi

- Surveiller l'apparition des symptômes chez les contacts et les diriger vers un médecin, s'il y a lieu.
- S'assurer que les contacts réceptifs ont été vaccinés.

OXYUROSE (ENTÉROBIASE)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'oxyurose est une infection intestinale commune causée par un nématode, l'*Enterobius vermicularis*, petit ver blanc et rond, long de 1 cm et ressemblant à un fil.

Les vers adultes mâles et femelles vivent dans le côlon. Avant de mourir, les femelles fécondées migrent la nuit vers l'anus pour pondre en moyenne 10 000 œufs. Les œufs ainsi déposés prennent de 4 à 6 heures pour devenir infectieux. Ils sont ensuite transférés sur les vêtements, la literie et la poussière. Les œufs peuvent survivre de 15 à 20 jours dans l'environnement. Le plus souvent, ils sont transportés par les mains (ils se retrouvent surtout sous les ongles) pour ensuite être ingérés par la personne déjà infectée (auto-inoculation) ou par un hôte différent. Les œufs avalés éclosent dans l'estomac sous l'effet des sucs digestifs et libèrent des larves qui migrent vers l'intestin grêle. Dans l'intestin, les larves subissent des mues pour devenir adultes en 5 à 6 semaines. Les vers vivent environ 1 mois dans l'intestin.

Épidémiologie

L'humain infecté est le seul réservoir de l'oxyurose.

L'oxyurose survient partout dans le monde, particulièrement dans les régions de climat tempéré, et touche toutes les classes de la population. Il s'agit de l'infection causée par un ver la plus fréquente aux États-Unis; cependant, selon certaines études, sa prévalence semble diminuer.

La prévalence de l'infection est la plus haute chez les enfants de 5 à 14 ans. Suivent les enfants d'âge préscolaire, les membres de leur famille ou les personnes qui en prennent soin.

L'infection se transmet facilement à l'intérieur d'une famille (risque de transmission > 75 %) et est commune dans les endroits où les enfants vivent, jouent et dorment ensemble (ex. : services de garde). Par ailleurs, le risque serait moindre dans les écoles (risque de transmission < 10 %).

La présence d'une grande quantité d'œufs infectieux dans la région périanale favorise l'auto-inoculation, particulièrement chez les individus qui mettent leurs doigts dans leur bouche. À cause de la courte durée de vie des vers, les infections chroniques sont habituellement dues à des réinfections répétées.

Tableau clinique

Bien que l'infection soit le plus souvent asymptomatique et qu'elle ne cause pas de problèmes médicaux sérieux, l'oxyurose peut causer du prurit anal, surtout la nuit, de l'irritabilité, un sommeil agité et, plus rarement, un prurit vulvaire. Rarement, des vers peuvent être observés dans les selles.

Plusieurs manifestations cliniques, comme le grincement de dents, la perte de poids et l'énurésie, ont été associées à l'oxyurose, mais aucune relation causale n'a été établie.

Complications

Les complications liées à l'oxyurose sont la surinfection bactérienne liée au grattage et l'excoriation.

À cause de la migration des œufs, des cas d'urétrites, de vaginites, de salpingites et de granulomes pelviens ont été rapportés.

Durée de la maladie

L'oxyurose dure tant que la maladie n'a pas été traitée.

Modes de transmission

La transmission se fait par l'ingestion d'œufs :

- Par contact direct.
- Par contact indirect : mains, vêtements, literie, serviettes et débarbouillettes, sièges des toilettes et bains.
- Par véhicule commun : aliments.
- Par auto-inoculation.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation (de l'ingestion des œufs à la présence des vers à la région périanale) est de 1 à 2 mois.

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 faire une infection causée par les oxyures.

Immunité

L'oxyurose ne confère pas d'immunité.

Il n'existe aucun vaccin contre l'oxyurose.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations :

- observation de vers adultes dans la région périanale. Les chances d'observer les vers sont plus grandes de 2 à 3 heures après que l'enfant s'est endormi;
- recherche des œufs par microscope (les œufs ne se voient pas à l'œil nu). Le prélèvement est fait, selon les recommandations du laboratoire, à l'aide d'un ruban adhésif transparent ou d'une spatule adhésive spéciale (*Scotch tape test*) à plusieurs endroits au pourtour de l'anus le matin au réveil avant d'aller aux toilettes et avant le bain ou la douche. Le test doit habituellement être répété à quelques reprises (1 test détectant 50 % des infections, 3 tests en détectant 90 % et 5 tests en détectant 99 %).

Traitement

◆ Spécifique

- Pamoate de pyrantel disponible par voie orale sans prescription.
- Mébendazole par voie orale.

Un traitement est indiqué si des vers sont observés ou si un *Scotch tape test* est fait et est positif ou si un cas a été confirmé dans la famille.

Pour les 2 médicaments, 2 traitements sont nécessaires à 14 jours d'intervalle. On suggère habituellement de traiter en même temps le sujet et les membres de sa famille immédiate, même s'ils n'ont pas de symptômes.

Étant donné que le traitement n'élimine pas les œufs, des mesures d'hygiène personnelle peuvent aider à diminuer le risque de se réinfecter ou de transmettre l'infection :

- Garder les ongles courts pour éviter que les œufs se retrouvent sous les ongles.
- Se laver fréquemment les mains à l'eau et au savon, particulièrement avant les repas et collations, avant la préparation de la nourriture, après être allé aux toilettes ou après avoir changé une couche.
- Ne pas se ronger les ongles, ne pas gratter la région périanale et ne pas porter les mains à la bouche.
- Changer de sous-vêtements et de pyjama tous les jours.
- Prendre une douche le matin pour éliminer les œufs de la région périanale. La douche est préférable au bain, car l'eau du bain risque d'être contaminée.
- Lors du traitement :
 - laver à l'eau chaude la literie, les serviettes et débarbouillettes ainsi que les doudous de toutes les personnes traitées;
 - passer l'aspirateur dans les chambres.
- Éviter de secouer les draps et les vêtements pour prévenir la dispersion des œufs dans l'environnement.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

- S'assurer que le diagnostic a été confirmé par un test de laboratoire ou que les vers ont été observés.
- Identifier les contacts.

Mesures de contrôle**◆ Sujet**

- S'assurer de l'administration d'un traitement au sujet et du respect des mesures d'hygiène décrites ci-dessus.
- Ne pas exclure le sujet du service de garde ou de l'école.

◆ Contacts

- Un traitement doit être administré simultanément au sujet, aux personnes habitant avec lui et aux contacts sexuels sans égard à la présence de symptômes ou non. Les mesures d'hygiène décrites ci-dessus doivent être appliquées.
- En présence d'un seul cas, aucune autre intervention n'est nécessaire.
- En présence de plusieurs cas à l'intérieur d'une période de 2 mois, considérer aussi comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants fréquentant ce service (à temps plein ou à temps partiel) et les personnes de la maison.
 - Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au groupe (à temps plein ou à temps partiel) du sujet. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;
 - Dans une école primaire : les familles touchées. La décision d'élargir à la classe doit être prise au cas par cas;
 - Dans une école secondaire : les familles touchées et les contacts sexuels.
- Remettre une lettre explicative aux contacts identifiés en service de garde. Il pourrait être pertinent de remettre la lettre aux contacts identifiés en milieu scolaire. La situation devrait être évaluée au cas par cas. La lettre informe les contacts sur l'infection et les invite à consulter au besoin un médecin ou un pharmacien.

Mesures d'hygiène et environnement

Les œufs sont peu sensibles aux désinfectants. Les mesures physiques comme l'aspirateur et la chaleur (nettoyage à l'eau chaude, lave-vaisselle) sont plus efficaces.

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .

Suivi

Au besoin, surveiller l'apparition de nouveaux cas ou de symptômes chez les contacts jusqu'à 2 mois après l'apparition du dernier cas.

LETTRE AUX PARENTS**Concernant les lettres aux parents :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Oxyurose

Chers parents,

Récemment, des cas d'oxyurose ont été déclarés au service de garde ou à l'école. L'oxyurose est une infection intestinale causée par un ver. Cette infection est bénigne et se manifeste le plus souvent par des démangeaisons à l'anus, surtout la nuit. Elle peut aussi causer de l'irritabilité ou un sommeil agité.

La personne infectée peut continuer d'aller au service de garde ou à l'école.

Vous pouvez observer la région de l'anus de votre enfant, deux ou trois heures après qu'il se soit endormi. Si vous voyez des vers, consultez un médecin ou un pharmacien pour obtenir un traitement. Ce traitement sera administré en même temps à votre enfant et aux personnes habitant avec lui. Veuillez lire la feuille de renseignements ci-jointe.

Si vous ne voyez pas de vers et que votre enfant a des démangeaisons à l'anus, vous pouvez consulter un médecin et apporter cette lettre avec vous. Un test pourra être fait.

Si un diagnostic d'oxyurose est posé, s'il vous plaît, informez-en le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

OXYUROSE

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS

Définition

L'oxyurose est une infection intestinale commune causée par un petit ver blanc et rond, long de 1 cm et ressemblant à un fil.

Les vers déposent des œufs dans la région de l'anus pendant la nuit.

Manifestations

L'oxyurose peut se manifester par des démangeaisons à l'anus, surtout la nuit, de l'irritabilité et un sommeil agité. Cependant, l'infection est souvent sans symptômes.

Transmission

L'infection se transmet par les œufs, qui se retrouvent souvent sur les mains, sous les ongles, sur la literie, sur les serviettes et dans des aliments contaminés lors de la manipulation. La personne atteinte peut facilement se réinfecter par les œufs qu'elle a à l'anus.

Traitement

La personne atteinte et toutes les personnes habitant avec elle doivent recevoir un traitement de façon simultanée, qu'elles soient symptomatiques ou non. Le traitement doit être répété après deux semaines.

Il est important de suivre les recommandations du médecin, du pharmacien ou du fabricant.

La personne atteinte peut continuer d'aller au service de garde ou à l'école.

Autres mesures

Comme le traitement n'élimine pas les œufs, des mesures d'hygiène personnelle peuvent aider à diminuer le risque de se réinfecter ou de transmettre l'infection :

- Garder les ongles courts pour éviter que les œufs se retrouvent sous les ongles.
- Se laver fréquemment les mains à l'eau et au savon, surtout avant les repas et collations, avant la préparation de la nourriture, après être allé aux toilettes ou après avoir changé une couche.
- Ne pas se ronger les ongles, ne pas gratter la région de l'anus et ne pas porter les mains à la bouche.
- Changer de sous-vêtements et de pyjama tous les jours.
- Prendre une douche le matin pour éliminer les œufs de la région de l'anus. La douche est préférable au bain, car l'eau du bain risque d'être contaminée.
- Lors du traitement :
 - Laver à l'eau chaude la literie, les serviettes et débarbouillettes ainsi que les doudous de toutes les personnes traitées;
 - Passer l'aspirateur dans les chambres.
- Éviter de secouer les draps et les vêtements pour prévenir la dispersion des œufs dans l'environnement.

PÉDICULOSE (DU CUIR CHEVELU)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La pédiculose est une infestation parasitaire du cuir chevelu causée par le pou de tête (*Pediculus humanus capitis*).

Le pou de tête est un insecte aptère (dépourvu d'ailes) et hématophage (se nourrissant de sang) qui, à l'âge adulte, mesure entre 2 et 4 mm. Sa couleur peut varier d'une région du monde à l'autre; il est habituellement de couleur grisâtre pâle en Amérique du Nord. Même s'ils sont une nuisance, les poux de tête ne transmettent pas d'agents infectieux.

Épidémiologie

L'être humain est le seul réservoir du pou. Après l'éclosion des lentes, les nouveaux poux évoluent selon 3 stades nymphaux. Les nymphes de troisième stade et les jeunes adultes, étant les plus mobiles et physiologiquement les mieux développés, seraient les principaux responsables de la transmission de l'infestation à un nouvel hôte.

Une étude réalisée entre septembre 2012 et mars 2013, auprès de 294 infirmières scolaires du Québec et 427 enfants du primaire à Montréal, a indiqué une prévalence de l'infestation (poux ou lentes vivants) de 3 %. Cela confirme l'opinion des experts, qui estiment que la prévalence au Québec devrait se situer en deçà de 10 %.

La prévalence de l'infestation ne suit pas un cycle saisonnier, mais elle est généralement plus importante au moment de la rentrée scolaire et à la suite des congés scolaires. Au Québec, les infestations semblent plus fréquentes au début de l'automne et à l'hiver.

Les éclosions de pédiculose du cuir chevelu sont moins fréquentes dans les services de garde que dans les écoles primaires. La période estivale et la fréquentation des camps de vacances pourraient jouer un rôle dans le maintien de l'endémicité. L'état immunitaire de l'hôte pourrait jouer un rôle dans la réceptivité ou la résistance aux poux de tête.

Tableau clinique

Le principal symptôme associé à la pédiculose est la démangeaison du cuir chevelu. Toutefois, la majorité des personnes infestées sont asymptomatiques. L'intensité des démangeaisons semble augmenter en fonction de la durée de l'infestation et du nombre de poux présents sur la tête. On a aussi rapporté que les démangeaisons étaient plus importantes au cours des 3 premières heures de sommeil de l'hôte. Des papules rougeâtres de 2 à 3 mm, souvent entourées d'une zone d'érythème, peuvent également apparaître derrière les oreilles. D'autres manifestations, moins fréquentes, sont possibles, notamment des adénopathies, une conjonctivite ou des lésions d'hypersensibilité qui ressemblent à un exanthème viral.

Il peut s'écouler de 4 à 6 semaines avant que les premiers symptômes soient ressentis.

Les poux et les lentes se trouvent particulièrement derrière les oreilles, à la partie postérieure et inférieure de la tête (occiput) ainsi que, parfois, dans les sourcils. Les lentes vivantes sont souvent collées près de la racine des cheveux (à moins de 6 mm du cuir chevelu).

L'infestation touche particulièrement les enfants âgés de 3 à 11 ans, avec un pic à 8 ou 9 ans.

Complications

La pédiculose peut entraîner des excoriations, des ulcères et des infections du cuir chevelu consécutives au grattage.

Durée de la maladie

La pédiculose dure tant qu'un traitement efficace n'a pas été administré.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec les cheveux ou le cuir chevelu d'une personne infestée :

- Contact direct.
- Contact indirect (par des effets personnels contaminés tels qu'une brosse, un peigne ou un chapeau). Ce mode de transmission est moins fréquent que la transmission par contact direct.

Note : Comme le temps de survie des poux sur les surfaces lisses (ex. : casque de vélo) ou sur les objets exposés à l'environnement (ex. : tapis, meubles, sièges d'auto) est court, le risque de transmission est considéré comme négligeable.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation est de 7 à 12 jours, soit le temps que prend une lente pour éclore.

Période de contagiosité

La période de contagiosité s'étend jusqu'à l'élimination, par un traitement efficace, des lentes et des poux vivants trouvés sur une tête infestée.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la pédiculose. Toutefois, on rapporte que la prévalence de l'infestation au primaire est plus élevée chez les filles que chez les garçons. Cela semble s'expliquer par le comportement social et relationnel des filles.

Immunité

La pédiculose ne confère pas d'immunité

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations : observation d'au moins 1 pou (stade de nymphe ou adulte) vivant sur la tête. La présence de lentes n'indique pas qu'il s'agit d'une infestation active. Toutefois, le fait d'observer des lentes à moins de 6 mm du cuir chevelu, surtout derrière les oreilles et à l'occiput, laisse croire à une infestation active, mais elle ne la confirme pas. L'examen du cuir chevelu et des cheveux devrait être réalisé à l'aide d'une loupe et d'un peigne fin. Les cheveux devraient être humidifiés au préalable.

Traitement

◆ Spécifique

— Pédiculicide de catégorie « 2 applications » ou « 3 applications » **sur les cheveux** selon schéma de traitement choisi. Gelée de pétrole (par exemple, Vaseline® ou Lacri-lube®) si les sourcils sont atteints.

Pour plus de détails, voir la section 4 et l'annexe II des [Lignes directrices pour le contrôle de la pédiculose du cuir chevelu dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance](#).

— Peigne fin ou pince à sourcils (pour enlever les poux et les lentes).

Il est très important d'établir un bon diagnostic avant d'entreprendre un traitement. On doit traiter seulement les cas d'infestation active confirmés par la présence d'au moins 1 pou vivant.

Si seules des lentes viables (ou vivantes) sont observées, une évaluation clinique individuelle doit être faite avant qu'un traitement soit envisagé.

MESURES À PRENDRE

La prévention commence avant l'apparition des cas infestés. C'est pourquoi il est recommandé de fournir aux parents de l'information sur la pédiculose et sur les mesures d'hygiène à prendre pour réduire les risques d'infestation, par exemple au moyen de la lettre n° 1 à l'annexe IV des [Lignes directrices pour le contrôle de la pédiculose du cuir chevelu dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance](#). Le meilleur moment est lors de la rentrée scolaire.

Il est également important de former, en conformité avec les [Lignes directrices pour le contrôle de la pédiculose du cuir chevelu dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance](#), le personnel du service de garde ou de l'école au sujet de la pédiculose du cuir chevelu ainsi que de son dépistage et de son traitement.

Enquête

Identifier les contacts après l'observation d'un premier cas d'infestation active confirmé.

Il y a éclosion de pédiculose si 10 % et plus des enfants d'un groupe ou d'une classe sont infestés, par exemple 3 cas et plus dans un groupe de 25 personnes. L'opinion des intervenants locaux ayant une expertise en la matière peut aussi être considérée comme un critère valable pour intervenir.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- S'assurer de l'administration d'un traitement au sujet.
- Ne pas exclure le sujet infesté du service de garde ou de l'école. L'exclusion jusqu'à la première application du traitement est une action déconseillée, car la majorité des personnes infestées sont contagieuses plusieurs semaines avant le diagnostic. Cependant, dans des situations particulières telles qu'une infestation massive (des centaines de poux et des lentes vivantes) et persistante, les cas pourraient être exclus, avec discernement et pendant une courte période, en concertation avec la DSP.
- Si le diagnostic de pédiculose active est posé au service de garde ou à l'école, envoyer aux parents du sujet infesté la lettre n° 2 à l'annexe IV des *Lignes directrices pour le contrôle de la pédiculose du cuir chevelu dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance* ainsi que la version la plus récente de la brochure *Poux... Poux... Poux... Tout savoir sur les poux de tête*. Remettre également aux parents une copie de la *Procédure pour l'examen visuel de la tête à l'aide d'un peigne fin* et une copie du schéma de traitement disponibles aux annexes I et II des [Lignes directrices pour le contrôle de la pédiculose du cuir chevelu dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance](#).

◆ Contacts

- En tout temps, considérer comme contacts tous les membres de la famille habitant dans la même maison que le sujet :
 - S'assurer qu'un traitement est administré simultanément au sujet et aux contacts pour qui le diagnostic d'infestation active a été confirmé;
 - S'assurer du respect des mesures d'hygiène et d'environnement (voir plus bas).
- En l'absence d'éclosion, aucune autre mesure n'est recommandée.
- En cas d'éclosion :
 - Considérer en plus comme contacts :
 - dans un service de garde en milieu familial : toute personne qui fréquente le même service de garde,
 - dans un CPE ou une garderie : toute personne qui fréquente le CPE ou la garderie,
 - dans une école primaire : toute personne (enfant, membre du personnel) qui fréquente la même classe ou le même groupe que le sujet,
 - dans une école secondaire : les contacts devront être identifiés aux cas par cas en fonction des types de contacts, en recherchant les activités qui favorisent la transmission (ex. : activités sportives);
 - Envoyer à tous les parents visés une lettre d'information accompagnée de la brochure *Poux... Poux... Poux... Tout savoir sur les poux de tête* et informer le personnel de l'école ou du service de garde de la situation (voir les [Lignes directrices pour le contrôle de la pédiculose du cuir chevelu dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance](#), annexe IV, lettre n° 3);

- S'assurer que la tête de tous les contacts est examinée. Au besoin, se référer à la *Procédure pour l'examen visuel de la tête à l'aide d'un peigne fin* ([Lignes directrices pour le contrôle de la pédiculose du cuir chevelu dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance](#), annexe I).

Mesures d'hygiène et environnement

S'assurer que les enfants ne partagent pas leurs effets personnels (peignes, brosses à cheveux, chapeaux, taies d'oreiller).

Procéder régulièrement à la désinfection (surtout en cas d'éclosion) des effets personnels utilisés par les personnes infestées. Les procédures recommandées sont les suivantes :

- Peignes et brosses à cheveux : les faire tremper dans de l'eau chaude à environ 65 °C (150 °F) ou dans un produit contre les poux (non dilué) pendant 5 à 10 minutes.
- Chapeaux, casquettes et vêtements : les faire sécher à l'air chaud pendant 20 minutes, les faire nettoyer à sec ou les entreposer dans un sac de plastique fermé hermétiquement pendant 10 jours.

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .

Suivi

Surveiller l'apparition de nouveaux cas chez les contacts. Si l'éclosion persiste, visiter le service de garde ou l'école et chercher la cause en s'assurant que le protocole d'intervention en vigueur a été appliqué.

PNEUMOCOQUE (INFECTION À)

L'infection à pneumocoque est une **MADO** seulement lorsque le pneumocoque est trouvé dans un site normalement stérile.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le *Streptococcus pneumoniae*, ou pneumocoque, est une bactérie qui fait partie de la flore normale du nasopharynx, où il colonise de façon transitoire de nombreux individus. Plus de 90 sérotypes ont été identifiés, et chacun serait différent au regard de sa capacité à causer des infections (virulence) ou à entraîner l'état de porteur.

Le pneumocoque peut causer des infections chez les personnes de tout âge, telles que des infections locales (ex. : otite, sinusite, conjonctivite, pneumonie) ou invasives (ex. : bactériémie, septicémie, méningite, arthrite, ostéomyélite).

Épidémiologie

Environ 20 % des individus en santé sont porteurs du pneumocoque, ainsi que jusqu'à 90 % des enfants qui fréquentent un service de garde ou qui habitent certains pays en voie de développement. L'état de porteur devient moins fréquent au fur et à mesure que les enfants grandissent. Les adultes vivant avec de jeunes enfants sont 2 fois plus souvent colonisés que ceux qui ne côtoient pas de jeunes enfants. Depuis l'introduction des vaccins conjugués au début des années 2000, on observe une diminution de la circulation des sérotypes contenus dans ces vaccins.

La plupart des enfants vont faire une infection causée par le pneumocoque, surtout sous forme d'otite ou de pneumonie, principalement avant l'âge de 5 ans.

Au cours des années 1990, on a constaté au Québec une augmentation des souches de pneumocoque résistantes à la pénicilline, mais la situation semble être stable, avec environ 25 % des souches résistantes chez les enfants de moins de 5 ans. Dans les milieux de garde, un plus grand pourcentage d'enfants peut être colonisé par des souches résistantes à la pénicilline.

Les infections causées par le pneumocoque sont plus fréquentes en hiver et au début du printemps, soit lorsque la fréquence des infections virales des voies respiratoires (rhume, grippe) augmente. En fait, ces dernières infections prédisposent aux infections locales ou invasives par le pneumocoque. L'incidence de l'infection par le pneumocoque est plus élevée chez les jeunes enfants, les personnes âgées et les autochtones. L'incidence est aussi plus élevée chez certaines personnes immunodéficientes (entre autres, déficit humoral, VIH, asplénie) ou atteintes d'anémie falciforme.

Tableau clinique

Les symptômes de l'infection à pneumocoque varient selon l'organe atteint et la gravité de l'infection.

Le tableau clinique ne permet pas vraiment de distinguer les infections causées par le pneumocoque des infections causées par les autres bactéries possiblement en cause. Toutefois, la pneumonie causée par le pneumocoque se manifeste plus souvent par un début brutal avec fièvre élevée, frisson, dyspnée et toux.

Une bactériémie transitoire avec fièvre sans foyer d'infection est une présentation clinique fréquente de l'infection invasive chez les enfants de 2 ans et moins.

Dans le cas de la méningite et de la bactériémie, les symptômes sont les mêmes que ceux causés par d'autres agents.

Complications

Les infections à pneumocoque peuvent entraîner les complications liées à une infection bactérienne du site atteint (voir le chapitre 6, sections [Otite moyenne aiguë](#), [Pneumonie bactérienne ou virale](#) et [Méningite bactérienne ou virale](#)).

Il y a plus de risque de complications lors d'immunosuppression, d'anémie falciforme, d'insuffisance rénale, de syndrome néphrotique, de maladie pulmonaire chronique (ex. : fibrose kystique), de maladie cardiaque, de maladie hépatique, de diabète ou d'une condition médicale pouvant compromettre l'évacuation des sécrétions respiratoires et augmenter les risques d'aspiration (ex. : trouble cognitif). Les enfants avec un implant cochléaire ou un écoulement chronique du LCR sont plus à risque de méningite à pneumocoque.

Durée de la maladie

La durée de l'infection à pneumocoque varie selon le type d'atteinte et le moment où le traitement est amorcé.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec des sécrétions respiratoires :

- Par projection de gouttelettes.
- Par contact direct.
- Par contact indirect.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation peut être de seulement 1 à 3 jours après la colonisation, mais peut aussi être de quelques semaines.

Période de contagiosité

La contagion persiste jusqu'à la disparition de la bactérie dans les sécrétions nasopharyngées et dure jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une infection à pneumocoque. Les personnes vaccinées sont moins à risque de colonisation et d'infection aux sérotypes contenus dans les vaccins.

Les personnes plus à risque de présenter une infection invasive à pneumocoque sont décrites à la [section 10.3](#) du PIQ.

Immunité

L'infection à pneumocoque confère une immunité contre le sérotype en cause. Cette immunité peut durer plusieurs années.

Un vaccin conjugué existe et est inclus dans le Programme québécois d'immunisation depuis 2004. Ce vaccin, administré dès l'âge de 2 mois, protège contre les sérotypes qui sont les plus fréquemment responsables des formes invasives de l'infection. Ce vaccin réduit la colonisation nasopharyngée par les sérotypes vaccinaux, ce qui permet une immunité collective.

Un vaccin polysaccharidique, qui confère une immunité contre plus de sérotypes, est offert aux personnes de 2 ans et plus qui présentent un ou des facteurs de risque.

Pour plus de détails, voir la [section 10.3](#) du PIQ.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations :

- imagerie médicale;
- laboratoires : analyse d'expectorations, de sang, de LCR et d'autres liquides biologiques.

Traitement

◆ Spécifique

L'antibiothérapie varie en fonction du site et de la gravité de l'infection à traiter.

◆ De soutien

- Analgésique pour la douleur.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Selon les symptômes : hydratation, aide respiratoire si nécessaire.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Aucune.

En cas de maladie invasive chez un enfant de moins de 5 ans, puisqu'il s'agit d'une MADDO, une enquête sera faite par la DSP aux fins de surveillance épidémiologique.

Mesures de contrôle◆ **Sujet**

Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).

◆ **Contacts**

Aucune.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .

Suivi

Aucun.

ROSÉOLE (EXANTHÈME SUBIT OU SIXIÈME MALADIE)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La roséole est une maladie virale causée par l'herpèsvirus humain de type 6 ou, plus rarement, l'herpèsvirus de type 7 (HVH-6 ou HVH-7).

Épidémiologie

Les HVH-6 et HVH-7 causent des infections chez les enfants partout dans le monde. Les humains sont le seul hôte connu. Pratiquement tous les enfants auront eu la roséole avant l'âge de 3 ans.

Au fur et à mesure que la concentration des anticorps maternels baisse dans le sérum de l'enfant, les taux d'infection par le HVH-6 augmentent avec un pic entre l'âge de 6 et 9 mois, 95 % des enfants ayant été infectés à l'âge de 2 ans. L'infection par le HVH-7 survient un peu plus tard.

La roséole peut se manifester à n'importe quelle période de l'année.

Tableau clinique

La roséole se caractérise souvent par une forte fièvre (> 39,5 °C) persistant de 3 à 5 jours. À la disparition de la fièvre, une éruption cutanée érythémateuse maculopapulaire localisée apparaît au tronc ou au cou, puis s'étend au visage et aux membres; elle dure de 1 à 2 jours. Elle ne cause pas de prurit.

La roséole est une maladie difficile à diagnostiquer avant l'apparition de l'éruption érythémateuse cutanée.

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 de même que de la toux, des ganglions cervicaux ou occipitaux, une fontanelle bombée ou une diarrhée légère. Toutefois, 70 % des personnes infectées par le virus sont asymptomatiques. D'autres maladies virales peuvent présenter le même tableau clinique. Les récurrences de l'infection sont fréquentes et sont le plus souvent asymptomatiques. Toutefois, les personnes ayant une récurrence excrètent le virus et sont susceptibles de transmettre la maladie.

Complications

La roséole peut entraîner des convulsions pendant la période fébrile chez 10 à 15 % des enfants, particulièrement de 6 à 18 mois, ainsi que, moins fréquemment, des complications neurologiques, dont un bombement de la fontanelle, une encéphalopathie ou une encéphalite. Plus rarement, on peut trouver une hépatite.

Durée de la maladie

La roséole dure de 3 à 7 jours.

Modes de transmission

La roséole se transmet par contact avec le virus contenu dans la salive et les sécrétions respiratoires :

- Par contact direct.
- Par contact indirect.

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.

Immunité

La roséole confère une immunité probablement permanente. Chez les immunosupprimés, des réactivations du HVH ont été rapportées.

Il n'existe aucun vaccin contre la roséole.

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique.
- Investigations : dans de rares cas, TAAN.

Traitement**◆ Spécifique**

Aucun.

◆ De soutien

Antipyrétiques pour la fièvre au besoin.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Aucune.

Mesures de contrôle◆ **Sujet**

Un diagnostic de roséole ne justifie pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).

◆ **Contacts**

Aucune.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .

Suivi

Aucun.

ROTAVIRUS (INFECTION À)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le rotavirus est un virus qui cause la gastroentérite. Il existe plusieurs souches de rotavirus. La gastroentérite est une inflammation des parois de l'estomac et de l'intestin, qui provoque de la diarrhée et des vomissements.

Épidémiologie

Le réservoir du rotavirus est l'humain.

Le rotavirus est un virus extrêmement contagieux. Il touche généralement les enfants de 6 mois à 2 ans. L'infection à rotavirus est en règle générale plus grave et significative sur le plan clinique chez les enfants de 3 à 35 mois, la première infection étant la plus prononcée.

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, car l'immunité n'empêche pas la réinfection.

Avant que le vaccin soit inclus dans le Programme québécois d'immunisation, le rotavirus était la cause la plus fréquente de gastroentérite chez les jeunes enfants en milieu de soins et en service de garde.

On estime que 1 enfant atteint d'une gastroentérite à rotavirus sur 7 recevra des soins d'un médecin, et 1 sur 62 sera hospitalisé.

La gastroentérite à rotavirus évolue par épidémies saisonnières avec un pic en hiver et au printemps. Le rotavirus peut survivre à température ambiante et peut demeurer infectieux jusqu'à plusieurs semaines sur des objets.

Tableau clinique

Le tableau clinique des infections à rotavirus varie considérablement, allant d'une infection asymptomatique ou bénigne à une infection pouvant entraîner une déshydratation grave et le décès.

En général, les enfants atteints d'une infection symptomatique présentent, simultanément ou non, de la fièvre et des vomissements. Dans les 12 à 24 heures, d'importantes diarrhées aqueuses peuvent apparaître. La diarrhée et les vomissements sont les symptômes du rotavirus les plus courants.

Complications

La gravité de l'infection varie selon l'âge; les infections graves surviennent le plus souvent chez les nourrissons et les jeunes enfants.

L'infection à rotavirus peut entraîner une déshydratation et l'hospitalisation ainsi que, en l'absence de traitement, un état de choc, un déséquilibre électrolytique et le décès.

Les enfants immunosupprimés courent un risque accru de contracter des infections à rotavirus symptomatiques.

Durée de la maladie

L'infection causée par le rotavirus dure de 3 à 8 jours, avec une moyenne de 4 à 6 jours.

Modes de transmission

La transmission se fait par ingestion de l'agent infectieux :

- Par contact indirect.
- Par contact direct.
- Par véhicule commun : aliments contaminés et eau contaminée (plus rare).

Certaines données portent à croire que le rotavirus peut se transmettre également par projection de gouttelettes.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

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 plusieurs jours après le début des symptômes.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter le rotavirus.

Immunité

Le rotavirus confère une immunité qui n'empêche pas la réinfection; celle-ci toutefois moins grave et pourrait même être asymptomatique.

Le vaccin contre le rotavirus fait partie du Programme québécois d'immunisation depuis le 1^{er} novembre 2011. Pour plus d'information, voir la section 10.1.5 du [PIQ](#).

Méthodes diagnostiques

— Laboratoire :

- TAAN dans les selles;
- détection d'antigènes dans les selles.

Traitement

◆ Spécifique

Aucun. Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués, particulièrement chez les enfants.

◆ De soutien

- Hydratation et remplacement électrolytique au besoin. Les solutions de réhydratation orales sont habituellement suffisantes. Dans les cas très graves, on doit utiliser l'hydratation parentérale.
- Les anti-diarrhéiques sont contre-indiqués.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Analgésique pour la douleur.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP en présence d'agrégats ou d'éclosion. Aucune enquête n'est requise s'il s'agit d'un cas isolé de rotavirus.

Si l'infirmière du CLSC est informée d'une situation suspecte de transmission active (ex. : plus d'une personne présente des symptômes) ou d'une situation à risque élevé de transmission (ex. : la personne manipule et prépare des aliments ou travaille dans un service de garde ou une école), elle doit communiquer avec la DSP.

Il y a éclosion si 2 cas confirmés et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps ou de personne sont déclarés.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.
- Identifier et contrôler une source commune de contamination :
 - service de garde;
 - eau potable et eau de baignade;
 - aliments.
- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l'infirmière du CLSC au besoin.
- Communiquer avec le MAPAQ au besoin.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- L'enfant doit être exclu selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).
- Si le sujet prépare ou manipule des aliments, le retrait ou la réaffectation est recommandé jusqu'à 48 heures après la disparition des symptômes. Pour plus de détails, <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Transformation/Qualitedesaliments/toxiinfection/s/Pages/recommandations.aspx>.
- Les activités de baignade sont à éviter jusqu'à la fin des symptômes.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants et les adultes fréquentant ce service ainsi que les personnes de la maison;
 - Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au même groupe que le sujet ou à tout autre groupe dans lequel on a noté un excès de cas de diarrhée. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;
 - Dans une école primaire : le personnel et les enfants de la classe. La décision d'élargir à d'autres individus doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles;
 - Dans une école secondaire : les personnes identifiées au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec le sujet.
- Aucune mesure n'est à prendre pour les contacts.
- En cas d'éclosion, communiquer avec la DSP.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4.
	Chapitre 4, section : Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments .
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .
	Chapitre 4, section : Port de gants .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'eau .

Suivi

- Surveiller l'apparition de symptômes chez les enfants et les membres du personnel.
- Si de nouveaux cas surviennent, prendre en charge les sujets et mettre en place les mesures de contrôle :
 - Réévaluer la situation;
 - Rehausser l'application des mesures d'hygiène;
 - Communiquer avec la DSP;
 - Une visite du milieu peut être recommandée par la DSP.

ROUGEOLE

La rougeole est une **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La rougeole est une infection causée par le virus du même nom (du genre *Morbillivirus*, de la famille des paramyxovirus).

Épidémiologie

La rougeole est probablement une des maladies les plus contagieuses au monde. Une personne non immune exposée au virus risque à 80 % et plus d'être infectée. Comme la rougeole se transmet par voie aérienne, le risque de transmission persiste pendant un certain temps, même si la personne contagieuse a quitté le lieu.

Il n'y a pas de transmission soutenue de la rougeole au Québec depuis environ 15 ans. La rougeole est considérée comme éliminée dans l'ensemble des Amériques par l'Organisation panaméricaine de la santé.

Toutefois, il en va autrement dans la plupart des autres continents, dont l'Europe, qui connaissent plutôt une recrudescence significative de la maladie. Des importations de cas de rougeole surviennent donc occasionnellement au Québec, et peuvent conduire à de la transmission secondaire et à des éclosions si des mesures de prévention et de contrôle suffisantes ne sont pas mises en place. Par exemple, en 2011, une épidémie de plus de 750 cas de rougeole a sévi au Québec à la suite de l'importation d'un cas liée à un voyage. Il s'agissait de la plus importante épidémie de rougeole dans les Amériques depuis 2000. Par ailleurs, en 2015, une éclosion est survenue une fois de plus à la suite d'un cas qui a fait l'infection à la suite d'un voyage à l'extérieur du Canada et qui résidait dans une communauté étant majoritairement non vaccinée et étant contre la vaccination en général. Lors de cette éclosion, les *Orientations du directeur national de santé publique sur le retrait en milieu scolaire lors d'une éclosion de rougeole* ont été appliquées pour la première fois.

L'humain est le seul réservoir de la rougeole. Les éclosions de rougeole ont lieu surtout en hiver ou au printemps.

Les personnes les plus susceptibles de présenter la rougeole sont celles qui sont nées après 1970 et qui n'ont pas fait la maladie ou n'ont pas été vaccinées adéquatement.

Tableau clinique

La rougeole débute par une atteinte importante de l'état général, une fièvre élevée ($\geq 38,3$ °C), une conjonctivite, de la photophobie, de la rhinorrhée et de la toux. Des taches blanchâtres (taches de Koplik) peuvent s'observer sur la face interne des joues, près des molaires.

De 3 à 5 jours plus tard, une éruption cutanée maculopapulaire s'ajoute; elle débute au visage et au cou, puis s'étend au thorax et aux membres. L'éruption dure de 3 à 7 jours.

De 10 à 20 % des cas auront besoin d'hospitalisation.

Complications

Les complications de la rougeole sont entre autres :

- L'otite moyenne (de 7 à 9 % des cas).
- L'infection respiratoire, telle que la laryngotrachéobronchite, la bronchite et la pneumonie (de 1 à 6 % des cas).
- La diarrhée persistante, surtout chez les nourrissons (8 % des cas).
- L'encéphalite (1 cas sur 1 000 à 2 000 environ). L'encéphalite est une complication grave pouvant laisser des séquelles neurologiques.
- La panencéphalite sclérosante subaiguë (1 cas sur 100 000). Cette complication, qui est très rare, a été décrite surtout chez des patients immunosupprimés.
- Le décès (1 cas sur 3 000 au Canada).

Les personnes les plus à risque de complications et de présentation grave de la maladie sont :

- Les enfants de moins de 12 mois.
- Les femmes enceintes réceptives à la rougeole.
- Les personnes immunosupprimées.

Durée de la maladie

La rougeole dure en moyenne de 7 à 10 jours.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec des sécrétions respiratoires :

- Par voie aérienne.
- Par contact direct avec les sécrétions nasopharyngées.
- Par contact indirect par des objets contaminés (beaucoup plus rare).

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation varie habituellement de 7 à 14 jours entre le contact et le début du rash. Elle peut à l'occasion aller jusqu'à 21 jours chez les personnes immunosupprimées et chez celles qui ont reçu des Ig.

Période de contagiosité

La période de contagiosité commence 4 jours avant l'éruption cutanée et se poursuit jusqu'à 4 jours après.

Réceptivité

Toute personne non immune est susceptible de contracter la rougeole.

Immunité

La rougeole est une maladie évitable par la vaccination. Le vaccin est composé de virus vivants atténués et il est inclus dans le Programme québécois d'immunisation.

Les personnes considérées comme protégées (non réceptives) contre la rougeole sont celles qui :

- Sont nées avant 1970.
- Sont vaccinées adéquatement pour l'âge en fonction des recommandations du PIQ.
- Ont une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la rougeole.
- Ont une attestation médicale confirmant avoir eu la rougeole avant le 1^{er} janvier 1996. (Depuis le 1^{er} janvier 1996, tous les cas de rougeole diagnostiqués doivent être confirmés par une sérologie, une recherche virale ou la présence de manifestations cliniques compatibles et d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé).

L'infection par la rougeole confère une immunité permanente.

Après 1 dose de vaccin contre la rougeole reçue après l'âge de 1 an, le taux de séroconversion est de plus de 95 % et dépasse 99 % après 2 doses.

Pour plus de détails, consulter la [section 10.2.1](#) du PIQ.

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique.
- Laboratoire (sécrétions du pharynx et du nasopharynx, urine, sang) :
 - culture virale;
 - TAAN;
 - sérologies : recherche d'IgM et IgG spécifiques.

Traitement

◆ Spécifique

Aucun.

◆ De soutien

- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Antibiotiques en présence d'une infection bactérienne secondaire.
- Des suppléments de vitamine A (souvent recommandés chez les enfants).

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP pour tous les cas de rougeole.

En présence d'une suspicion de cas de rougeole dans un service de garde ou une école, avant toute intervention, il faut communiquer avec la DSP. Toute intervention concernant un cas de rougeole doit être faite par la DSP.

Il y a éclosion en présence d'un seul cas confirmé de rougeole survenant dans un service de garde ou une école.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de la rougeole et à prévenir ses conséquences chez les personnes à risque par les mesures suivantes :

- Confirmation du cas.
- Identification des contacts réceptifs.
- Identification des contacts réceptifs à risque de complications.
- Retrait volontaire ou obligatoire des contacts réceptifs, selon les milieux.
- Recommandation des mesures à mettre en place et communication avec l'infirmière du CLSC au besoin.
 - Recommander la mise à jour de la vaccination;
 - Recommander le retrait des personnes symptomatiques.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

Exclure le sujet du service de garde ou de l'école jusqu'au 4^e jour (inclus) après le début du rash et lui permettre de réintégrer le milieu si son état de santé le lui permet (pour les critères d'exclusion d'un enfant, voir le tableau 3 du [chapitre 3](#)).

◆ Contacts

Les contacts seront identifiés par l'enquête de la DSP.

En conformité avec les recommandations de la DSP, pour les contacts identifiés :

- Envoyer une lettre d'information aux contacts : la lettre sera fournie par la DSP.
- Vérifier le statut vaccinal des contacts et leur recommander de le mettre à jour au besoin.
- Offrir les Ig ou la vaccination (si elle est indiquée) aux contacts à risque de complications et les exclure de l'école ou du service de garde jusqu'à 14 jours après la présence du dernier cas. Toutefois, l'intensité et la durée du retrait peuvent être modifiées, selon la situation, par la DSP et le médecin traitant.

- Diriger les contacts symptomatiques vers le réseau de la santé et les informer d'aviser l'établissement consulté avant de se présenter afin que des mesures soient prises pour prévenir la transmission de la rougeole dans ce milieu (ex. : salle d'attente, réception ou autre).
- Appliquer au besoin les *Orientations du directeur national de santé publique sur le retrait en milieu scolaire lors d'une éclosion de rougeole* (<http://publications.msss.gouv.gc.ca/msss/fichiers/2015/15-278-01W.pdf>).

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'air intérieur .

Suivi

- Surveiller l'apparition des symptômes chez les contacts et les diriger vers un médecin, s'il y a lieu.
- S'assurer que les contacts réceptifs ont été vaccinés.

RUBÉOLE

La rubéole et la rubéole congénitale sont des **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La rubéole est une infection causée par le virus de la rubéole, qui est un rubivirus de la famille des togavirus.

Épidémiologie

Grâce à la vaccination, la rubéole est maintenant exceptionnelle au Québec, au Canada et en Amérique du Nord. La maladie est encore présente ailleurs dans le monde et peut être acquise à l'extérieur du pays.

Tableau clinique

L'infection est souvent asymptomatique (de 25 à 50 % des cas). Elle peut toutefois se traduire par les symptômes suivants :

- Un prodrome précédant l'érythème, surtout chez les adolescents et les adultes, avec fièvre légère, adénopathies typiquement rétroauriculaires ou sous-occipitales, mais pouvant être généralisées.
- Une éruption maculopapulaire généralisée débutant au visage et progressant vers le corps. L'éruption dure en moyenne 3 jours et peut ressembler à celle de la rougeole, de l'infection au parvovirus B19 ou de l'entérovirus, notamment.
- Une conjonctivite.

L'infection congénitale peut causer le syndrome de rubéole congénitale. Ce syndrome peut entraîner un avortement, la mort du fœtus ou des malformations fœtales telles que cardiopathies, cataractes, surdité ou déficience intellectuelle. L'infection se transmet surtout si la mère la contracte lors des 12 premières semaines de grossesse, mais elle peut aussi être transmise lors du 2^e trimestre.

Certaines manifestations de l'infection congénitale peuvent être moins importantes ou n'être reconnues que quelques années après la naissance (habituellement avant l'âge de 5 ans). Une infection fœtale peut aussi n'entraîner aucune séquelle ou manifestation chez l'enfant.

Complications

La rubéole peut entraîner une arthralgie ou une arthrite transitoire, surtout chez les adolescentes et les femmes. Rarement, la rubéole peut se compliquer d'une encéphalite ou d'une thrombocythopénie.

Durée de la maladie

La rubéole postnatale dure environ 7 jours.

La rubéole congénitale peut être chronique avec de nouvelles manifestations cliniques apparaissant au cours de l'enfance et de l'adolescence.

Modes de transmission

La transmission se fait surtout par contact avec des sécrétions respiratoires ou de l'urine (seuls les enfants atteints d'une rubéole congénitale excrètent le virus dans les urines) :

- Par contact direct : incluant la voie transplacentaire.
- Par projection de gouttelettes.
- Par contact indirect.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation dure de 14 à 23 jours, mais est généralement de 16 à 18 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité commence environ 1 semaine avant l'apparition de l'éruption cutanée et se poursuit jusqu'à environ 1 semaine après.

Elle peut persister jusqu'à l'âge de 1 an ou plus chez l'enfant atteint d'une infection congénitale.

Réceptivité

Toute personne non immune est susceptible de contracter la rubéole.

Immunité

La rubéole est une maladie évitable par la vaccination. Le vaccin est composé de virus vivants atténués et il est inclus dans le Programme québécois d'immunisation.

Les personnes suivantes sont considérées comme protégées contre la rubéole : celles ayant la preuve écrite qu'elles ont reçu une dose de vaccin, même en présence d'une sérologie négative, et celles ayant une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la rubéole à un titre supérieur ou égal à 10 UI/ml.

La rubéole confère habituellement une immunité permanente. Toutefois, des antécédents de rubéole clinique ne sont pas un indicateur fiable d'immunité.

Une dose de vaccin confère une immunité dans 95 % des cas. Dans les faits, l'efficacité est supérieure, car le calendrier de vaccination comporte 2 doses de vaccin.

Méthodes diagnostiques

◆ Rubéole

- Tableau clinique (peu spécifique).
- Investigations : laboratoire (sérologie, TAAN, culture). Lors d'une infection durant la grossesse, un spécialiste en infectiologie devrait être consulté.

◆ Rubéole congénitale

- Tableau clinique.
- Investigations : laboratoire (sérologie, TAAN, culture).

Traitement

◆ Spécifique

Aucun.

◆ De soutien

Antipyrétique pour la fièvre au besoin.

MESURES À PRENDRE

Enquête

L'enquête de tous les cas de rubéole est réalisée par la DSP.

Toute intervention concernant un cas de rubéole doit être faite par la DSP.

L'enquête faite par la DSP vise surtout à protéger et prendre en charge les femmes enceintes dans le but de prévenir des cas de rubéole congénitale. Elle vise aussi à prévenir la transmission de la maladie au sein de la population par les mesures suivantes :

- Identification des contacts.
- Surveillance et retrait des contacts (contacts symptomatiques et femmes enceintes).
- Administration de vaccins.
- Recommandation des mesures à mettre en place et communication avec l'infirmière du CLSC au besoin.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

Exclure le sujet jusqu'à 7 jours après le début de l'éruption cutanée.

◆ Contacts

La prise en charge des contacts sera faite par la DSP.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	En présence de cas de rubéole congénitale, chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .

Suivi

- Surveiller l'apparition des symptômes chez les contacts et les diriger vers un médecin, s'il y a lieu.
- S'assurer que les contacts réceptifs ont été vaccinés.

SALMONELLOSE (INCLUANT FIÈVRES THYPHOÏDE ET PARATYPHOÏDE)

La salmonellose est une **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La salmonellose, incluant les fièvres typhoïde et paratyphoïde, est une infection intestinale causée par les bactéries du genre *Salmonella*.

Bien qu'il existe plus de 2 500 sérotypes de *Salmonella*, en raison de la pathophysiologie et du tableau clinique, on distingue souvent 2 groupes : 1) les sérotypes *typhi* et *paratyphi*; 2) tous les autres sérotypes.

La salmonellose de sérotypes autres que *typhi* et *paratyphi* est une infection habituellement limitée au tractus gastro-intestinal.

Les fièvres typhoïde et paratyphoïde, aussi appelées *fièvres entériques*, sont des infections plus graves causées par les *Salmonella typhi* et *paratyphi*.

Épidémiologie

Les *Salmonella* colonisent le tractus gastro-intestinal et se retrouvent dans les selles de plusieurs animaux, dont les mammifères (incluant les humains), les reptiles, les amphibiens et les oiseaux.

L'humain est le réservoir presque exclusif des *Salmonella typhi*.

Toute personne qui consomme des aliments ou de l'eau contaminés par des *Salmonella* est susceptible de s'infecter.

Les aliments plus souvent contaminés par des *Salmonella* sont les fruits et légumes crus (tels que les graines germées et les cantaloups), les œufs crus, les produits laitiers non pasteurisés et les viandes et volailles insuffisamment cuites.

L'eau est plus rarement contaminée, sauf dans les pays où les installations sanitaires sont déficientes.

La salmonellose (de sérotypes autres que *typhi* et *partyphi*) peut aussi être contractée lors de contacts avec des animaux, en particulier les reptiles, les amphibiens et les oiseaux (voir le chapitre 4, section [Animaux](#)).

Les *Salmonella* viennent au deuxième rang (après les *Campylobacter*) des maladies d'origine alimentaire les plus signalées au Canada. Bon nombre des cas signalés sont isolés, mais certains font partie d'éclotions. La majorité des cas ne sont toutefois pas diagnostiqués ni déclarés, car souvent la maladie passe inaperçue et se guérit spontanément. Au Québec, de 2009 à 2014, plus de 1 000 cas ont été déclarés chaque année. La salmonellose atteint des personnes de tous les âges, particulièrement les enfants de 6 mois à 4 ans.

Les fièvres typhoïde et paratyphoïde sont rares dans les pays développés grâce aux meilleures mesures d'hygiène et à l'assainissement des eaux. En Amérique du Nord, les fièvres typhoïde et paratyphoïde sont surtout contractées lors d'un voyage dans un pays en voie de développement. Au Québec, de 2009 à 2014, 25 cas ou moins de fièvres typhoïde et paratyphoïde ont été déclarés par année.

Tableau clinique

Les *Salmonella* sont responsables d'un large spectre de maladies.

Dans les cas de salmonellose autres que *typhi* et *paratyphi*, les symptômes les plus fréquents sont diarrhée, vomissements, fièvre et crampes abdominales. Du sang peut être visible dans les selles. Une infection asymptomatique est également possible.

Les fièvres typhoïde et paratyphoïde causent une maladie systémique dont les principaux symptômes sont la fièvre et moins fréquemment les douleurs abdominales. On peut aussi observer des nausées, des vomissements, de la constipation, une éruption cutanée, hépatosplénomégalie ainsi que des manifestations neuropsychiatriques. Une fièvre prolongée durant de 3 à 4 semaines survient fréquemment. Les *Salmonella paratyphi* causent en général une maladie moins grave que les *Salmonella typhi*.

Certaines personnes peuvent être asymptomatiques.

Complications

La salmonellose peut entraîner la déshydratation, une septicémie, une arthrite, une ostéomyélite, une méningite et même le décès.

Les fièvres typhoïde et paratyphoïde peuvent entraîner des hémorragies, des perforations intestinales et même le décès.

Certaines personnes sont plus à risque de complications ou d'infections envahissantes :

- Les très jeunes enfants.
- Les femmes enceintes.
- Les personnes avec maladie gastro-intestinale chronique.
- Les personnes souffrant d'asplénie fonctionnelle ou anatomique.
- Les personnes immunosupprimées.

Durée de la maladie

Les salmonelloses (autres que *typhi* et *paratyphi*) se guérissent fréquemment en 4 à 7 jours.

Les fièvres typhoïde et paratyphoïde non traitées peuvent durer plusieurs semaines.

Modes de transmission

La transmission se fait par ingestion de la bactérie :

- Par véhicule commun : aliments contaminés et eau contaminée (plus rare, principalement en région endémique).
- Par contact indirect.
- Par contact direct.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation pour la salmonellose (de sérotypes autres que *typhi* et *paratyphi*) est généralement d'une durée de 12 à 36 heures, mais peut aller de 6 à 72 heures suivant l'ingestion de la bactérie.

Pour les fièvres typhoïde et paratyphoïde, la période d'incubation se situe entre 7 et 14 jours, mais peut varier entre 3 et 60 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que la bactérie est présente dans les selles. Après l'infection, la bactérie est rarement excrétée plus de 8 semaines. Chez les enfants de moins de 5 ans, les personnes immunosupprimées et les personnes ayant reçu des antibiotiques, la bactérie peut être excrétée plus longtemps, voire jusqu'à 1 an.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de faire une salmonellose.

Immunité

Les salmonelloses ne confèrent pas d'immunité, sauf la fièvre typhoïde qui peut conférer une immunité dans les pays endémiques.

Il existe 2 types de vaccins contre la fièvre typhoïde (vaccin injectable inactivé et vaccin oral vivant atténué contre la fièvre typhoïde). Ces vaccins peuvent être administrés aux personnes avant leur départ pour un pays à risque. Pour plus d'information, voir les sections [10.6.5](#) et [10.6.6](#) du PIQ.

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique.
- Investigations :
 - cultures bactériennes (selles, sang et autres sites présumés infectés);
 - TAAN.

Traitement

◆ Spécifique

Antibiotiques. La plupart des gens atteints de salmonellose guérissent sans traitement. L'antibiothérapie n'est habituellement pas indiquée pour les personnes avec peu ou pas de symptômes, car le traitement ne diminue pas la durée de la diarrhée et peut prolonger l'état de porteur de la bactérie dans les selles.

Le traitement antibiotique est indiqué dans les cas de maladie grave ou compliquée, incluant les bactériémies et les fièvres typhoïde et paratyphoïde, ou chez les personnes à risque de complications, dont les enfants de moins de 3 mois.

◆ De soutien

- Hydratation et remplacement électrolytique au besoin.
- Les anti-diarrhéiques sont contre-indiqués.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Analgésique pour la douleur.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP en présence d'agrégats ou d'éclosion de salmonellose et pour tous les cas de fièvres typhoïde et paratyphoïde. Aucune enquête n'est prévue s'il s'agit d'un cas isolé de salmonellose.

Si l'infirmière du CLSC est informée d'une situation suspecte de transmission active (ex. : plus d'une personne présente des symptômes) ou d'une situation à risque élevé de transmission (ex. : la personne manipule et prépare des aliments ou travaille dans un service de garde ou une école), elle doit communiquer avec la DSP.

Il y a éclosion si 2 cas confirmés et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps ou de personnes sont déclarés.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.
- Identifier et contrôler une source commune de contamination :
 - service de garde;
 - eau potable et eau de baignade;
 - aliments;
 - animaux : rechercher la présence d'animaux ou d'occasions d'exposition aux animaux.
- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l'infirmière du CLSC au besoin.
- Communiquer avec le MAPAQ au besoin.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- Salmonellose autre que *typhi* et *paratyphi* :
 - L'enfant doit être exclu selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#);
 - Si le sujet manipule ou prépare des aliments, le retrait ou la réaffectation est recommandé jusqu'à 48 heures après la disparition des symptômes. Pour plus de détails, voir http://mapaq.gouv.qc.ca/fr/Restauration/Qualitedesaliments/Toxiinfection_salimentaires/Pages/recommandations.aspx;
 - Les activités de baignade sont à éviter jusqu'à la fin des symptômes.
- Fièvres typhoïde et paratyphoïde :
 - En service de garde, le sujet doit être exclu jusqu'à l'obtention de 3 analyses de selles négatives recueillies à au moins 24 heures d'intervalle. Le premier prélèvement doit être fait au moins 48 heures après la fin du traitement antibiotique;
 - En milieu scolaire, le sujet doit être exclu jusqu'à 48 heures après la fin des symptômes;
 - Si le sujet manipule ou prépare des aliments, le retrait ou la réaffectation est recommandé jusqu'à l'obtention de 3 analyses de selles négatives. Pour plus de détails, voir : <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Restauration/Qualitedesaliments/Toxiinfectionsalimentaires/Pages/recommandations.aspx>.
 - Les activités de baignade sont à éviter jusqu'à la fin des symptômes.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants et les adultes fréquentant ce service ainsi que les personnes de la maison;
 - Dans un CPE ou une garderie :
 - les enfants et les éducatrices appartenant au même groupe que le sujet ou à tout autre groupe dans lequel on a noté un excès de cas de diarrhée. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée,
 - lors de fièvres typhoïde et paratyphoïde, les enfants et le personnel du service de garde;
 - Dans une école primaire : le personnel et les enfants de la classe. La décision d'élargir à d'autres individus doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles;
 - Dans une école secondaire : les contacts sexuels et les personnes identifiées au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec le sujet.

- En présence d'un seul cas de salmonellose autre que *typhi* ou *paratyphi*, aucune intervention n'est nécessaire.
- En cas d'éclosion de salmonellose autre que *typhi* et *paratyphi* :
 - Communiquer avec la DSP;
 - En accord avec la DSP, remettre la lettre explicative n° 1 aux contacts identifiés.
- En présence d'un seul cas de fièvre typhoïde ou paratyphoïde :
 - En accord avec la DSP, remettre la lettre explicative n° 2 aux contacts identifiés;
 - Un dépistage de tous les enfants et membres du personnel peut être jugé nécessaire par la DSP. Tous les cas positifs devront être exclus, même s'ils sont asymptomatiques, conformément à la prise en charge des sujets.
- Diriger le contact vers un médecin lorsqu'il présente des symptômes pour qu'une recherche de *Salmonella* dans les selles soit effectuée et, s'il y a lieu, qu'un traitement soit administré.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments .
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .
	Chapitre 4, section : Port de gants .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'eau .
	Chapitre 4, section : Animaux . Chapitre 5, section Situations particulières : Morsure, griffure et contact avec la salive d'un animal .

Suivi

- Surveiller l'apparition de symptômes chez les enfants et les membres du personnel.
- Si de nouveaux cas surviennent, prendre en charge les sujets et mettre en place les mesures de contrôle :
 - Réévaluer la situation;
 - Rehausser l'application des mesures d'hygiène;
 - Communiquer avec la DSP;
 - Une visite du milieu peut être recommandée par la DSP.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL (N° 1)**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un test de laboratoire.
- Les MADO doivent toujours être signalées à la DSP afin qu'elle valide la démarche.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de la DSP.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Salmonellose

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Des personnes du service de garde ou de l'école ont reçu un diagnostic de salmonellose. Cette maladie est causée par une bactérie. Vous trouverez ci-joint de l'information sur cette maladie.

Si un enfant présente de la diarrhée, il devrait rester à la maison si :

- Il est trop malade pour participer aux activités du service de garde ou de la classe.
- La diarrhée a été accompagnée de 2 vomissements ou plus au cours des 24 dernières heures.
- Il fait de la fièvre.
- Il y a présence de mucus ou de sang dans ses selles.
- Il est incapable d'utiliser les toilettes pour chacune de ses selles (incontinent).
- Il porte des couches (il pourra revenir après l'épisode aigu s'il va bien et que ses selles sont contenues dans la couche).

Une personne qui présente les symptômes de cette maladie devrait consulter un médecin.

Apportez cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin. Si des tests sont faits sur les selles et confirment le diagnostic de salmonellose, s'il vous plaît, informez-en le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

SALMONELLOSE

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS

Qu'est-ce que la salmonellose?

La salmonellose est une infection intestinale causée par une bactérie. Elle peut causer de la diarrhée, des vomissements, de la fièvre et des crampes abdominales. La diarrhée peut être sanguinolente à l'occasion. Toutefois, la salmonellose ne cause souvent pas de symptômes.

Comment se transmet-elle?

La salmonellose s'acquiert par ingestion de la bactérie. Celle-ci peut se trouver sur les fruits et légumes crus (surtout les graines germées et les cantaloups), dans des aliments (ex. : œufs crus, produits laitiers non pasteurisés, viandes et volailles insuffisamment cuites) et plus rarement dans l'eau de puits. Parfois, la bactérie peut contaminer l'environnement, surtout en présence d'animaux (reptiles, amphibiens et rongeurs) et être ingérée par la personne lorsqu'elle porte ses mains à sa bouche.

Comment la détecter?

Des tests sur les selles doivent être faits pour confirmer la maladie.

Comment la salmonellose est-elle traitée?

Seules les personnes ayant des symptômes persistants (plus de 10 à 14 jours) ou étant à risque de complications ont besoin d'un traitement, qui consiste en des antibiotiques donnés par la bouche.

Comment prévenir la salmonellose?

On peut prévenir la maladie en appliquant les mesures d'hygiène habituelles :

— En se lavant les mains :

- après être allé aux toilettes;
- après avoir changé la couche d'un enfant;
- après avoir aidé un enfant à aller aux toilettes;
- avant de manipuler des aliments;
- après avoir manipulé des œufs, de la viande et de la volaille crus;
- après avoir touché un animal ou son environnement;
- avant de manger.

— En appliquant les règles de sécurité des aliments. Pour ces règles, voir le *Guide du consommateur de l'épicerie à la maison* publié par le MAPAQ : http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Publications/MAPAQ_guide_consommateur.pdf.

— En nettoyant et en désinfectant fréquemment les surfaces contaminées, en particulier la table à langer, les toilettes, comptoirs et robinets de la salle de bain, les jouets des enfants.

— En évitant de boire de l'eau à l'occasion de la baignade.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL (N° 2)**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un test de laboratoire.
- Les MADO doivent toujours être signalées à la DSP afin qu'elle valide la démarche.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de la DSP.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Fièvre typhoïde ou fièvre paratyphoïde

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Une personne au service de garde ou à l'école a reçu un diagnostic de fièvre typhoïde ou paratyphoïde. Cette maladie est causée par une bactérie. Vous trouverez ci-joint de l'information sur cette maladie.

Si une personne qui fréquente le milieu présente les symptômes de cette maladie, elle devrait consulter un médecin pour que des tests sur les selles soient faits. Elle devrait rester à la maison en attendant les résultats.

Apportez cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin. Si des tests sont faits sur les selles et confirment le diagnostic de fièvre typhoïde ou paratyphoïde, s'il vous plaît, informez-en le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

FIÈVRES TYPHOÏDE ET PARATYPHOÏDE

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS

Qu'est-ce que la fièvre typhoïde et la fièvre paratyphoïde?

Les fièvres typhoïde et paratyphoïde sont des infections causées par des bactéries du genre *Salmonella*. Les fièvres typhoïde et paratyphoïde sont rares dans les pays développés grâce aux meilleures mesures d'hygiène, à la meilleure qualité de l'eau potable et au traitement des eaux usées. En Amérique du Nord, les fièvres typhoïde et paratyphoïde s'acquièrent surtout lors d'un voyage dans un pays en voie de développement. Les fièvres typhoïde et paratyphoïde causent de la fièvre et moins fréquemment des douleurs abdominales. Elles peuvent aussi causer des nausées, des vomissements, de la constipation et une éruption cutanée.

Comment se transmettent-elles?

Les fièvres typhoïde et paratyphoïde se transmettent le plus souvent par l'ingestion de la bactérie. Celle-ci peut se trouver dans des aliments et plus rarement dans l'eau (sauf dans les pays en voie de développement). Parfois, la bactérie peut contaminer l'environnement et être ingérée par la personne lorsqu'elle porte ses mains à sa bouche.

Comment les détecter?

Des tests sur les selles doivent être faits pour confirmer le diagnostic. Parfois, une prise de sang peut être nécessaire.

Comment la fièvre typhoïde ou paratyphoïde est-elle traitée?

Le traitement consiste en des antibiotiques donnés par la bouche.

Comment prévenir la fièvre typhoïde ou paratyphoïde?

On peut prévenir la maladie en appliquant des mesures d'hygiène habituelles :

— En se lavant les mains :

- après être allé aux toilettes;
- après avoir changé la couche d'un enfant;
- après avoir aidé un enfant à aller aux toilettes;
- avant de manipuler des aliments;
- après avoir manipulé des œufs, de la viande et de la volaille crus;
- après avoir touché un animal ou son environnement;
- avant de manger.

— En appliquant les règles de sécurité des aliments. Pour ces règles, voir le *Guide du consommateur de l'épicerie à la maison* publié par le MAPAQ : http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Publications/MAPAQ_guide_consommateur.pdf.

— En nettoyant et en désinfectant fréquemment les surfaces contaminées, en particulier la table à langer, les toilettes, comptoirs et robinets de la salle de bain, les jouets des enfants.

— En évitant de boire de l'eau à l'occasion de la baignade.

SGA (INFECTIONS INVASIVES OU NON INVASIVES À)

Les infections invasives à SGA sont des **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le SGA est une bactérie. Il existe plus de 200 sérotypes de SGA.

Les infections à SGA comprennent des infections invasives et des infections non invasives.

Parmi les infections non invasives, on trouve les IVRS (pharyngo-amygdalite, scarlatine, sinusite et otite) de même que les infections de la peau et des tissus mous (ex. : impétigo, érysipèle, cellulite, incluant périarite).

Les infections invasives comprennent notamment la méningite, la septicémie, la bactériémie, l'arthrite septique, la myosite (infection du muscle) et la fasciite (infection du fascia du muscle). En général, on considère qu'il s'agit d'une infection invasive dès que le SGA est isolé d'un site normalement stérile comme le sang, le LCR et le liquide articulaire. Les infections invasives sont considérées comme graves dans les cas suivants : nécrose des tissus mous (fasciite ou myosite nécrosante ou gangrène), pneumonie, méningite, choc toxique (syndrome causé par des toxines libérées par la bactérie) ou décès. Cette précision est importante parce qu'elle influencera les mesures à prendre.

Épidémiologie

Les infections non invasives sont les plus fréquentes. Les infections invasives sont rares. À titre informatif, ces dernières ont eu un taux d'incidence moyen d'environ 4 cas sur 100 000 habitants pour la période de 2008 à 2015 au Québec. L'incidence est beaucoup plus élevée dans les régions du nord du Québec (Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James).

Dans les climats tempérés, la pharyngo-amygdalite à SGA est plus fréquente de la fin de l'automne jusqu'au printemps, alors que l'impétigo est plus fréquent en saison estivale.

Jusqu'à 20 % des enfants d'âge scolaire sont porteurs asymptomatiques du SGA au cours de l'hiver et au printemps dans les pays de climat tempéré. Le risque de transmission par ces porteurs asymptomatiques est faible.

Des cas d'infections non invasives à SGA (ex. : pharyngo-amygdalite, scarlatine, impétigo) peuvent se propager facilement dans les services de garde et les écoles, mais les éclosions d'infections invasives à SGA sont rares chez les enfants. L'atteinte à l'intégrité de la peau, par exemple blessure, brûlure, varicelle et autres, est un facteur de risque reconnu des infections invasives à SGA.

Au cours des dernières années, une résistance des souches invasives du SGA à la clindamycine et aux macrolides a été notée, mais il n'y a pas de résistance à la pénicilline.

Tableau clinique

Comme le SGA peut causer plusieurs types d'infections, sa présentation clinique peut varier.

◆ Pharyngo-amygdalite

Les signes et symptômes de la pharyngo-amygdalite sont fièvre, mal de gorge, perte d'appétit, nausées et vomissements, céphalées, hyperémie du pharynx ou des amygdales avec ou sans exsudat, pétéchies au palais et adénopathies cervicales sensibles à la palpation.

◆ Scarlatine

La scarlatine est caractérisée par une éruption cutanée et est associée à la pharyngo-amygdalite à SGA et, plus rarement, à une infection cutanée à SGA. Les principaux signes et symptômes de la scarlatine sont une langue framboisée et un érythème cutané donnant une sensation de papier sablé et atteignant le cou, la poitrine et l'abdomen. L'érythème est plus intense aux plis de flexion. L'éruption cutanée disparaît après environ 1 semaine, et l'on peut observer une desquamation de la peau, surtout aux extrémités.

◆ Impétigo

L'impétigo est une infection cutanée causant des lésions indolores purulentes, bien circonscrites et croûteuses. Les lésions sont rarement accompagnées de fièvre et de malaises généraux.

◆ Cellulite, incluant périonite

Cette infection cutanée se manifeste par de la rougeur, de la chaleur et de la douleur au site de l'infection. Elle est souvent précédée par un bris cutané (ex. : traumatisme, varicelle). Elle peut être accompagnée ou non de fièvre et de symptômes généraux.

◆ Infections invasives

Généralement, les infections invasives à SGA se manifestent par de la fièvre et d'autres symptômes liés au site atteint. Certaines de ces infections sont présentées au chapitre 6, dont la pneumonie et la méningite. Seules les présentations cliniques de la fasciite ou myosite nécrosante et du choc toxique sont décrites ici.

La fasciite ou myosite nécrosante est une infection profonde du muscle (myosite) ou de la gaine du muscle (fasciite) qui cause de la fièvre, une atteinte de l'état général et une douleur intense au site de l'infection. La peau de la région atteinte présente en général des signes de cellulite, mais ceux-ci peuvent être absents, et, fréquemment, la douleur est disproportionnée par rapport aux signes observables. L'infection peut évoluer très rapidement. En l'absence de traitement, la nécrose des tissus progresse et peut se manifester par des plaques bleutées et des lésions bulleuses.

Le choc toxique se manifeste par une hypotension avec au moins 2 des conditions cliniques suivantes : défaillance rénale, coagulopathie, atteinte hépatique, syndrome de détresse respiratoire de l'adulte, éruption érythémateuse, nécrose des tissus mous.

Complications

Les pharyngo-amygdalites à SGA non traitées peuvent entraîner le rhumatisme articulaire aigu (RAA), qui est une maladie multisystémique résultant d'une réaction auto-immune. Le RAA est très rare dans les pays industrialisés.

La glomérulonéphrite post-streptococcique est une atteinte limitée aux reins, provoquée par une pharyngo-amygdalite ou une infection de la peau à SGA (impétigo, cellulite et autres).

Les infections invasives à SGA peuvent entraîner la mort dans 10 à 15 % des cas. La létalité est plus élevée chez les personnes âgées et en présence d'un choc toxique.

Durée de la maladie

Les infections non invasives à SGA peuvent parfois guérir spontanément après une période de temps variable. Le traitement antibiotique des infections non invasives raccourcit la durée et la gravité de la maladie. Ainsi, lorsqu'ils sont traités, l'impétigo et la pharyngo-amygdalite à SGA durent rarement plus de 7 jours.

La durée de chaque infection invasive à SGA varie selon la réponse au traitement.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec des sécrétions respiratoires ou des lésions cutanées infectées :

- Par contact direct.
- Par contact indirect.
- Par projection de gouttelettes.
- Par véhicule commun : des éclosions de pharyngo-amygdalite ont été décrites à la suite de contamination alimentaire.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

Pour la pharyngo-amygdalite à SGA, la période d'incubation est de 2 à 5 jours.

Pour l'impétigo, elle est de 7 à 10 jours.

Pour les infections invasives, elle est moins bien connue, mais plusieurs cas de choc toxique sont survenus de 24 à 72 heures après un traumatisme mineur non pénétrant. Une durée plus courte est possible lors de traumatisme pénétrant.

Période de contagiosité

La contagiosité de la pharyngo-amygdalite à SGA est maximale durant la phase aiguë et dure jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique. Lorsque la pharyngo-amygdalite n'est pas traitée, la contagiosité diminue graduellement sur plusieurs semaines et est grandement diminuée après 2 à 3 semaines.

L'impétigo causé par le SGA est contagieux jusqu'à ce que les lésions soient guéries. Lorsque l'impétigo est traité par des antibiotiques, il est contagieux jusqu'à 24 heures après le début du traitement.

Aux fins d'intervention, les infections invasives à SGA sont considérées comme contagieuses 7 jours avant le début des symptômes et jusqu'à 24 heures après le début d'un traitement antibiotique approprié.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une infection à SGA.

Immunité

Chaque infection à SGA confère une immunité seulement contre le sérotype en cause.

Il n'existe aucun vaccin contre le SGA.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations :

- test de détection rapide de l'antigène streptococcique sur un prélèvement pharyngé;
- culture de gorge, culture de lésion ou de pus, hémoculture et culture d'autres liquides biologique selon le site atteint;
- dans le cas d'une infection invasive, plusieurs investigations spécialisées peuvent être nécessaires (ex. : tomographie par ordinateur, imagerie par résonance magnétique [IRM] et autres).

Traitement

◆ Spécifique

- Antibiotique.
- Une chirurgie peut être nécessaire dans le cas d'une infection invasive.

◆ De soutien

- Analgésique pour la douleur.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Des soins spécialisés d'urgence et intensifs peuvent être nécessaires dans certains cas.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP pour chaque cas d'infection invasive à SGA.

Une enquête peut être réalisée par la DSP en présence d'agrégats ou d'éclosion d'infection non invasive à SGA.

Aucune enquête n'est requise s'il s'agit d'un cas isolé d'infection non invasive à SGA.

En présence d'infection **non invasive** (ex. : pharyngo-amygdalite, impétigo, cellulite), s'assurer que la présence de SGA a été confirmée par un test de laboratoire (ex. : culture de gorge et autres). Si aucune analyse n'a révélé la présence de SGA, voir les sections correspondantes au chapitre 6 (ex. : pharyngo-amygdalite, infection cutanée...).

Si l'infirmière du CLSC est informée d'une situation suspecte de transmission active (ex. : plus d'une personne présente des symptômes), elle peut, au besoin, communiquer avec la DSP.

Il y a éclosion si 2 cas confirmés et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps ou de personne sont déclarés.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.
- Prévenir la transmission de l'infection aux contacts.
- Diriger vers un médecin les contacts symptomatiques.
- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l'infirmière du CLSC au besoin.
- Identifier et éliminer une source commune de contamination par exemple :
 - service de garde;
 - aliments.

Mesures de contrôle

Pour les infections **invasives** à SGA, les mesures de contrôle seront communiquées par la DSP.

Les recommandations suivantes s'appliquent seulement aux infections **non invasives**.

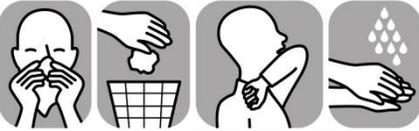
◆ **Sujet**

- S'assurer de l'administration d'un traitement au sujet.
- Exclure le sujet jusqu'à au moins 24 heures après le début du traitement antibiotique ou jusqu'à ce que son état lui permette de revenir au service de garde ou à l'école (pour les critères d'exclusion d'un enfant, voir le tableau 3 du [chapitre 3](#)).
- En présence de lésions cutanées, le sujet doit, si possible, couvrir ses lésions avec un pansement étanche et propre.
- Si le sujet prépare ou manipule des aliments, il doit en tout temps couvrir ses lésions. Le retrait ou la réaffectation est recommandé en présence de lésions infectées sur les mains, les avant-bras ou des régions du corps exposées impossible à couvrir complètement avec un pansement propre et étanche (ex. : paupière, visage, cuir chevelu, cou). Pour plus de détails, voir <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Restauration/Qualitedesaliments/Toxiinfectionsalimentaires/Pages/recommandations.aspx>.

◆ Contacts

- En fonction de la période de contagiosité, considérer comme contacts les personnes habitant sous le même toit que le sujet et les contacts sexuels qui présentent des symptômes. Ces personnes devraient consulter pour être examinées et, au besoin, être traitées.
- En présence d'un seul cas, aucune autre intervention n'est nécessaire.
- En cas d'écllosion (voir ci-dessus), considérer aussi comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants fréquentant ce service et les personnes de la maison ayant des contacts avec les enfants;
 - Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au groupe du cas. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;
 - Dans une école primaire : le personnel et les enfants de la classe. La décision d'élargir à d'autres individus doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles;
 - Dans une école secondaire : les contacts ne sont habituellement pas des contacts significatifs.
- Remettre une lettre aux contacts identifiés.
- Les contacts d'infection prouvée à SGA qui sont symptomatiques doivent consulter pour être examinés, passer les tests (culture et autres) et être traités si une infection à SGA est confirmée.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments .

Suivi

Aucun, sauf en cas de maladie invasive grave selon les recommandations de la DSP.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un test de laboratoire.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Infection à streptocoque

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Actuellement, au service de garde ou à l'école, des personnes souffrent d'une infection à streptocoque. Le streptocoque est une bactérie et peut causer différentes infections, par exemple des infections de la peau (impétigo) ou de la gorge (pharyngo-amygdalite). Une pharyngo-amygdalite à streptocoque se manifeste souvent par de la fièvre, des maux de gorge, un gonflement des ganglions et, parfois, des nausées et des vomissements. S'il y a en plus une éruption cutanée, on parle alors de scarlatine.

Si une personne qui fréquente le milieu présente les symptômes de cette maladie, elle devrait consulter un médecin. Des tests de laboratoire seront faits et des antibiotiques seront prescrits au besoin.

Les personnes qui souffrent d'une infection à streptocoque sont exclues du service de garde ou de l'école jusqu'à au moins 24 heures après le début du traitement antibiotique ou jusqu'à ce que leur état leur permette de revenir au service de garde ou à l'école.

Apportez cette lettre avec vous lors de la consultation médicale.

Si l'infection est confirmée, nous vous encourageons à en aviser le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

SHIGELLOSE

La shigellose est une **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La shigellose est une infection intestinale causée par une bactérie du genre *Shigella*. Il existe 4 espèces de *Shigella* : *S. sonnei*, *S. flexneri*, *S. dysenteriae* et *S. boydii*.

Les manifestations cliniques observées lors d'une shigellose sont surtout consécutives à l'envahissement de la muqueuse intestinale par la bactérie.

S. dysenteriae peut sécréter des toxines et être responsable d'un SHU avec atteinte des systèmes sanguin et rénal.

Épidémiologie

L'homme et certains autres primates sont les seuls réservoirs des différentes espèces de *Shigella*.

Parmi les infections entériques bactériennes, la shigellose est la plus facilement transmissible. Des études menées chez des volontaires sains ont montré que de 10 à 100 bactéries seulement étaient suffisantes pour entraîner la maladie chez des individus en bonne santé; la résistance à l'acidité gastrique pourrait être l'une des raisons qui expliquent la pathogénicité d'un aussi faible inoculum.

La shigellose existe partout dans le monde, mais elle est plus fréquente dans les pays en voie de développement, surtout dans les régions où l'approvisionnement en eau potable est limité.

La résistance aux antibiotiques des différentes espèces de *Shigella* est préoccupante et s'observe surtout pour les souches contractées à l'étranger.

La plupart des cas de shigellose dans les pays développés sont attribuables à *S. sonnei* et à *S. flexneri*. *S. dysenteriae* est rarement mise en cause et s'observe en général chez des personnes ayant séjourné dans des pays en voie de développement.

Mondialement, le nombre de cas est estimé à environ 100 millions annuellement, dont 1 million de décès. Aux États-Unis, on estime à 450 000 le nombre de cas par année, causant environ 70 décès. Au Québec, dans les 3 dernières années, une moyenne de 112 cas a été rapportée annuellement.

Des éclosions de shigellose causées par *S. sonnei* ont été documentées au Québec. Celles-ci ont été liées à de l'eau contaminée, à une chaîne de restaurants, à des communautés religieuses et aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Des éclosions ont été décrites dans les services de garde, notamment aux États-Unis. Les jeunes enfants sont plus à risque d'être infectés et d'être une source de contamination pour l'environnement. Certaines études ont semblé indiquer que l'absence d'infrastructure pour le changement des couches dans chaque local était un facteur de risque majeur pour la persistance de l'éclosion.

Des éclosions dans des écoles ont aussi été décrites, mais beaucoup moins fréquemment.

L'incidence la plus élevée de shigellose se trouve chez les enfants d'âge préscolaire, en particulier les enfants de moins de 4 ans. Pour ce groupe d'âge, on rapporte un nombre élevé de cas secondaires qui varie selon l'âge des autres membres de la famille.

Tableau clinique

Le plus souvent, les personnes atteintes présentent une diarrhée aiguë accompagnée de crampes abdominales. Environ 33 % des cas auront de la fièvre, du sang ou du mucus dans les selles.

Les infections causées par *S. sonnei* donnent le plus souvent des diarrhées aqueuses qui disparaissent fréquemment d'elles-mêmes, mais peuvent aussi être asymptomatiques. Les infections causées par *S. dysenteriae* sont responsables des atteintes les plus graves. Les infections causées par *S. flexneri* et *S. boydii* donnent un tableau clinique de gravité variable, mais, globalement, elles sont moins graves que les infections causées par *S. dysenteriae*.

Complications

Les complications de la shigellose sont rares et surviennent plus fréquemment avec les espèces autres que *S. sonnei*.

Les complications comprennent la déshydratation et les désordres électrolytiques, la septicémie, certaines manifestations neurologiques (céphalées, convulsions, léthargie, confusion, coma), un SHU, un prolapsus rectal chez les enfants, un mégacôlon toxique et une perforation colique. Des arthrites réactives et des syndromes de Reiter (triade arthrite, conjonctivite et urétrite) ont aussi été décrits.

Les personnes les plus à risque de maladie grave sont les personnes immunosupprimées, les enfants souffrant de malnutrition et les personnes âgées.

Durée de la maladie

La maladie dure en moyenne de 4 à 7 jours, mais peut se prolonger chez les personnes immunosupprimées.

Modes de transmission

La transmission se fait par ingestion de la bactérie :

- Par véhicule commun : aliments contaminés et eau contaminée (plus rare, principalement en région endémique).
- Par contact indirect.
- Par contact direct, incluant contact sexuel.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation est de 1 à 4 jours, mais peut atteindre 7 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 4 à 6 semaines suivant le début de la maladie, mais elle pourrait persister plus longtemps, par exemple chez un enfant immunosupprimé.

Une antibiothérapie adéquate diminue la période d'excrétion, et la culture de selles est normalement négative 72 heures après le début de l'antibiothérapie.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la 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 contre la shigellose.

Méthodes diagnostiques

Investigations : recherche de *Shigella* dans les selles en laboratoire (culture).

Traitement

◆ Spécifique

Il n'est pas nécessairement indiqué de traiter les infections bénignes causées par *S. sonnei* avec des antibiotiques, car il s'agit le plus souvent d'une infection qui se guérit en quelques jours.

Un traitement antibiotique est généralement recommandé pour les infections causées par les autres espèces de *Shigella* ou lorsqu'il s'agit d'une personne à risque de transmettre la maladie, dont les manipulateurs d'aliments et les travailleurs en service de garde, d'une infection grave ou d'une personne immunosupprimée.

◆ De soutien

- Hydratation et remplacement électrolytique au besoin.
- Les antidiarrhéiques sont contre-indiqués.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Analgésique pour la douleur.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP pour tous les cas de shigellose.

Si l'infirmière du CLSC est informée d'une situation suspecte de transmission active (ex. : plus d'une personne présente des symptômes) ou d'une situation à risque élevé de transmission (ex. : la personne manipule et prépare des aliments ou travaille dans un service de garde ou une école), elle doit communiquer avec la DSP.

Il y a éclosion si 2 cas confirmés et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps ou de personne sont déclarés.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.
- Identifier et contrôler une source commune de contamination :
 - service de garde;
 - eau potable et eau de baignade;
 - aliments.
- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l'infirmière du CLSC au besoin.
- Communiquer avec le MAPAQ au besoin.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- En service de garde en milieu familial, en CPE ou en garderie :
 - S'il s'agit d'une infection par *S. sonnei*, exclure le sujet jusqu'à 48 heures après la disparition des diarrhées, sans exiger de culture de contrôle;
 - S'il s'agit d'une infection par *S. flexneri*, *S. boydii* ou *S. dysenteriae*, exclure le sujet jusqu'à l'obtention de 2 cultures de selles négatives consécutives recueillies à 24 heures d'intervalle et au moins 24 heures après la fin des symptômes. En cas de traitement antibiotique, le 1^{er} spécimen doit être recueilli au moins 48 heures après la fin du traitement.
- En milieu scolaire primaire ou secondaire, exclure le sujet, peu importe l'espèce de *Shigella*, jusqu'à 48 heures après la disparition des diarrhées, sans exiger de culture de contrôle. S'il est déjà de retour en classe lors du diagnostic et qu'il est asymptomatique, ne pas l'exclure.

- Si le sujet prépare ou manipule des aliments, peu importe l'espèce de *Shigella*, l'exclure du service de garde ou de l'école jusqu'à l'obtention de 2 analyses de selles négatives consécutives recueillies à 24 heures d'intervalle et au moins 24 heures après la disparition des symptômes. En cas de traitement antibiotique, le 1^{er} spécimen doit être recueilli au moins 48 heures après la fin du traitement. Pour plus de détails, voir <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Restauration/Qualitedesaliments/Toxiinfectionsalimentaires/Pages/recommandations.aspx>.
- Recommander d'éviter les activités de baignade jusqu'à disparition de la diarrhée ou jusqu'à 1 semaine après la fin de la diarrhée pour les personnes incontinentes.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants et les adultes fréquentant ce service ainsi que les personnes de la maison;
 - Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au même groupe que le sujet ou à tout autre groupe dans lequel on a noté un excès de cas de diarrhée. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;
 - Dans une école primaire : le personnel et les enfants de la classe. La décision d'élargir à d'autres individus doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles;
 - Dans une école secondaire : les contacts sexuels et les personnes identifiées au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec le sujet.
- En accord avec la DSP, remettre une lettre explicative aux contacts identifiés en présence d'un seul cas déclaré en service de garde ou lors d'une éclosion.
- Diriger le contact vers un médecin lorsqu'il présente des symptômes pour qu'une recherche de *Shigella* dans les selles soit effectuée.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments .
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .
	Chapitre 4, section : Port de gants .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'eau .

Suivi

- Surveiller l'apparition de symptômes chez les enfants et les membres du personnel.
- Si de nouveaux cas surviennent, prendre en charge les sujets et mettre en place les mesures de contrôle :
 - Réévaluer la situation;
 - Rehausser l'application des mesures d'hygiène;
 - Communiquer avec la DSP;
 - Une visite du milieu peut être recommandée par la DSP.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un test de laboratoire.
- Les MADO doivent toujours être signalées à la DSP afin qu'elle valide la démarche.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de la DSP.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Shigellose

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Présentement, au service de garde ou à l'école, une personne souffre de shigellose. Cette maladie est causée par une bactérie. Vous trouverez ci-joint de l'information sur cette maladie.

Si une personne qui fréquente le milieu présente les symptômes de cette maladie, elle devrait consulter un médecin pour que des tests sur les selles soient faits. Elle devrait rester à la maison en attendant les résultats.

Apportez cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin. Si des tests sont faits sur les selles et confirment le diagnostic de shigellose, s'il vous plaît, informez-en le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

SHIGELLOSE

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS

Qu'est-ce que la shigellose?

La shigellose est une infection intestinale causée par une bactérie appelée *Shigella*. Elle se manifeste par de la diarrhée accompagnée de fièvre et de crampes abdominales. Il peut y avoir du sang ou du mucus dans les selles.

Comment se transmet-elle?

La bactérie est présente dans les selles de la personne malade. La shigellose s'acquiert par ingestion de la bactérie. La maladie peut se transmettre par des aliments, de l'eau, des mains ou des objets contaminés. Parfois, la bactérie peut contaminer l'environnement et être ingérée par la personne lorsqu'elle porte ses mains ou un objet contaminé à sa bouche.

C'est une maladie très contagieuse, et la personne infectée peut transmettre la bactérie durant une période pouvant aller jusqu'à quatre semaines, même si elle n'a plus de symptômes. Elle ne doit pas préparer d'aliments ou de boissons pour d'autres personnes, ni donner des soins, ni fréquenter un service de garde.

Comment la détecter?

Des tests sur les selles doivent être faits pour confirmer la maladie.

Comment la shigellose est-elle traitée?

Le traitement consiste à réhydrater la personne. En général, il n'est pas indiqué de traiter les infections bénignes avec des antibiotiques, car il s'agit le plus souvent d'une infection qui se guérit en quelques jours.

Un traitement antibiotique est recommandé lorsque la personne atteinte est à risque de transmettre la maladie (ex. : les manipulateurs d'aliments et les travailleurs en service de garde), est immunosupprimée ou présente une infection grave.

Comment prévenir la shigellose?

On peut prévenir la maladie en appliquant les mesures d'hygiène habituelles;

— En se lavant les mains :

- après être allé aux toilettes;
- après avoir changé la couche d'un enfant;
- après avoir aidé un enfant à aller aux toilettes;
- avant de manipuler des aliments;
- après avoir manipulé des œufs, de la viande et de la volaille crus;
- après avoir touché un animal ou son environnement;
- avant de manger.

— En appliquant les règles de sécurité des aliments. Pour ces règles, voir le *Guide du consommateur de l'épicerie à la maison* publié par le MAPAQ : https://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Publications/MAPAQ_guide_consommateur.pdf.

— En nettoyant et en désinfectant fréquemment les surfaces contaminées, en particulier la table à langer, les toilettes, comptoirs et robinets de la salle de bain, les jouets des enfants.

— En évitant de boire de l'eau à l'occasion de la baignade.

STAPHYLOCOCCUS AUREUS ET SARM

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le *Staphylococcus aureus* (ou staphylocoque doré) est une bactérie que l'on peut trouver normalement sur la peau et les muqueuses. Certains *Staphylococcus aureus* produisent des toxines et peuvent être responsables de divers syndromes, par exemple des intoxications alimentaires.

Le SARM est un *Staphylococcus aureus* résistant aux pénicillines semi-synthétiques, dont la méthicilline. Apparue dans les années 1960, le SARM était au début principalement acquis en milieu hospitalier (SARM-H ou SARM nosocomial). Par la suite, des cas d'infections causées par des SARM-AC ont été décrits.

Sur le plan génétique, les SARM-AC sont différents des SARM-H et présentent généralement des résistances différentes aux antibiotiques.

Épidémiologie

Le *Staphylococcus aureus* colonise la peau et les muqueuses de 10 à 40 % des enfants et des adultes en bonne santé. Les narines, la gorge, le périnée, les aisselles, le vagin et le rectum sont les sites les plus souvent colonisés. Le *Staphylococcus aureus* est l'agent pathogène le plus fréquemment trouvé dans les infections de la peau et des tissus mous.

Le SARM colonise les mêmes sites corporels que le *Staphylococcus aureus*, mais chez un moins grand nombre de personnes. Certains individus sont plus à risque d'être porteurs du SARM, en fonction de l'origine de la bactérie :

- Le SARM-H est majoritairement trouvé chez des individus ayant un lien avec le milieu hospitalier ou avec une prestation de soins.
- Le SARM-AC est plus fréquemment trouvé chez certains groupes d'individus ayant des contacts étroits entre eux (athlètes pratiquant des sports de contact, utilisateurs de drogues par injection, militaires, détenus, communautés autochtones, services de garde). Des éclosions ont d'ailleurs été décrites parmi ces groupes. Certains isolats de SARM-AC ont atteint des proportions épidémiques dans plusieurs régions du monde.

Par ailleurs, étant donné que des SARM-H peuvent se retrouver dans la communauté et que des SARM-AC peuvent se retrouver dans les milieux de soins, il devient difficile de catégoriser les SARM seulement sur une base épidémiologique.

Tableau clinique

Le *Staphylococcus aureus* cause principalement des infections de la peau et des tissus mous : abcès, furoncle, folliculite, impétigo, cellulite. Le *Staphylococcus aureus* peut également causer des infections profondes : endocardite, péritonite, pneumonie nécrosante, bactériémie, méningite, ostéomyélite, arthrite septique et infections des os, des articulations et des organes. Plus rarement, il est responsable de syndromes liés aux effets des toxines produites par la bactérie, par exemple le syndrome du choc toxique et l'intoxication alimentaire.

Chez les patients hospitalisés, le *Staphylococcus aureus*, dont le SARM-H, est le principal responsable de plusieurs types d'infections nosocomiales, notamment des infections de plaies post-opératoires ou de cathéter, des pneumonies et des septicémies.

Les infections à SARM-AC se manifestent le plus souvent par des infections bénignes de la peau, en particulier des abcès et des furoncles, mais peuvent être à l'origine d'infections très graves, même chez des individus en bonne santé, comme des pneumonies nécrosantes et des fasciites.

Complications

Les infections à *Staphylococcus aureus* et à SARM peuvent entraîner le même type de complications, par exemple des septicémies avec ou sans choc septique et même des décès.

Durée de la maladie

La durée de la maladie est variable et dépend du type d'infection et de la réponse au traitement.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec la peau, les lésions cutanées, le pus et les sécrétions respiratoires :

- Par contact direct.
- Par contact indirect.
- Par projection de gouttelettes en présence de pneumonie.
- Par véhicule commun : des éclosions de *Staphylococcus aureus* ont été décrites à la suite de contamination alimentaire.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation est inconnue.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que l'individu demeure colonisé ou infecté par la bactérie.

Réceptivité

Tous les individus sont susceptibles de faire une infection à *Staphylococcus aureus* ou à SARM.

Immunité

L'infection par le *Staphylococcus aureus* ou par le SARM ne confère aucune immunité.

Il n'existe aucun vaccin contre le *Staphylococcus aureus* ou le SARM.

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique.
- Culture bactérienne de lésions cutanées, pus, sang et autres spécimens, selon le site anatomique atteint.
- TAAN, utilisés occasionnellement pour le dépistage.
- En cas d'éclosion, aux fins d'enquête épidémiologique, le Laboratoire de santé publique du Québec pourrait effectuer des analyses supplémentaires pour vérifier si une souche de *Staphylococcus aureus* spécifique est responsable de l'éclosion.

Traitement

◆ Spécifique

- Pour les infections bénignes à *Staphylococcus aureus* et à SARM-AC chez les personnes en bonne santé (folliculites, furoncles, petit abcès sans cellulite) : drainage ou application d'un antibiotique topique.
- Pour les autres infections, une antibiothérapie est généralement nécessaire.
- La décolonisation du SARM peut être recommandée dans certaines circonstances pour les personnes colonisées ou infectées par le SARM. La décolonisation permet d'éliminer l'état de porteur de façon permanente ou transitoire à l'aide d'antibiotiques et de chlorhexidine topique.

◆ De soutien

Selon le tableau clinique.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête peut être réalisée par la DSP en présence d'une éclosion à *Staphylococcus aureus*.

Aucune enquête n'est réalisée pour un cas sporadique d'infection par le *Staphylococcus aureus* ou par le SARM.

Il y a éclosion si 2 cas et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps (à l'intérieur d'un délai de 20 jours) et de personne sont signalés, par exemple 2 cas et plus dans un service de garde, dans une même classe ou dans une même équipe sportive.

Avant toute intervention, le diagnostic doit être confirmé par un médecin traitant.

Toute éclosion devrait faire l'objet d'un signalement à la DSP. Les intervenants de santé publique devraient alors réaliser une enquête pour détailler la situation et émettre des recommandations.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

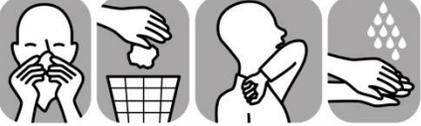
- L'enfant doit être exclu selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#) ou s'il :
 - Présente une plaie exsudative qui ne peut être couverte par un pansement;
 - Ne peut pas appliquer les mesures d'hygiène adéquates;
 - Est un athlète qui pratique un sport de contact. Il pourra reprendre ses activités sportives lorsque l'infection sera guérie.
- Si le sujet manipule ou prépare des aliments et présente des plaies infectées sur les mains, les avant-bras ou des régions du corps exposées impossibles à couvrir complètement par un pansement propre et étanche (ex. : paupière, visage, cuir chevelu, cou), le retrait ou la réaffectation est recommandé jusqu'à ce que les lésions soient sèches.
- Pour plus de détails, voir <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Transformation/Qualitedesaliments/toxiinfections/Pages/recommandations.aspx>.
- Pour les infections graves (endocardite, pneumonie, bactériémie, etc.), l'individu peut réintégrer le milieu lorsque sa condition médicale le lui permet.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants et les éducatrices fréquentant le service ainsi que les personnes de la maison ayant des contacts avec les enfants;
 - Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au groupe du cas. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;
 - Dans une école primaire ou secondaire : le personnel et les enfants de la classe. La décision d'élargir à d'autres individus doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles;
 - Dans une équipe sportive : les athlètes, les entraîneurs et les personnes liées à l'équipe.
- En cas d'éclosion d'infection à SARM, remettre une lettre explicative aux contacts.
- Le dépistage des contacts asymptomatiques par recherche du SARM dans les muqueuses nasales ou sur la peau n'est généralement pas recommandé. Il pourrait être recommandé par la DSP en cas d'éclosion dans les milieux où le nombre de contacts est limité (ex. : service de garde en milieu familial) si l'éclosion persiste malgré la mise en place adéquate des mesures de contrôle ou si plus d'une éclosion survient dans le même groupe à l'intérieur d'une période de 6 mois.

Mesures d'hygiène et environnement

Éviter le partage des articles personnels (vêtements, serviettes, peignes, brosses). Éviter le partage des déguisements et des équipements sportifs personnels (casques, uniformes, etc.) ou les laver après chaque utilisation.

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire . En présence de pneumonie seulement.

Suivi

Surveiller l'apparition de nouveaux cas d'infection au cours des 28 jours suivant l'apparition du dernier cas.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un médecin.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Présentement, au service de garde ou à l'école, des cas d'infections causées par une bactérie appelée SARM ont été rapportés. Cette bactérie cause parfois des infections de la peau comme des furoncles ou des infections de plaie. Le SARM est résistant à certains antibiotiques et, dans de rares cas, il peut causer des infections graves comme la pneumonie.

Le SARM peut se transmettre par des contacts avec les mains et les objets contaminés (jouets, objets personnels comme les serviettes ou l'équipement sportif). Le lavage des mains est le meilleur moyen de prévention et doit être associé au renforcement de l'hygiène personnelle, par exemple bain ou douche régulière, non-partage des objets personnels, pansement sur les blessures qui suintent ou les plaies tant qu'elles ne sont pas guéries.

Une personne qui présente de la fièvre, une infection de la peau ou des symptômes respiratoires devrait consulter un médecin.

Apportez cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin.

Si des tests confirment le diagnostic d'infection à SARM, s'il vous plaît, informez-en le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

TINEA CAPITIS (TEIGNE)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La *Tinea capitis* est une infection 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 canis* et à *Microsporum audouini* ainsi que les infections à *Trichophyton violaceum* et à *Trichophyton mentagrophytes* sont moins courantes.

Épidémiologie

La *Tinea capitis* causée par *Trichophyton tonsurans* se trouve plus souvent chez les enfants âgés de 3 à 9 ans.

Les enfants de race noire sont plus sujets à cette infection.

Cette infection est rare chez l'adulte.

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 comme les chats et les chiens.

Tableau clinique

La *Tinea capitis* peut se manifester par les symptômes suivants :

- Petites papules laissant des plaques squameuses s'apparentant à des pellicules.
- Alopécie et cheveux cassants.
- Nombreuses petites pustules et perte de cheveux entraînant des zones dénudées sur le cuir chevelu.
- Plus rarement, lésions suppuratives (kérion) pouvant être accompagnées de fièvre et de lymphadénopathie.

Les porteurs asymptomatiques représentent une source importante de transmission du *Trichophyton tonsurans*.

Complications

La maladie non traitée peut causer des cicatrices du cuir chevelu avec plaques d'alopécie permanente. Elle peut aussi se compliquer d'une surinfection bactérienne.

Les personnes diabétiques ou immunosupprimées ont souvent une infection plus grave.

Durée de la maladie

La *Tinea capitis* dure tant qu'un traitement efficace n'a pas été administré. Lorsqu'un traitement antifongique par voie orale est utilisé, la durée de la maladie est de 6 à 12 semaines environ.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec des lésions, des squames, des cheveux ou des poils de personne ou d'animal infectés par :

- Contact direct.
- Contact indirect.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation est inconnue, mais se situe probablement entre 1 et 3 semaines.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure aussi longtemps que les lésions persistent et jusqu'à 14 jours après le début d'un traitement efficace.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la maladie.

Immunité

La maladie ne confère pas d'immunité.

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique.
- Investigations : examen microscopique et culture fongique de cheveux et squames du cuir chevelu.

Traitement

◆ Spécifique

- Antifongique par voie orale. Le traitement dure généralement plusieurs semaines. Les antifongiques topiques sont inefficaces.
- Shampoing au sulfure de sélénium à 2,5 %. Appliqué 2 fois par semaine, le shampoing diminue la dissémination du micro-organisme et peut aider à prévenir la transmission.

◆ De soutien

Aucun.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

S'assurer que le diagnostic a été confirmé par un médecin.

Identifier les contacts.

Il y a éclosion lorsque 2 cas confirmés par un médecin ont un lien épidémiologique de lieu ou de personne. Par exemple, les 2 cas fréquentent le même service de garde ou la même classe primaire.

L'intervention vise à :

- Identifier les contacts présentant des symptômes et les diriger vers un médecin.
- Trouver les sources possibles de contamination.
- Communiquer avec la DSP au besoin.

Mesures de contrôle**◆ Sujet**

- S'assurer de l'administration d'un traitement au sujet.
- Ne pas exclure le sujet du service de garde ou de l'école.
- Exclure, s'il y a lieu, le cas de la pratique d'un sport de combat comme la lutte. Attendre 14 jours après le début du traitement avant de recommander le retour.
- Couper les cheveux ou porter un chapeau ou une casquette n'est pas nécessaire.
- S'assurer que les objets (ex. : brosses à cheveux, peignes, chapeaux, literie, serviettes et autres) ayant été en contact avec des cheveux ou des poils infectés sont nettoyés et désinfectés.
- S'assurer que le sujet ne partage pas ses objets personnels (ex. : brosses à cheveux, peignes, chapeaux, serviettes, literie et autres).
- S'assurer de faire examiner par le vétérinaire et traiter si nécessaire les animaux (chat ou chien) pouvant être infectés.

◆ Contacts

- En tout temps, considérer comme contacts tous les membres de la famille habitant dans la même maison que le sujet :
 - S'assurer qu'un traitement est administré aux contacts faisant l'infection;
 - S'assurer du respect des mesures recommandées sous *Sujet*.
- En l'absence d'éclosion, aucune autre mesure n'est recommandée.
- En cas d'éclosion, considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants fréquentant ce service et les personnes de la maison ayant des contacts avec les enfants;

- Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au groupe. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;
- Dans une école primaire : les amis proches et les classes touchées. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;
- Dans une école secondaire : les contacts sexuels des sujets. Au besoin, la décision d'identifier d'autres contacts devra être prise au cas par cas en fonction des types de contacts en recherchant les activités qui favorisent la transmission (ex. : sport de combat, études professionnelles en coiffure).

— En cas d'éclosion, remettre une lettre aux contacts identifiés.

Mesures d'hygiène et environnement

S'assurer que les personnes ne partagent pas leurs effets personnels (peignes, brosses à cheveux, chapeaux, literie, serviettes, etc.).

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .

Suivi

Surveiller l'apparition de symptômes jusqu'à 8 semaines après l'apparition des symptômes du dernier cas rapporté.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL

Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un médecin.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : *Tinea capitis* (teigne)

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Des personnes du service de garde ou de l'école ont eu un diagnostic de *Tinea capitis*, communément appelée *teigne*. Vous trouverez ci-joint des explications sur cette maladie.

Une personne qui présente les symptômes de cette maladie devrait consulter un médecin.

Apportez cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin. Si le diagnostic de teigne est confirmé, s'il vous plaît, informez-en le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

TINEA CAPITIS OU TEIGNE**RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS****Définition**

La *Tinea capitis* est causée par un champignon qui se loge sur le cuir chevelu.

Manifestations

La *Tinea capitis* se manifeste par des cheveux cassants, une perte de cheveux et des plaques dénudées sur le cuir chevelu. Parfois, il peut y avoir des pustules sur la zone atteinte. Rarement, l'infection s'accompagne de fièvre et d'une enflure des ganglions.

Transmission

La maladie se transmet par contact avec des lésions, des squames, des cheveux ou des poils de personne infectée ou d'animal domestique infecté, surtout les chats et les chiens.

Prévention et traitement

La personne infectée devra prendre un médicament pendant plusieurs semaines.

La personne peut continuer à fréquenter le service de garde ou l'école.

Il est recommandé de faire examiner par un vétérinaire et traiter, si nécessaire, les animaux domestiques, spécialement les chats et les chiens.

Durant le traitement, il faut :

- Nettoyer et désinfecter les objets (ex. : brosses à cheveux, peignes, poupées, chapeaux, literie, serviettes et autres) ayant été en contact avec des cheveux ou des poils infectés.
- S'assurer que les membres de la famille ne partagent pas leurs effets personnels (ex. : brosses à cheveux, peignes, chapeaux, serviettes, literie et autres).

TINEA CORPORIS

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La *Tinea corporis* est une infection fongique qui atteint la peau glabre (dépourvue de poils) du visage, du tronc et des membres, à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds.

Les champignons les plus souvent en cause sont *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton tonsurans* et *Trichophyton mentagrophytes* ainsi que *Microsporum* et *Epidermophyton floccosum*.

Épidémiologie

La *Tinea corporis* est une infection qu'on trouve à travers le monde et qui atteint les enfants comme les adultes. Elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Aux États-Unis, on trouve 50 % des cas chez les jeunes de moins de 15 ans.

Les humains et les animaux peuvent être la source de l'infection. Les animaux sont souvent asymptomatiques.

Les champignons responsables de la *Tinea corporis* peuvent se trouver partout dans l'environnement, notamment dans la terre sur les planchers, les vêtements, les serviettes et la literie.

Des éclosions chez les adeptes de certains sports de combat (ex. : lutte, judo) sont assez fréquentes. On parle alors de *Tinea gladiatorum*. L'infection est souvent associée à la *Tinea capitis* (teigne).

Tableau clinique

La *Tinea corporis* se présente par une ou plusieurs lésions érythémateuses, papulo-vésiculaires ou squameuses, arrondies et bien délimitées. La périphérie des lésions est surélevée et le centre est plus clair, ce qui leur donne un aspect annulaire. Le prurit est fréquent.

Complications

Les personnes diabétiques ou immunosupprimées ont souvent une infection plus grave.

Durée de la maladie

La *Tinea corporis* dure tant qu'un traitement efficace n'a pas été administré.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec des lésions ou des squames de personne ou d'animal infectés par :

- Contact direct.
- Contact indirect.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation est habituellement de 1 à 3 semaines, mais peut être plus courte.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure aussi longtemps que les lésions persistent.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la maladie.

Immunité

La maladie ne confère pas d'immunité.

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique.
- Examen microscopique et culture fongique des squames.

Traitement**◆ Spécifique**

- Antifongique topique.
- Pour les cas réfractaires ou en présence de lésions étendues, antifongique par voie orale.

◆ De soutien

Aucun.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

S'assurer que le diagnostic a été confirmé par un médecin.

Identifier les contacts.

Il y a éclosion lorsque 2 cas confirmés par un médecin ont un lien épidémiologique de lieu ou de personne. Par exemple, les 2 cas fréquentent le même service de garde ou la même classe primaire.

L'intervention vise à :

- Identifier les contacts présentant des symptômes et les diriger vers un médecin.
- Trouver les sources possibles de contamination.
- Communiquer avec la DSP au besoin.

Mesures de contrôle

◆ **Sujet**

- S'assurer de l'administration d'un traitement au sujet.
- Ne pas exclure le sujet du service de garde ou de l'école.
- Si possible, couvrir la zone atteinte (ex. : manches longues, pantalon long ou pansement sec).
- Exclure, s'il y a lieu, le sujet de la pratique d'un sport de combat comme la lutte. Attendre 72 heures après le début du traitement avant de recommander le retour.
- S'assurer que les objets (ex. : serviettes, literie, vêtements et autres) ayant été en contact avec la peau sont lavés à l'eau chaude.
- S'assurer que le sujet ne partage pas ses objets personnels (ex. : serviettes, literie et autres).
- S'assurer de faire examiner par le vétérinaire et traiter si nécessaire les animaux (chat ou chien) pouvant être infectés.

◆ **Contacts**

- En tout temps, considérer comme contacts tous les membres de la famille habitant dans la même maison que le sujet :
 - S'assurer qu'un traitement est administré aux contacts faisant l'infection;
 - S'assurer du respect des mesures recommandées sous *Sujet*.
- En l'absence d'éclosion, aucune autre mesure n'est recommandée.
- En cas d'éclosion, considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants fréquentant ce service et les personnes de la maison ayant des contacts avec les enfants;
 - Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au groupe. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;
 - Dans une école primaire : les amis proches et les classes touchées. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;

- Dans une école secondaire : les contacts sexuels des sujets. Au besoin, la décision d'identifier d'autres contacts devra être prise au cas par cas en fonction des types de contacts en recherchant les activités qui favorisent la transmission (ex. : sport de combat).

— En cas d'éclosion, remettre une lettre aux contacts identifiés.

Mesures d'hygiène et environnement

S'assurer qu'il n'y a pas de partage de vêtements, de serviettes ou de literie.

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .

Suivi

- Surveiller l'apparition de nouveaux cas ou de symptômes chez les contacts.
- Surveiller le milieu pendant 6 semaines après l'apparition des symptômes du dernier cas.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL

Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un médecin.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : *Tinea corporis*

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Des personnes du service de garde ou de l'école ont eu un diagnostic de *Tinea corporis*. Vous trouverez ci-joint des explications sur cette maladie.

Une personne qui présente les symptômes de cette maladie devrait consulter un médecin.

Apportez cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin. Si le diagnostic de *Tinea corporis* est confirmé, s'il vous plaît, informez-en le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

TINEA CORPORIS**RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS****Définition**

La *Tinea corporis* est un champignon qui atteint la peau dépourvue de poils du visage, du tronc et des membres, à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds.

Manifestations

La *Tinea corporis* se présente par une ou plusieurs lésions rouges, arrondies et bien délimitées. Le contour des lésions est surélevé et le centre est plus clair. Les démangeaisons sont fréquentes.

Transmission

La maladie se transmet par contact avec des lésions ou des squames de personne infectée ou d'animal infecté (chat, chien ou animal de la ferme).

Prévention et traitement

La maladie se soigne le plus souvent par l'application de crème antifongique. Plus rarement, des médicaments antifongiques devront être pris par la bouche.

La personne peut continuer à fréquenter le service de garde ou l'école. Si possible, elle devrait couvrir la zone atteinte (ex. : manches longues, pantalon long ou pansement sec).

La personne devrait éviter de partager ses objets personnels (ex. : serviettes, vêtements et autres).

Il est recommandé de faire examiner par un vétérinaire et traiter, si nécessaire, les animaux tels que les chats, les chiens et les animaux de la ferme.

TINEA PEDIS (PIED D'ATHLÈTE)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La *Tinea pedis* est une infection fongique se trouvant principalement entre les orteils et à la plante des pieds. On l'appelle communément *ped d'athlète*.

Les champignons les plus souvent en cause sont *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes* et *Epidermophyton floccosum*.

Épidémiologie

La *Tinea pedis* est une infection commune chez les adolescents et les adultes à travers le monde, mais rare chez les jeunes enfants. Elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

Certaines études rapportent que de 2 à 4 % des enfants d'âge scolaire peuvent être infectés, particulièrement les garçons préadolescents ou adolescents.

Les champignons responsables de la *Tinea pedis* se trouvent surtout dans les environnements chauds et humides tels que les bains, les douches, les vestiaires et les piscines.

Tableau clinique

La *Tinea pedis* se manifeste le plus souvent par des fissures, de la desquamation et de la macération, particulièrement entre les 3^e et 4^e espaces interdigitaux des orteils. L'infection peut aussi se manifester par de petites lésions vésiculopustulaires ou squameuses sur les pieds, de la douleur ainsi qu'un prurit fréquent. Occasionnellement, une infection concomitante des ongles peut survenir.

Complications

La complication la plus fréquente est la surinfection bactérienne. Les récurrences sont fréquentes.

Les personnes diabétiques ou immunosupprimées ont souvent une infection plus grave.

Durée de la maladie

La *Tinea pedis* dure tant qu'un traitement efficace n'a pas été administré.

Modes de transmission

La *Tinea pedis* se transmet par contact avec le champignon, des squames ou des lésions par :

- Contact direct.
- Contact indirect (le plus fréquent).

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation est inconnue.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure aussi longtemps que les lésions persistent.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la maladie.

Immunité

La maladie ne confère pas d'immunité.

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique.
- Investigations : examen microscopiques et culture fongique des squames.

Traitement

◆ Spécifique

- Antifongique topique.
- Pour les cas réfractaires ou en présence de lésions étendues ou d'atteinte des ongles, un antifongique par voie orale peut être indiqué.

◆ De soutien

- Garder les pieds au sec et bien essuyer les espaces entre les orteils après le bain ou la baignade.
- Utiliser une poudre absorbante antifongique au besoin.
- 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.
- Porter des sandales dans les douches et les vestiaires publics ou aux abords des piscines afin d'éviter une réinfection ou une surinfection.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Aucune.

Mesures de contrôle◆ **Sujet**

- Ne pas exclure le sujet.
- Recommander d'éviter les activités de baignade en présence de lésions actives.
- Recommander d'éviter de se promener pieds nus.

◆ **Contacts**

Aucune.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .

Suivi

Aucun.

TUBERCULOSE (INFECTION À *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS*)

La tuberculose active est une **MADO**.

La tuberculose active est une maladie à traitement obligatoire (MATO).

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La tuberculose est une infection causée par le *Mycobacterium tuberculosis*, aussi appelé *bacille de Koch*.

La tuberculose peut se manifester sous la forme d'une infection tuberculeuse latente (ITL) ou sous la forme d'une tuberculose active.

L'ITL est la présence de bacilles tuberculeux à l'intérieur de l'organisme sans manifestation de la maladie. Les porteurs de l'ITL sont par définition non contagieux et ne représentent aucun risque pour leur entourage.

La tuberculose active est la maladie causée par la présence de bacilles tuberculeux à l'intérieur de l'organisme. Elle se manifeste en fonction du site d'infection par différents signes et symptômes, par des anomalies radiologiques et par la présence de bacilles dans les expectorations ou d'autres spécimens cliniques.

Épidémiologie

La tuberculose est encore un grand fléau, et beaucoup d'enfants en meurent encore dans le monde. À l'échelle globale, le taux d'incidence de la tuberculose est à la baisse depuis le début des années 2006.

Au Québec et au Canada, le nombre de cas de tuberculose active et le taux d'incidence annuel diminuent année après année depuis les années 1950. Cependant, des disparités régionales, pour certaines populations, existent. Environ 70 % des cas qui surviennent au Québec se trouvent dans la grande région métropolitaine de Montréal (incluant la Rive-Sud et la Rive-Nord). Les 3 régions du Québec qui ont les taux de tuberculose les plus élevés sont, dans l'ordre, le Nunavik, les Terres-Cries-de-la-Baie-James et Montréal.

La majorité des cas de tuberculose active rapportés au Québec surviennent chez les personnes nées à l'extérieur du Canada (62,3 %) et dans les communautés inuites. Le Pacifique occidental, l'Amérique latine, l'Afrique et l'Asie du Sud-Est sont les principales régions du monde d'où proviennent les cas chez les immigrants.

Au Canada, les taux d'incidence continuent de diminuer d'année en année. De tous les groupes d'âge, ce sont les enfants de moins de 15 ans qui ont les taux les plus bas. Parmi les enfants de moins de 15 ans, le taux le plus élevé est chez les enfants de moins de 1 an. Les taux chez les enfants autochtones sont plus élevés. Ils sont de 18,8 pour 100 000 chez les enfants de moins de 5 ans et de 9,8 pour 100 000 chez les enfants de 5 à 14 ans.

Les conditions suivantes favorisent la progression de l'ITL vers une tuberculose active : le jeune âge, l'infection par le VIH et l'immunosuppression.

Tableau clinique

◆ ITL

L'ITL est asymptomatique. Elle se traduit habituellement par une réaction au TCT (épreuve de Mantoux ou PPD) ou encore au test de libération de l'interféron gamma (TLIG). L'infection demeurera asymptomatique chez 50 % des enfants de moins de 1 an, chez 70-80 % des enfants de 1 à 2 ans et chez 95-98 % des enfants de 2 à 10 ans. Chez les enfants de plus de 10 ans, de 80 à 90 % des enfants infectés ne développeront pas la maladie.

◆ Tuberculose active

Les manifestations cliniques de la tuberculose active sont les suivantes : toux, fièvre intermittente, anorexie, perte de poids, hémoptysie et sudation nocturne. Les manifestations varient selon l'âge et la partie du corps atteinte.

Au Canada, en 2010, 64 % des cas de tuberculose déclarés ont été diagnostiqués en tant que tuberculose pulmonaire, et le diagnostic s'est entre autres fait de façon radiologique. Chez l'adulte, le tableau radiologique démontre souvent l'atteinte classique de pneumonie cavitaires. Chez l'enfant et l'adolescent, le tableau radiologique démontrera principalement des adénopathies médiastinales et hilaires accompagnées parfois d'infiltrats parenchymateux.

La deuxième forme la plus fréquente de tuberculose au Canada est l'atteinte ganglionnaire (13 % des cas rapportés).

La forme extrapulmonaire portera le nom de l'organe atteint (tuberculose rénale, osseuse ou méningée ou adénite tuberculeuse).

Complications

Étant donné les progrès thérapeutiques, les complications de la tuberculose au Québec sont moins fréquentes. Elles peuvent comprendre le pneumothorax, des déformations osseuses ou des fistules cutanées. Elles varient en fonction de l'organe atteint (ex. : insuffisance rénale ou cécité).

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 soit posé.

Modes de transmission

La transmission se fait par inhalation d'aérosols (voie aérienne).

Cela se produit lors de tuberculose avec atteinte pulmonaire ou laryngée. Le risque de transmission dépend du degré de contagiosité, du type de contacts (durée, proximité) et de l'environnement (ventilation, lumière naturelle). En général, plus l'exposition est prolongée, plus le risque de transmission augmente.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

Le concept de période d'incubation ne s'applique pas vraiment à la tuberculose.

À la suite d'une exposition à un cas, cela prend de 3 à 8 semaines avant que les phénomènes immunologiques caractéristiques de la tuberculose soient détectables par le TCT ou le TLIG.

Période de contagiosité

Pour les formes de tuberculose avec atteinte pulmonaire ou laryngée, la période de contagiosité dure aussi longtemps que la personne infectée excrète des bacilles tuberculeux dans ses expectorations. En général, la contagion diminue rapidement après le début d'un traitement efficace.

Les enfants de moins de 10 ans souffrant d'une tuberculose pulmonaire sont généralement considérés comme peu contagieux, car les lésions sont minimales, l'excrétion de bacilles est négligeable et la toux est généralement absente.

L'ITL n'est pas contagieuse. Les formes de tuberculose extrapulmonaires ne sont pas contagieuses, sauf dans des situations exceptionnelles.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la tuberculose.

Immunité

À la suite d'une première infection à *Mycobacterium tuberculosis*, il existe une certaine immunité contre les réinfections.

L'immunité conférée par le vaccin est un sujet de controverse. Cependant, la plupart des études laissent entendre que le vaccin confère surtout aux nouveau-nés une protection partielle contre les formes les plus graves de tuberculose, telles que la méningite et la tuberculose miliaire. En Amérique du Nord, le vaccin n'est utilisé que pour certaines communautés présentant un risque particulièrement élevé d'exposition à la tuberculose. Se référer au [PIQ](#) pour plus de détails.

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique.
- Recherche de mycobactéries dans les spécimens respiratoires, les spécimens d'aspiration gastrique ou d'autres liquides biologiques ou tissus :
 - examen microscopique (frottis) démontrant des bacilles acido-alcool-résistants;
 - culture;
 - TAAN.
- Imagerie pulmonaire (radiographie ou tomodensitométrie).
- TCT et TLIG (ces tests servent à détecter l'ITL).

Traitement**◆ Spécifique**

Antituberculeux pendant plusieurs mois. Au Québec, la tuberculose active est une MATO, et les antituberculeux sont recommandés pour réduire le risque qu'une ITL devienne une tuberculose active. Ces médicaments font l'objet d'un programme de gratuité. Le traitement de la tuberculose active dure au moins 6 mois. Le traitement curatif est souvent administré par thérapie sous observation directe, c'est-à-dire qu'un intervenant du milieu de la santé observe l'ingestion de la médication.

◆ De soutien

Selon la gravité des symptômes, l'état général du patient, les tests diagnostiques nécessaires et la possibilité d'isoler le patient contagieux dans la communauté, une hospitalisation est souvent nécessaire en début de maladie.

MESURES À PRENDRE

Aucune en présence d'ITL.

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP pour tous les cas de tuberculose active.

Toute intervention concernant un cas ou une éclosion de tuberculose active doit être faite par la DSP.

Si l'infirmière du CLSC est informée de la présence d'un cas, elle doit communiquer avec la DSP afin de valider le cas et, s'il y a lieu, les interventions à faire.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.

- Rechercher une source de contamination. En service de garde, la transmission de tuberculose se fait presque toujours d'un adulte à un enfant. Ainsi, si un enfant est atteint d'une tuberculose active ou d'une ITL, l'enquête visera à déterminer la source d'infection parmi les adultes de son entourage.
- Recommander le retrait des personnes contagieuses.
- Recommander les mesures à mettre en place, dont le dépistage de l'ITL au besoin, et communiquer avec l'infirmière du CLSC au besoin.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

L'exclusion du service de garde ou de l'école et la date de retour doivent être établies, dans tous les cas, par le médecin traitant et la DSP.

◆ Contacts

Pour tous les cas de tuberculose active, les contacts et la prise en charge de ceux-ci seront déterminés par la DSP

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Qualité de l'air intérieur .

Suivi

Aucun.

VARICELLE ET ZONA

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

◆ Varicelle

La varicelle est une primo-infection causée par un virus de la famille des *Herpesviridæ*, soit le virus varicelle-zona.

◆ Zona

Après la primo-infection, le virus varicelle-zona demeure à l'état de latence dans les ganglions nerveux sensitifs. Le zona est dû à une réactivation du virus. En effet, dans certains cas, le virus peut se réactiver des années, voire des décennies plus tard et infecter le nerf correspondant aux ganglions qu'il occupait et causer une atteinte de la peau limitée au territoire innervé par le nerf.

Épidémiologie

◆ Varicelle

L'humain est le seul réservoir du virus varicelle-zona. La varicelle est une maladie très contagieuse, avec des taux d'attaque variant entre 61 et 100 % des personnes non protégées.

Avant la vaccination contre la varicelle, dans les pays à climat tempéré, on estimait qu'au moins 90 % des individus de moins de 15 ans et au moins 95 % des jeunes adultes avaient déjà fait la varicelle. Cette infection se produit à un âge plus tardif dans les pays tropicaux.

Un programme public d'immunisation universelle contre la varicelle a été instauré au Québec en 2006. Depuis, on constate une diminution importante de l'incidence de la varicelle et une diminution d'environ 70 % des visites médicales et des hospitalisations associées à ce diagnostic et ses complications. Aux États-Unis, la diminution de l'incidence de la maladie varie entre 70 et 90 %. Toutefois, des éclosions continuent de survenir, principalement dans les garderies et les écoles.

Les cas de varicelle se déclarent le plus souvent à la fin de l'hiver et au début du printemps.

◆ Zona

Le zona est beaucoup moins fréquent chez les enfants. Il survient principalement chez les enfants immunosupprimés ou chez les enfants ayant acquis la varicelle in utero ou dans la première année de vie.

Tableau clinique

◆ Varicelle

La varicelle est caractérisée par une fièvre accompagnée d'une éruption maculopapulaire devenant rapidement vésiculaire, généralisée et prurigineuse, qui commencera à devenir croûteuse en 24 à 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 immunosupprimés, la varicelle 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 les enfants vaccinés sont habituellement bénins (< 50 lésions comparativement à de 200 à 400 lésions chez les enfants non vaccinés), moins contagieux, et leur risque de complications est moindre.

Une éruption varicelliforme moins classique peut survenir dans les 4 semaines suivant la vaccination.

◆ 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 à 72 heures de douleur au site du dermatome atteint. 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*. En plus des 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 SGA (infection cutanée grave, fasciite nécrosante) de 58 fois chez les enfants auparavant en bonne santé.

Les autres complications associées à la varicelle sont l'encéphalite, l'ataxie cérébelleuse, la pneumonie varicelleuse, les hémorragies et l'hépatite. L'utilisation d'acide acétylsalicylique (AAS ou aspirine) durant l'infection pourrait entraîner un syndrome de Reye.

Les personnes à risque de complications peuvent faire une varicelle plus grave avec un risque de dissémination viscérale, de pneumonie et de coagulopathie. Ces personnes sont :

- Les personnes immunosupprimées.
- Les enfants recevant des stéroïdes par voie systémique pendant la période d'incubation.
- Les nouveau-nés dont la mère fait la maladie dans les 5 jours avant l'accouchement et jusqu'à 2 jours après.

Les femmes enceintes non immunes sont également à risque de transmettre l'infection au fœtus.

◆ Zona

Surtout chez les adultes, le zona peut entraîner une névralgie post-herpétique, soit une douleur qui persiste plusieurs semaines, voire plusieurs mois 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 1 à 2 semaines.

◆ Zona

L'éruption du zona dure moins de 2 semaines, mais la douleur résiduelle peut être plus longue.

Modes de transmission

◆ Varicelle

La transmission se fait par contact avec le liquide à l'intérieur des vésicules et les sécrétions respiratoires :

- Par voie aérienne.
- Par contact direct (incluant la voie transplacentaire).
- Par contact indirect.

◆ Zona

On ne peut pas faire un zona après un contact avec une personne atteinte de zona, puisqu'il s'agit de la réactivation d'un virus contracté plusieurs années auparavant. Par ailleurs, un épisode de zona n'est pas déclenché par un contact avec un cas de varicelle. Toutefois, une personne ayant le zona peut donner la varicelle à une personne non protégée. Le zona est beaucoup moins contagieux que la varicelle.

La transmission se fait par contact avec le liquide à l'intérieur des vésicules. Dans le cas d'un zona disséminé ou chez l'hôte immunosupprimé, la transmission se fait aussi par contact avec les sécrétions respiratoires :

- Par voie aérienne.
- Par contact direct.
- Par contact indirect.

Période d'incubation

◆ Varicelle

La période d'incubation dure de 10 à 21 jours. Elle est le plus souvent de 14 à 16 jours.

La période d'incubation peut se prolonger jusqu'à 28 jours pour les personnes ayant reçu des Ig.

◆ Zona

Il n'y a pas de période d'incubation.

Période de contagiosité

◆ Varicelle

La période de contagiosité commence 1 ou 2 jours avant le début de l'éruption et persiste jusqu'à 5 jours après ou jusqu'à ce que toutes les lésions soient croûteuses. Dans les cas bénins, les lésions peuvent devenir croûteuses 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 croûteuses (environ 1 semaine).

Réceptivité

◆ Varicelle

La personne est considérée comme réceptive à la maladie si elle n'a pas d'histoire documentée de varicelle, si elle n'a pas de preuve sérologique ou si elle a un statut vaccinal incomplet pour l'âge.

Certains enfants vaccinés peuvent faire une varicelle atténuée, soit une varicelle plus courte avec moins de lésions et moins de fièvre, car ils auront acquis une immunité partielle. Un faible pourcentage de ces enfants feront une varicelle aussi importante que celle observée chez les non-vaccinés.

◆ Zona

Toute personne ayant déjà fait la varicelle est susceptible d'avoir le zona.

Immunité

◆ Varicelle

Cette maladie confère normalement une immunité permanente. Un second épisode se produit rarement.

Une immunité temporaire de 3 semaines peut être obtenue par l'administration d'immunoglobulines contre le virus varicelle-zona (Varlg) lorsqu'elles sont données à des contacts à risque de complications (voir la section *Mesures de contrôle*).

Le vaccin contre la varicelle est prévu au calendrier vaccinal et est recommandé pour toute personne réceptive, dont les travailleurs des services de garde et des écoles (voir la [section 10.2.2](#) du PIQ).

◆ Zona

Les récurrences sont estimées à moins de 5 %. Un vaccin contre le zona est disponible pour les personnes de 50 ans et plus (voir la [section 10.2.4](#) du PIQ).

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Laboratoire :

- détection d'antigènes sur frottis des lésions (IFA);
- TAAN;
- culture virale;
- sérologie pour recherche d'anticorps (IgM).

Traitement

◆ Spécifique

- Pour la **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.
- Pour le **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, des antiviraux peuvent être utilisés si la localisation ou la gravité de l'atteinte le justifie. Toutefois, il existe peu de données probantes sur l'efficacité du traitement chez l'enfant.

◆ De soutien

— Pour la **varicelle** :

- Garder la peau bien propre;
- Sirop antihistaminique si démangeaisons inconfortables;
- Acétaminophène si fièvre ou douleur;
- Pas d'AAS ou aspirine;

Attention : de nombreux produits peuvent contenir de l'AAS en association.

- Pour le **zona**, traitement de la douleur.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Identifier les contacts.

Identifier les personnes à risque de varicelle grave et de complication, soit les personnes immunosupprimées et les femmes enceintes considérées comme non protégées.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- Pour la **varicelle** :

- La varicelle ne justifie pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#). L'exclusion ne s'est pas révélée efficace pour interrompre la transmission du virus, car les enfants sont plus contagieux avant l'apparition de l'éruption;
- Si le sujet est une personne qui reçoit des stéroïdes par voie systémique, est immunosupprimé ou est une femme enceinte, on doit le diriger rapidement vers son médecin pour que la nécessité d'un traitement avec un agent antiviral soit évaluée.

- Pour le **zona** :

- Le zona ne justifie pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#);
- 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

- Pour la **varicelle** :

- Considérer comme contacts tous les individus fréquentant le service de garde ou l'école ou toute personne présente dans le service de garde ou l'école pendant au moins 1 heure. Un contact face à face peut être jugé significatif si la durée est de plus de 15 minutes (ex. : un compagnon de jeu);
- Remettre la lettre n° 1 aux contacts identifiés;
- Les contacts à risque doivent être dirigés rapidement vers un professionnel de la santé afin de recevoir des Varlg si nécessaire. Pour connaître le délai d'administration des Varlg, voir le PIQ, [section 11.5](#). Il faut s'assurer que les contacts à risque sont protégés jusqu'à la fin de l'éclosion. L'exclusion pour protéger le contact à risque doit être évaluée au cas par cas par l'équipe traitante;

- Offrir le vaccin contre la varicelle à toute personne âgée de 12 mois ou plus non immune contre la varicelle. L'administration du vaccin à une personne réceptive à la varicelle dans les 5 jours après un contact avec un cas de varicelle pourrait prévenir la maladie. Toutefois, le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) est d'avis qu'une intervention visant le contrôle d'une éclosion de varicelle est coûteuse et procure des bénéfices modestes. L'administration du vaccin ne pourra donc pas être utilisée afin de contrôler une éclosion dans un milieu.
- Pour le **zona** :
- Considérer comme contacts tous les individus ayant eu un contact direct avec les lésions actives de zona non couvertes;
 - Remettre la lettre n° 2 aux contacts identifiés;
 - Éviter les contacts directs avec les lésions de zona;
 - Les contacts à risque doivent être dirigés rapidement vers un professionnel de la santé afin de recevoir des Varlg si nécessaire. Pour connaître le délai d'administration des Varlg, voir le PIQ, [section 11.5](#). Cette administration se fera le plus tôt possible après le premier contact avec une personne atteinte;
 - Offrir le vaccin contre la varicelle à toute personne âgée de 12 mois ou plus non immune contre la varicelle. Toutefois, le CIQ est d'avis qu'une intervention visant le contrôle d'une éclosion de varicelle est coûteuse et procure des bénéfices modestes. L'administration du vaccin ne pourra donc pas être utilisée afin de contrôler une éclosion dans un milieu.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'air intérieur .

Suivi

Surveiller l'état général des enfants atteints.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL (N° 1)**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Varicelle

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Actuellement, au service de garde ou à l'école, une personne fait la varicelle (la picote). La varicelle est l'une des maladies les plus contagieuses. Elle est généralement bénigne et 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 et jusqu'à ce que toutes les lésions soient croûteuses. Lorsque l'infection est transmise, elle se manifeste deux ou trois semaines après le contact.

Même si la varicelle est la plupart du temps bénigne, elle peut parfois entraîner des complications graves. Les personnes qui prennent des médicaments (cortisone, traitement contre le cancer, immunosuppresseurs) ou qui souffrent d'une maladie qui diminue leurs défenses contre les infections (leucémie, VIH) sont plus à risque de complications. Nous suggérons à ces personnes de communiquer rapidement avec leur médecin. Il pourra leur conseiller un traitement préventif.

Les personnes qui ont déjà fait la varicelle ou qui ont reçu le vaccin contre la varicelle sont considérées comme protégées. Les personnes non protégées devraient consulter leur CLSC pour savoir si elles devraient recevoir un vaccin. Ce vaccin pourrait prévenir la maladie s'il est administré rapidement après un contact avec un cas de varicelle.

Certaines personnes vaccinées peuvent toutefois faire une varicelle moins grave, c'est-à-dire une varicelle plus courte avec moins de lésions et moins de fièvre.

... 2

Si votre enfant contracte la varicelle, ne lui donnez aucun produit contenant de l'aspirine. Pour faire baisser la fièvre en toute sécurité, donnez-lui de l'acétaminophène. Pour diminuer les risques d'infection, gardez la peau de votre enfant bien propre. Il pourra revenir au service de garde ou à l'école lorsque son état de santé lui permettra de participer aux activités.

Si votre enfant contracte la varicelle, veuillez en aviser le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL (N° 2)**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un médecin.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de l'infirmière du CLSC.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Zona

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Actuellement, au service de garde ou à l'école, une personne est atteinte de zona. Le zona peut survenir chez les personnes ayant déjà eu la varicelle, habituellement plusieurs années après. Le zona est rare chez les enfants.

Le zona cause des vésicules remplies de liquide (bulles d'eau), localisées d'un seul côté du corps, et est parfois accompagné de douleur.

Une personne atteinte de zona ne le transmet pas, mais elle peut transmettre le virus de la varicelle. Un contact direct avec les lésions de zona est nécessaire pour qu'il y ait transmission du virus de la varicelle. Les lésions sont contagieuses jusqu'à ce qu'elles soient croûteuses, soit environ une semaine après l'apparition des symptômes.

Les personnes qui prennent des médicaments (cortisone, traitement contre le cancer, immunosuppresseurs) ou qui souffrent d'une maladie qui diminue leurs défenses contre les infections (leucémie, VIH) sont plus à risque de complications. Nous suggérons à ces personnes de communiquer rapidement avec leur médecin. Il pourra leur conseiller un traitement préventif.

Les personnes qui ont eu un contact avec un cas de zona sont considérées comme protégées si elles ont déjà fait la varicelle ou si elles ont reçu le vaccin contre la varicelle. Les personnes non protégées peuvent consulter leur CLSC pour savoir si elles devraient recevoir un vaccin.

... 2

Si votre enfant contracte la varicelle, veuillez en aviser le service de garde ou l'école.

Selon leur état, les personnes atteintes de zona ou de varicelle peuvent continuer de fréquenter le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

VERRUES

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Les verrues sont des lésions papillaires de la peau fréquentes. Elles sont causées par des types de virus du papillome humain (VPH).

Épidémiologie

Certains facteurs environnementaux semblent jouer un rôle important dans la dissémination, comme la fréquentation des piscines, des salles de sport et des douches publiques, les contacts étroits entre les personnes, la taille de la famille (plus elle est grande, plus les verrues sont fréquentes), la vie en collectivité ainsi que la vie en milieu rural. Les autres facteurs prédisposants sont les plaies, les microtraumatismes et un état d'immunosuppression.

Les enfants de race blanche risqueraient davantage d'avoir des verrues.

La prévalence des verrues est élevée chez les enfants d'âge scolaire, soit environ 50 %.

Les verrues cutanées sont particulièrement fréquentes chez les enfants de 5 à 15 ans. En France, parmi les enfants de 5 à 15 ans, on considère que de 50 à 70 % auront des verrues vulgaires et que de 20 à 30 % auront des verrues plantaires. L'incidence des verrues décline entre 15 et 20 ans, mais augmente à nouveau après l'âge de 25 ans.

Tableau clinique

Les verrues se présentent comme des papules à surface cornée. On distingue plusieurs sortes de verrues en fonction de leur aspect, de la région corporelle atteinte et du type de VPH responsable.

Les verrues vulgaires sont des papules bien délimitées et présentant une surface épaisse ou des protubérances papillaires. Ces lésions bénignes se présentent à la région palmaire, plantaire ou périunguéale.

Les verrues planes sont des lésions aplaties et rondes de la couleur de la peau. Elles se situent habituellement au visage, au cou ou sur le dos des mains.

Complications

Les verrues vulgaires et planes sont bénignes et guérissent sans séquelles.

Durée de la maladie

La durée des verrues est variable. La disparition spontanée est fréquente. Chez l'enfant, dans la très grande majorité des cas, la durée moyenne d'évolution des verrues cutanées est de 2 ans. On estime qu'environ un tiers des verrues guérit spontanément en 6 mois et que la régression spontanée dans les 2 ans s'observe dans les deux tiers des cas.

Le traitement raccourcit la durée.

Modes de transmission

La transmission se fait par contact de la peau (particulièrement si celle-ci est lésée) avec des squames cutanées ou des lésions ou avec le VPH par :

- Contact direct.
- Contact indirect.
- Auto-inoculation : l'agent infectieux est transféré par la personne infectée d'un site de son corps à un autre.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation dure environ 3 mois. Elle peut durer 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

L'infection confère un certain degré d'immunité pour quelques types de verrues étant donné la disparition spontanée des verrues et l'absence de récurrences chez certaines personnes immunocompétentes.

Il n'existe aucun vaccin contre les verrues.

Méthodes diagnostiques

Tableau clinique.

Traitement

◆ Spécifique

Si nécessaire, agents kératolytiques locaux, cryothérapie, électrocautérisation, curetage, laser.

◆ De soutien

Aucun.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Aucune.

Mesures de contrôle◆ **Sujet**

Ne pas exclure le sujet des activités, incluant la baignade. Le sujet atteint de verrue devrait couvrir la lésion en tout temps lorsque cela est possible afin d'éviter la transmission.

◆ **Contacts**

Aucune.

Mesures d'hygiène et environnement

Rappeler aux enfants, aux élèves et au personnel de ne pas marcher pieds nus dans des endroits publics, en particulier aux abords des piscines et dans les gymnases et les douches.

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .

Suivi

Aucun.

VIH (INFECTION PAR LE)

L'infection par le VIH est une **MADO** seulement si la personne infectée a donné ou reçu des produits sanguins, des organes ou des tissus.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Le VIH est un rétrovirus qui affaiblit le système immunitaire et le rend incapable de lutter contre les infections. Le VIH favorise aussi d'autres maladies, qui peuvent, à plus ou moins long terme, entraîner la mort.

Le VIH peut être de type 1 (VIH-1) ou de type 2 (VIH-2).

Épidémiologie

Le VIH-1 est le plus fréquent à l'échelle mondiale. Le VIH-2 est extrêmement rare en Amérique.

Les premiers cas d'infection par le VIH ont été décrits au début des années 1980. Depuis, l'infection par le VIH s'est répandue sur tous les continents. À la fin de 2014, dans le monde, 36,9 millions de personnes étaient infectées par le VIH. À la même période, 75 000 personnes étaient atteintes au Canada. En 2011, au Québec, 19 300 personnes vivaient avec le VIH.

La majorité des cas d'infection infantile par le VIH résultent d'une transmission de la mère infectée son enfant durant la grossesse, lors de l'accouchement ou après la naissance par l'allaitement maternel. Au Québec, le dépistage du VIH est recommandé pour toutes les femmes enceintes. Le dépistage est habituellement effectué en même temps que les autres tests de dépistage. Des traitements antiviraux administrés à la mère durant la grossesse et au nouveau-né à la naissance sont très efficaces pour prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant. Le risque de transmission de la mère à l'enfant est estimé à environ 25 % sans traitements, mais ce risque diminue à moins de 1 % lorsque des traitements sont administrés à la mère et au nouveau-né.

Les occasions de contacts représentant un risque de transmission sont rares en service de garde et à l'école. Aucun cas de transmission du VIH en service de garde n'a été rapporté dans la littérature mondiale.

Sont plus à risque d'être infectés par le VIH :

- Les personnes originaires de pays où la prévalence du VIH est élevée (ex. : Afrique subsaharienne et Caraïbes).
- Les utilisateurs de drogues par injection ou inhalation.
- Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.
- Les enfants nés de mères connues infectées par le VIH.
- Les travailleurs et travailleuses du sexe.
- Les personnes ayant reçu des produits sanguins avant 1985.

Tableau clinique

L'infection par le VIH donne une variété de manifestations cliniques, allant de l'infection asymptomatique jusqu'à la forme la plus grave du VIH appelée *sida*. Dans ce dernier stade, la personne présente souvent plusieurs maladies (infections, cancers...).

Chez l'adolescent et l'adulte, pour environ 30 % des cas, le début de l'infection est sans symptômes. De 10 à 15 jours après avoir contracté l'infection, la personne peut présenter un syndrome mononucléosique avec de la fièvre, une éruption cutanée, des adénopathies et des douleurs musculaires. Ces symptômes disparaissent le plus souvent en 1 semaine, puis la personne demeure ensuite asymptomatique durant plusieurs années.

Chez les enfants infectés en période périnatale et non traités, l'évolution de la maladie est bimodale, soit rapide et grave avec un taux de décès élevé ou progressive sans symptômes pendant plusieurs années.

Une fois la thérapie antirétrovirale débutée, la très grande majorité des enfants et des adolescents demeurent asymptomatiques.

Les manifestations cliniques de l'infection par le VIH chez les enfants non traités sont nombreuses, par exemple infections bactériennes récurrentes et parfois inhabituelles, lymphadénopathies généralisées, retard de croissance, atteinte neurologique avec retard de développement, pneumonie interstitielle lymphoïde, parotidite, hépatosplénomégalie, atteinte cardiaque, diarrhées récurrentes, anémie et autres anomalies hématologiques et infections cutanées.

Complications

Les complications survenant chez les enfants non traités adéquatement sont les infections opportunistes, les néoplasies et le décès.

Durée de la maladie

Actuellement, l'infection par le VIH est incurable et dure toute la vie de l'individu. Les thérapies antirétrovirales ont beaucoup amélioré la survie des enfants infectés par le VIH. Le pronostic est sombre pour les nouveau-nés infectés en période périnatale et devenant symptomatiques de l'infection durant la première année de vie. Au Canada, un dépistage du VIH est fait lors de la grossesse chez la très grande majorité des femmes enceintes, et les nouveau-nés sont ainsi diagnostiqués et traités dès la naissance. Un traitement précoce et un suivi étroit des nouveau-nés leur permettent d'avoir une qualité de vie normale.

Modes de transmission

L'infection par le VIH se fait par contact avec le virus contenu dans du sang, des sécrétions génitales, du lait maternel ou tout liquide biologique teinté de sang :

- Par contact direct, par exemple relations sexuelles, allaitement, accouchement, grossesse (voie transplacentaire) et exposition accidentelle des muqueuses ou d'une plaie.
- Par contact indirect, par exemple lors de la transmission du virus par une aiguille ou du matériel contaminé par du sang.

— Par véhicule commun, par exemple lors de l'utilisation de matériel réutilisé non adéquatement stérilisé comme les pailles utilisées pour inhaler de la cocaïne, les pipes à crack ou le matériel de tatouage.

Le contact du sang avec une peau saine n'est pas un mode de transmission 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.

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 toilette, etc.).

Dans les services de garde et les écoles, 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 si elles ne sont pas visiblement teintées de sang.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

Chez l'adolescent et l'adulte, la période d'incubation est d'en moyenne 10 à 15 jours avant l'apparition des premiers symptômes si ceux-ci surviennent.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure toute la vie. Elle commence dès que le virus est détectable dans le sang et persiste toute la vie avec des fluctuations liées à l'évolution de la maladie et aux traitements. Elle est maximale au début de l'infection.

La personne infectée dont la maladie est mal contrôlée (charge virale élevée, lymphocytes CD4 effondrés) risque davantage de transmettre le virus. Inversement, la contagiosité est grandement diminuée lorsque la maladie est traitée, qu'elle est bien contrôlée et que la charge virale est indétectable.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter l'infection par le VIH.

Immunité

L'infection par le VIH ne confère aucune immunité. La présence d'anticorps n'est pas protectrice.

Il n'existe aucun vaccin contre le VIH.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Dépistage volontaire fait chez les femmes enceintes (test prénatal) et chez les adolescents et les adultes en fonction des facteurs de risque.

— Investigations :

- 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;
- antigènes p-24 : les antigènes p-24 peuvent être détectés de 10 à 14 jours après l'infection, sont au maximum après 3-4 semaines et ne sont plus détectables après la 5^e ou la 6^e semaine;
- TAAN;
- suivi des personnes atteintes :
 - la charge virale évalue quantitativement la présence du virus dans le sang. La contagiosité est plus grande lorsque la charge virale est élevée,
 - les lymphocytes CD4 permettent d'évaluer l'atteinte du système immunitaire. Plus ils sont diminués, plus la maladie est grave.

Traitement

◆ Spécifique

Thérapie antirétrovirale selon certains critères cliniques, immunologiques et de laboratoire.

◆ Prophylactique

Thérapie antirétrovirale en pré ou postexposition. À la suite d'une exposition à risque de transmission du VIH, afin de prévenir efficacement la transmission, la thérapie doit être administrée le plus tôt possible, idéalement 2 heures après l'exposition. La thérapie peut être administrée jusqu'à 72 heures après l'exposition.

◆ De soutien

Prophylaxie des infections opportunistes, traitement des infections et des néoplasies.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Aucune.

Aucune loi n'oblige une personne atteinte ou un parent à divulguer son état sérologique ou celui de son enfant. Le cas échéant, le droit de l'enfant et de ses parents à la confidentialité doit être respecté.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- Ne pas exclure le sujet.
- Vaccination : voir la section [Enfants immunosupprimés](#) au chapitre 5 et le [PIQ](#).
- Soutien au traitement le cas échéant.

◆ Contacts

Considérer comme contacts les personnes ayant eu une exposition significative à du sang (voir la section [Contacts avec le sang et les liquides biologiques](#) au chapitre 5). Dans un tel cas, diriger immédiatement la personne exposée vers l'urgence d'un centre hospitalier afin qu'elle reçoive au besoin une PPE.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, sections : — Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux : Objets souillés de sang et autres liquides biologiques (incluant instruments de musique). — <i>Brossage de dents.</i> — Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments : Administration du lait maternel et des préparations commerciales pour nourrissons. Chapitre 5, section : <i>Contacts avec le sang et les liquides biologiques.</i>
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires.
	Chapitre 4, section : Port de gants , si risque d'exposition au sang.

Suivi

Aucun.

VNO (INFECTION PAR LE)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'infection par le VNO est causée par un virus de la famille des *Flaviviridæ*, genre *Flavivirus*, comme le virus de la dengue. Il est transmis aux humains par la piqûre d'un moustique (*Culex*) infecté.

Épidémiologie

Le VNO peut être contracté au Canada, aux États-Unis et dans plusieurs autres régions du monde. Il est présent au Québec depuis 2002, particulièrement dans le sud-ouest de la province. Les populations habitant dans les environs de Montréal sont les plus touchées (Montréal, Laval, Montérégie, Laurentides et Lanaudière). Le VNO se transmet n'importe où, en ville, en banlieue ou à la campagne. Les infections causées par le VNO sont saisonnières. Elles surviennent au cours de l'été et à l'automne, jusqu'aux premières gelées. Les moustiques sont plus actifs à certaines périodes de la journée, à l'aube et à la brunoite.

Le risque de faire la maladie augmente graduellement avec l'âge. Au Québec, les jeunes de 10 à 19 ans représentent environ 3 % des cas, et aucun cas n'a été rapporté chez les 9 ans et moins.

Le cycle de transmission comprend principalement les oiseaux comme réservoirs et les moustiques comme vecteurs de l'infection. Les moustiques s'infectent en se nourrissant du sang d'oiseaux ou d'autres espèces animales infectées. L'homme et le cheval sont des hôtes accidentels qui contribuent peu au maintien du virus dans l'environnement.

Tableau clinique

L'infection par le VNO est le plus souvent asymptomatique (dans 80 % des cas), particulièrement chez les enfants. La majorité des infections symptomatiques s'apparentent à un SAG (aussi appelé *fièvre du Nil*) : fièvre, douleurs musculaires, maux de tête, problèmes gastro-intestinaux, éruptions cutanées. Une faible proportion des personnes infectées par le virus (environ 1 personne sur 150) vont développer une maladie grave avec atteinte neurologique telle que méningite, encéphalite ou symptômes ressemblant à la poliomyélite (paralysie flasque aiguë). La maladie grave est principalement observée chez les personnes de 50 ans et plus ou chez les personnes immunosupprimées.

Complications

L'infection causée par le VNO peut entraîner des séquelles à long terme, dont la fatigue, la dépression, des problèmes cognitifs, une incapacité motrice ou la paralysie. Dans certains cas, l'infection par le VNO peut entraîner la mort.

Les personnes les plus à risque de complications sont celles qui ont eu une atteinte neurologique. La capacité de lutter contre le virus dépend de l'état de santé de la personne et de son âge. Cette capacité diminue en vieillissant.

Durée de la maladie

L'infection par le VNO dure en moyenne 1 semaine, mais la fatigue et les malaises peuvent persister plusieurs semaines.

Modes de transmission

La transmission du VNO se fait par insecte vecteur lors d'une piqûre par le moustique (maringouin) de genre *Culex*.

Rarement, l'infection peut être acquise à la suite d'une transfusion sanguine ou d'une greffe d'organe.

Période d'incubation

La période d'incubation dure de 2 à 14 jours après la piqûre par le moustique. Elle peut aller jusqu'à 21 jours chez les personnes immunosupprimées.

Période de contagiosité

Il n'y a pas de transmission interhumaine.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de faire une infection causée par le VNO.

Immunité

La durée de l'immunité à la suite de la maladie est mal connue.

Il n'existe aucun vaccin contre le VNO.

Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Investigations :

- sérologie pour recherche d'anticorps IgM, augmentation des IgG;
- TAAN.

Traitement**◆ Spécifique**

Il n'y a pas de traitement spécifique. La plupart des personnes infectées guérissent sans traitement.

◆ De soutien

Des traitements de soutien seront administrés selon la gravité des symptômes.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP pour tous les cas confirmés d'infection par le VNO.

Toute intervention concernant un cas d'infection par le VNO doit être faite par la DSP. L'enquête sert aux fins de surveillance épidémiologique. À part la promotion des mesures de prévention mentionnées plus bas, aucune intervention n'est nécessaire.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

L'infection par le VNO ne justifie pas le retrait. Exclure le sujet en fonction des critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).

◆ Contacts

Étant donné qu'il n'y pas de transmission interhumaine, la notion de contacts ne s'applique pas.

Mesure de prévention

La meilleure façon de prévenir le VNO est d'éviter les piqûres. Les mesures suivantes sont encouragées :

- Porter des vêtements longs et clairs.
- Mettre le chandail dans le pantalon et le bas du pantalon à l'intérieur des chaussettes ou porter des vêtements refermés à la taille, aux poignets et aux chevilles.
- Porter un chapeau.
- Porter des chaussures fermées.
- Utiliser un insectifuge. De préférence, utiliser un insectifuge à base de DEET (aussi appelé *diéthyltoluamide*) ou d'icaridine (aussi appelée *picaridine* ou *KBR 3023*) :
 - Pour l'application d'insectifuge en service de garde, se référer au protocole d'application d'insectifuge et au formulaire d'autorisation pour l'application d'un insectifuge à l'adresse suivante : https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/SG_protocole_insectifuge_dynamique.pdf;
 - Pour l'application d'insectifuge en milieu scolaire, voir l'encadré *Principes de base pour l'application d'insectifuge (chasse-moustiques)* ci-dessous.

Principes de base pour l'application d'insectifuge (chasse-moustiques)

Choisir le chasse-moustique en fonction des recommandations par groupe d'âge. Se référer au Portail santé mieux-être du MSSS : <http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/se-proteger-des-piqures-de-moustiques/#-moustiques>.

Privilégier les produits à base de DEET ou d'icaridine.

Toujours suivre le mode d'emploi inscrit sur l'étiquette du produit et respecter les périodes d'application indiquées.

Appliquer le produit en petite quantité, seulement sur les parties du corps non protégées par des vêtements. Ne pas appliquer sous les vêtements.

Pour prévenir les piqûres à la tête ou au visage, appliquer de préférence le chasse-moustiques sur un chapeau ou une casquette.

Ne pas appliquer le produit sur une peau irritée ou brûlée par le soleil, sur des coupures ou sur des égratignures.

Éviter tout contact avec les yeux et la bouche. Éviter aussi d'appliquer le produit sur les mains d'un enfant ou un objet qu'il pourrait ensuite porter à ses yeux et à sa bouche.

Lors de contact avec les yeux, rincer immédiatement et abondamment les yeux.

Lorsqu'une réaction allergique est soupçonnée, laver la peau abondamment et communiquer avec Info-Santé 8-1-1.

Lorsque la protection n'est plus nécessaire, laver la peau à l'eau savonneuse.

Surveiller l'application de chasse-moustiques par les enfants en âge de le faire eux-mêmes.

Ne pas utiliser de produits qui servent à la fois de chasse-moustiques et de crème solaire. Une crème solaire doit être appliquée généreusement et fréquemment, alors qu'un insectifuge doit être appliqué en quantité minimale.

Si une protection solaire est requise en même temps qu'un chasse-moustiques, appliquer d'abord la protection solaire, attendre au moins 15 minutes, puis appliquer le chasse-moustiques.

Mesures d'hygiène et environnement

Autour du service de garde ou de l'école, éliminer tout milieu d'eau stagnante où les moustiques peuvent se reproduire (ex. : bassin d'eau stagnante, vieux pneus, chaudières).

S'assurer que les moustiquaires sur les portes et fenêtres sont en bon état.

Éviter les activités à l'extérieur au moment où les moustiques sont le plus actifs (à l'aube et à la brunante pendant la saison estivale).

Suivi

Aucun.

YERSINIA (INFECTION ENTÉRIQUE À)

L'infection entérique à *Yersinia* est une **MADO**.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Yersinia est un genre bactérien et comprend plusieurs espèces, dont *Yersinia enterocolitica*, *Yersinia pseudotuberculosis* et *Yersinia pestis*, qui peuvent causer des infections chez l'humain.

Yersinia pestis est responsable de la peste, une infection très rare qui donne des atteintes autres que gastro-intestinales et qui ne sera pas abordée ici.

Yersinia enterocolitica, la plus fréquemment isolée, et *Yersinia pseudotuberculosis* peuvent causer une maladie entérique appelée *yersiniose*. Ces bactéries peuvent infecter les humains et les animaux.

Yersinia est résistante au froid et est capable de proliférer à la température des réfrigérateurs (4 °C).

Épidémiologie

Le porc est le plus important réservoir de la *Yersinia enterocolitica*. D'autres animaux sauvages, domestiques ou d'élevage peuvent excréter la bactérie.

La maladie est répandue partout dans le monde, mais elle semble moins fréquente dans les pays tropicaux. Au Québec, de 2010 à 2014, en moyenne 137 cas de la maladie ont été déclarés chaque année.

L'infection est plus fréquente l'hiver.

De façon générale, elle atteint plus souvent les enfants que les adultes.

Des éclosions ont été rapportées à la suite de l'ingestion d'eau et d'aliments contaminés tels que du porc cru ou partiellement cuit et du lait non pasteurisé.

Tableau clinique

Chez l'enfant, l'infection par *Yersinia* cause de la diarrhée, de la fièvre, des crampes abdominales et parfois des vomissements. Parfois, du sang peut être présent dans les selles.

Les enfants plus âgés et les jeunes adultes peuvent présenter les mêmes symptômes, mais peuvent aussi parfois présenter une adénite mésentérique avec fièvre et une douleur abdominale souvent localisée à la fosse iliaque droite. Cette condition peut être confondue avec une appendicite. Exceptionnellement, il peut y avoir des infections en dehors du tractus gastro-intestinal comme des pharyngites, des pneumonies, des méningites et des ostéomyélites.

L'infection peut être asymptomatique.

Complications

Une bactériémie survient plus fréquemment chez les enfants de moins de 1 an et les personnes immunosupprimées de tous âges.

Des complications postinfectieuses comme un érythème noueux et une arthrite réactive peuvent survenir et sont plus fréquentes chez les adultes.

Durée de la maladie

La diarrhée persiste de 1 à 3 semaines et parfois plus.

Modes de transmission

La transmission se fait par ingestion de l'agent infectieux :

- Par véhicule commun : la transmission se fait surtout par ingestion d'aliments contaminés (en particulier, la viande de porc crue ou mal cuite et ses produits dérivés) et d'eau contaminée.
- Par contact indirect : ce mode est plus rare.
- Par contact direct.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

Période d'incubation

La période d'incubation dure habituellement de 4 à 6 jours, mais peut aller jusqu'à 14 jours.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure tant que la personne présente des symptômes, soit de 2 à 3 semaines après le début des symptômes.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de faire une infection causée par *Yersinia*.

Immunité

L'infection ne confère pas d'immunité.

Il n'existe aucun vaccin contre l'infection entérique à *Yersinia*.

Méthodes diagnostiques

- Tableau clinique.
- Investigations :
 - radiographie ou autre imagerie;
 - laboratoire :
 - recherche de *Yersinia* dans les selles (culture, TAAN);
 - culture de sang ou autres liquides présumés infectés.

Traitement

◆ Spécifique

- Aucun traitement n'est indiqué lors d'infection bénigne chez les personnes immunocompétentes, car l'infection disparaît habituellement spontanément.
- Des antibiotiques sont indiqués seulement si le sujet est un très jeune enfant ou une personne immunosupprimée ou si le sujet présente une infection de modérée à grave, une infection extra-intestinale ou des complications.

◆ De soutien

- Hydratation et remplacement électrolytique au besoin.
- Les anti-diarrhéiques sont contre-indiqués.
- Antipyrétique pour la fièvre au besoin.
- Analgésique pour la douleur.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP en présence d'agrégats ou d'éclosion. Aucune enquête n'est prévue s'il s'agit d'un cas isolé de *Yersinia*.

Si l'infirmière du CLSC est informée d'une situation suspecte de transmission active (ex. : plus d'une personne présente des symptômes) ou d'une situation à risque élevé de transmission (ex. : la personne manipule et prépare des aliments ou travaille dans un service de garde ou une école), elle doit communiquer avec la DSP.

Il y a éclosion si 2 cas confirmés et plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps ou de personne sont déclarés.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.
- Identifier et contrôler une source commune de contamination :
 - aliments;
 - animaux : rechercher la présence d'animaux ou d'occasions d'exposition aux animaux;
 - eau potable.
- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l'infirmière du CLSC au besoin.
- Communiquer avec le MAPAQ au besoin.

Mesures de contrôle

◆ Sujet

- Exclure l'enfant selon les critères énoncés au tableau 3 du [chapitre 3](#).
- Si le sujet prépare ou manipule des aliments, le retirer ou le réaffecter jusqu'à 48 heures après la disparition des symptômes. Pour plus de détails, voir <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Restauration/Qualitedesaliments/Toxiinfectionsalimentaires/Pages/recommandations.aspx>.
- Recommander d'éviter les activités de baignade jusqu'à la fin des symptômes.

◆ Contacts

- Considérer comme contacts :
 - Dans un service de garde en milieu familial : les enfants et les adultes fréquentant ce service ainsi que les personnes de la maison;
 - Dans un CPE ou une garderie : les enfants et les éducatrices appartenant au même groupe que le sujet ou à tout autre groupe dans lequel on a noté un excès de cas de diarrhée. La décision d'élargir à d'autres groupes doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec d'autres groupes lors d'activités ou de périodes de la journée;
 - Dans une école primaire : le personnel et les enfants de la classe. La décision d'élargir à d'autres individus doit être prise au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles;
 - Dans une école secondaire : les contacts sexuels et les personnes identifiées au cas par cas en prenant en considération les interactions possibles avec le sujet.
- En cas d'éclosion, communiquer avec la DSP.
- En accord avec la DSP, remettre une lettre explicative aux contacts identifiés.
- Les contacts symptomatiques devraient consulter un médecin pour que des cultures de selles soient faites et, s'il y a lieu, qu'un traitement soit administré.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments .
	Chapitre 4, section : Changement de couche et installations sanitaires .
	Chapitre 4, section : Port de gants .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'eau .
	Chapitre 4, section : Animaux . Chapitre 5, section : Situations particulières : Morsure, griffure et contact avec la salive d'un animal .

Suivi

- Surveiller l'apparition de symptômes chez les enfants et les membres du personnel.
- Si de nouveaux cas surviennent, prendre en charge les sujets et mettre en place les mesures de contrôle :
 - Réévaluer la situation;
 - Rehausser l'application des mesures d'hygiène;
 - Communiquer avec la DSP;
 - Une visite du milieu peut être recommandée par la DSP.

LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :**

- Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un test de laboratoire.
- Les MADO doivent toujours être signalées à la DSP afin qu'elle valide la démarche.
- Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord préalable de la DSP.

Date : _____

Service de garde ou école : _____

Objet : Gastroentérite à *Yersinia enterocolitica*

Chers parents,
Chers membres du personnel,

Des personnes du service de garde ou de l'école ont eu un diagnostic de gastroentérite à *Yersinia enterocolitica*. Les personnes qui ont un système immunitaire affaibli et les enfants de moins de 1 an sont plus à risque de complications à la suite de la maladie. Vous trouverez ci-joint de l'information sur cette maladie.

Cette maladie est en général bénigne, mais elle peut parfois causer une diarrhée importante avec des douleurs abdominales, du sang dans les selles, des vomissements, un malaise général et de la fièvre.

Si un enfant présente de la diarrhée, il devrait rester à la maison si :

- Il est trop malade pour participer aux activités du service de garde ou de la classe.
- La diarrhée a été accompagnée de 2 vomissements ou plus au cours des 24 dernières heures.
- Il fait de la fièvre.
- Il y a présence de mucus ou de sang dans ses selles.
- Il est incapable d'utiliser les toilettes pour chacune de ses selles (incontinent).
- Il porte des couches (il pourra revenir après l'épisode aigu s'il va bien et que ses selles sont contenues dans la couche).

Tant que la personne a de la diarrhée, elle ne doit pas fréquenter les lieux de baignade.

... 2

Une personne qui présente les symptômes de cette maladie devrait consulter un médecin.

Apportez cette lettre lors de la consultation. Elle pourra orienter les interventions du médecin. Si des tests sont faits sur les selles et confirment le diagnostic de gastroentérite à *Yersinia enterocolitica*, s'il vous plaît, informez-en le service de garde ou l'école.

Merci de votre collaboration,

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____

GASTROENTÉRITE À *YERSINIA ENTEROCOLITICA*

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS

Qu'est-ce que la gastroentérite à *Yersinia enterocolitica*?

C'est une infection de l'intestin par la bactérie *Yersinia enterocolitica*. Les symptômes de cette maladie sont la diarrhée, la fièvre, des crampes abdominales et des vomissements. Parfois, la personne peut avoir du sang dans ses selles. L'infection peut être plus grave chez les très jeunes enfants et les personnes immunosupprimées.

Comment se transmet-elle?

La bactérie *Yersinia enterocolitica* se transmet par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés (viande crue ou mal cuite, en particulier, la viande de porc et ses produits dérivés) ou par contact avec des animaux infectés. Plus rarement, la transmission survient à la suite de l'ingestion de la bactérie présente dans l'environnement d'une personne infectée.

Comment la détecter?

Des tests sur les selles doivent être faits pour confirmer la maladie.

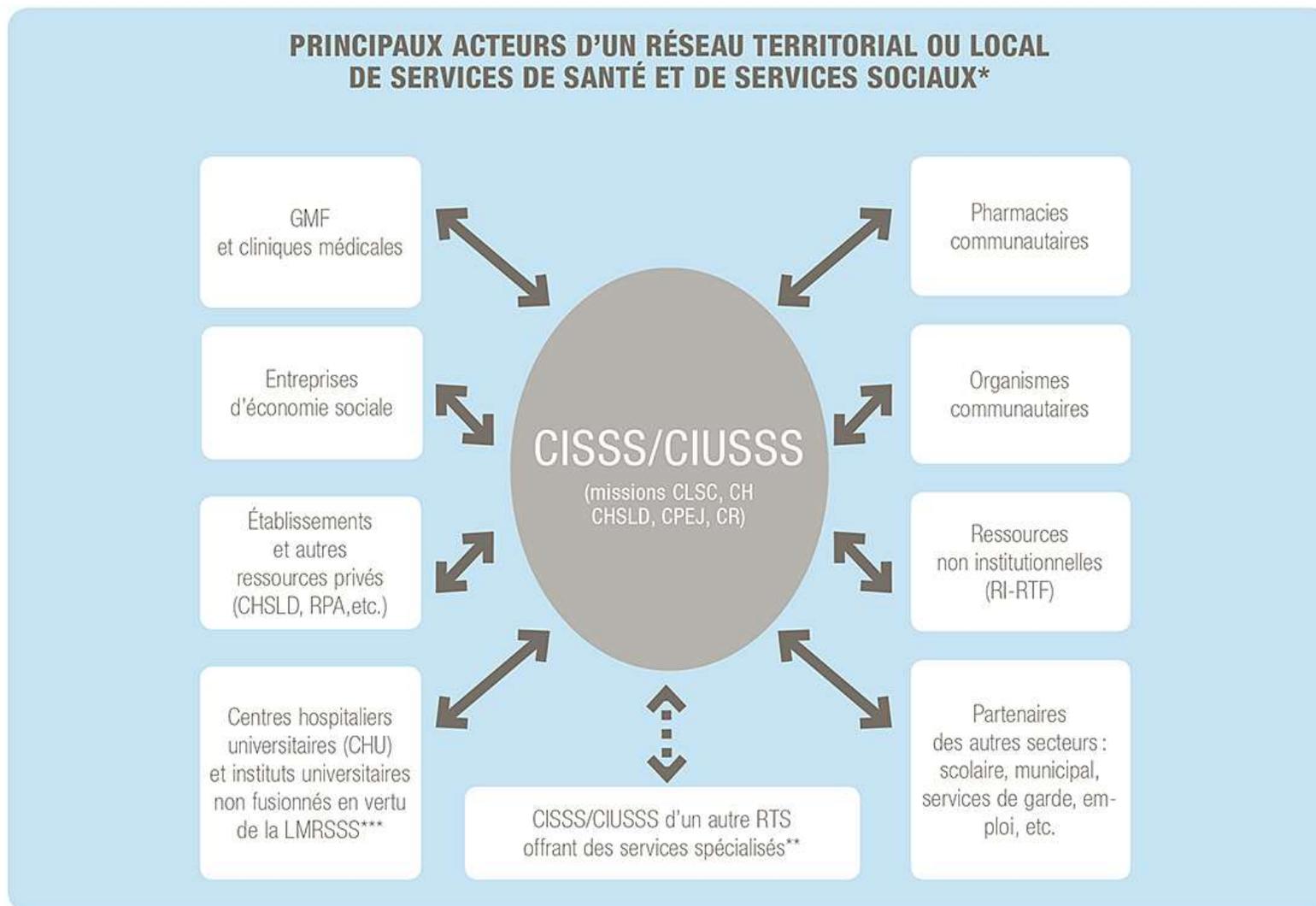
Comment la gastroentérite à *Yersinia enterocolitica* est-elle traitée?

En général, l'infection guérit d'elle-même. Des traitements antibiotiques sont parfois recommandés aux personnes présentant des symptômes graves et aux personnes immunosupprimées.

Comment prévenir la gastroentérite à *Yersinia enterocolitica*?

On peut prévenir la maladie :

- En évitant de manger de la viande crue ou partiellement cuite, en particulier le porc, mais aussi le bœuf et la volaille.
- En évitant de consommer du lait non pasteurisé.
- En se lavant les mains :
 - après être allé aux toilettes;
 - après avoir changé la couche d'un enfant;
 - après avoir aidé un enfant à aller aux toilettes;
 - avant de manipuler des aliments;
 - après avoir manipulé des œufs, de la viande et de la volaille crus;
 - après avoir touché un animal ou son environnement;
 - avant de manger.
- En appliquant les règles de sécurité des aliments. Pour ces règles, voir le *Guide du consommateur de l'épicerie à la maison* publié par le MAPAQ : http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Publications/MAPAQ_guide_consommateur.pdf.
- En nettoyant et en désinfectant fréquemment les surfaces contaminées, en particulier la table à langer, les toilettes, comptoirs et robinets de la salle de bain, les jouets des enfants.
- En évitant de boire de l'eau à l'occasion de la baignade.



* Un RTS peut comprendre plusieurs RLS. Ces derniers impliquent, à l'échelle locale, les mêmes catégories de partenaires.

** Le CISSS/CIUSSS doit établir, au besoin, des corridors de services régionaux ou interrégionaux pour compléter son offre de service à la population de son territoire.

*** La LMRSSS réfère à la Loi modifiant l'organisation et la gestion du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

Source : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>.

LISTE D'OUTILS

Changement de couche

Changement de couche (affiche) :

http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/SF_changement_de_couche.pdf

Hygiène des mains

Lavage des mains (affiche) :

http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/SF_lavage_mains.pdf

Ouste les microbes! La mousse à la rescousse. (affiche) :

http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/MFA-Affiche_Mains.pdf

Hygiène respiratoire

Atchoum! Microbes rebelles, aux poubelles! (affiche) :

http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/SG_affiche_atchoum.pdf

Tousser ou éternuer sans contaminer (affiche) :

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000450/>

Syndromes cliniques et maladies infectieuses

Les infections en milieu de garde (affiche) :

http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/affiche_infection_MFA_BR.pdf

Zones	Avant chaque usage	Après chaque usage	À la fin de la journée	Chaque semaine	Chaque mois	Commentaires
Zone de préparation des aliments						
Surfaces pouvant être en contact avec les aliments comme : <ul style="list-style-type: none"> – Comptoirs – Appareils servant à la préparation des repas (ex. : robot culinaire) – Tables servant aux repas et collations, tablettes de chaises hautes 	Nettoyer et assainir	Nettoyer et assainir	Nettoyer et assainir			Utiliser un produit nettoyant et un assainisseur pour surfaces alimentaires. Il est primordial de vérifier les instructions du fabricant.
Vaisselle et ustensiles		Nettoyer et assainir				La majorité des lave-vaisselles peuvent assainir s'ils permettent d'atteindre des températures suffisamment chaudes. Pour certains lave-vaisselles, un assainisseur chimique doit être utilisé. Le cas échéant, se référer au manuel d'utilisation du fabricant. Si la vaisselle et les ustensiles sont lavés manuellement, voir la section Hygiène à la cuisine et hygiène des aliments du chapitre 4.
Sièges de chaises hautes et pour bébés		Nettoyer si souillé				
Four à micro-ondes		Nettoyer si souillé	Nettoyer et assainir			
Réfrigérateur					Nettoyer et assainir	Le réfrigérateur doit être nettoyé au besoin, lorsqu'il est souillé. La poignée de porte doit être nettoyée pendant la journée et nettoyée et assainie à la fin de la journée.
Robinet et zone fréquemment touchées du refroidisseur d'eau			Nettoyer et assainir			Pour plus de détails, voir la section Qualité de l'eau : refroidisseurs d'eau du chapitre 4.

Zones	Avant chaque usage	Après chaque usage	À la fin de la journée	Chaque semaine	Chaque mois	Commentaires
Zone garderie						
Jouets de plastique mis dans la bouche		Nettoyer et assainir				
Poignées et portes			Nettoyer et assainir			
Planchers			Nettoyer			Balayer ou passer l'aspirateur, puis passer une vadrouille humide (vadrouille en microfibre recommandée).
Murs				Inspecter et nettoyer si souillé		Un nettoyage périodique peut être jugé nécessaire.
Jouets en tissu lavable				Nettoyer		Machine à laver.
Déguisements				Nettoyer		Machine à laver pour les tissus.
Modules de jeux ou d'activités				Nettoyer		
Clavier et souris d'ordinateur partagés		Nettoyer et assainir				Utiliser une lingette. Ne pas utiliser un vaporisateur.
Téléphone			Nettoyer	Nettoyer et assainir		
Porte-brosses à dents				Nettoyer et assainir		Le lave-vaisselle peut être utilisé.

Zones	Avant chaque usage	Après chaque usage	À la fin de la journée	Chaque semaine	Chaque mois	Commentaires
Zone toilettes et changement de couches						
Table à langer		Nettoyer et désinfecter				
Jouet utilisé par l'enfant pendant le changement de couche		Nettoyer et désinfecter				
Petits pots et chaises percées		Nettoyer et désinfecter				Nettoyer et désinfecter aussi le lavabo ayant servi au lavage de ceux-ci.
Extérieur des distributeurs de savon et de papier			Nettoyer et désinfecter			
Robinets et lavabos pour le lavage des mains			Nettoyer et désinfecter			Le lavabo doit être nettoyé et désinfecté après chaque changement de couche s'il sert à d'autres usages.
Poignées de porte et miroirs			Nettoyer et désinfecter			
Comptoirs			Nettoyer et désinfecter			
Toilettes			Nettoyer et désinfecter			
Contenants fermés pour couches, piqués et débarbouillettes			Nettoyer et désinfecter			
Planchers et bas des murs			Nettoyer et désinfecter			Utiliser une vadrouille humide avec un nettoyeur, puis un désinfectant (vadrouille en microfibre recommandée).

Zones	Avant chaque usage	Après chaque usage	À la fin de la journée	Chaque semaine	Chaque mois	Commentaires
Zone pour les siestes						
Draps et taies d'oreiller				Nettoyer		Les draps et les taies doivent être lavés avant d'être utilisés par un autre enfant.
Matelas				Nettoyer		Le matelas doit être lavé avant d'être utilisé par un autre enfant.
Couvertures					Nettoyer	Les couvertures doivent être lavées avant d'être utilisées par un autre enfant.

Dans les écoles, la plupart des surfaces et des objets ont seulement besoin d'être nettoyés. Quelques-uns ont besoin d'être assainis ou désinfectés, alors que d'autres devraient l'être dans des circonstances précises (éclosion de grippe ou de gastroentérite).

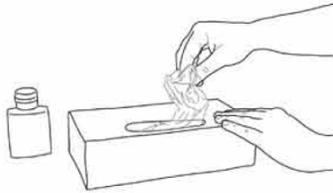
Locaux	Avant chaque usage	Après chaque usage	À la fin de la journée	Chaque semaine	Chaque mois	Commentaires
Cafétéria et locaux servant aux repas et collations						
Four à micro-ondes		Nettoyer si souillé	Nettoyer et assainir			
Tables servant aux repas et collations	Nettoyer	Nettoyer	Nettoyer et assainir			Les linges en microfibre sont à privilégier parce qu'ils sont plus efficaces.
Tables ayant plusieurs fonctions	Nettoyer	Nettoyer	Nettoyer et assainir			Les linges en microfibre sont à privilégier parce qu'ils sont plus efficaces.
Réfrigérateur					Nettoyer et assainir	Le réfrigérateur doit être nettoyé au besoin, lorsqu'il est souillé. La poignée de porte doit être nettoyée pendant la journée et nettoyée et assainie à la fin de la journée.
Planchers			Nettoyer			
Classes						
Bureaux et tables de travail partagés			Nettoyer			Nettoyer après chaque utilisateur ou après chaque groupe lors d'éclosion.
Bureaux et tables de travail non partagés				Nettoyer		Nettoyer si souillé. Les linges en microfibre sont à privilégier parce qu'ils sont plus efficaces.
Clavier et souris d'ordinateur partagés			Nettoyer			Nettoyer après chaque utilisateur ou après chaque groupe lors d'éclosion (considérer l'usage de lingettes assainissantes).
Clavier et souris d'ordinateur non partagés				Nettoyer		Nettoyer si souillé.
Plancher			Nettoyer			

Locaux	Avant chaque usage	Après chaque usage	À la fin de la journée	Chaque semaine	Chaque mois	Commentaires
Classes						
Surfaces fréquemment touchées comme : – Poignées de portes – Téléphone – Rampes – Fontaines – ...			Nettoyer			Nettoyer et assainir lors d'éclosion. Les linges en microfibre sont à privilégier parce qu'ils sont plus efficaces.
Murs				Inspecter et nettoyer si souillé		Un nettoyage périodique peut être jugé nécessaire.
Installations sanitaires, vestiaires sportifs, gymnase, piscine						
Extérieur des distributeurs de savon et de papier			Nettoyer et désinfecter			
Robinets et lavabos pour le lavage des mains			Nettoyer et désinfecter			
Surfaces fréquemment touchées comme : – Poignées de portes – Rampes – Bancs – Douches – Comptoirs – Fontaines – ...			Nettoyer et désinfecter			

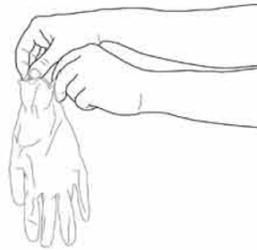
Installations sanitaires, vestiaires sportifs, gymnase, piscine						
Matelas et équipement sportif partagés pouvant être en contact avec la peau nue			Nettoyer et assainir			Encourager les utilisateurs à porter des vêtements pour créer une barrière. Considérer l'utilisation de lingettes nettoyantes après chaque utilisateur lorsque l'équipement utilisé est en contact direct avec la peau nue.
Toilettes			Nettoyer et désinfecter			
Planchers et bas des murs			Nettoyer et désinfecter			

Lorsqu'une indication de l'hygiène des mains se présente avant un contact nécessitant l'usage de gants, pratiquer l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique ou lavage au savon et à l'eau.

I. COMMENT ENFILER LES GANTS



1. Prélever un gant de soins de son emballage d'origine.



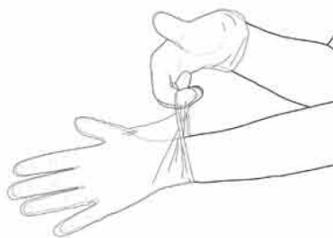
2. Ne toucher qu'une surface limitée du gant correspondant au poignet (bord supérieur du gant).



3. Enfiler le premier gant.



4. Prélever un second gant avec la main non gantée et ne toucher qu'une surface limitée du second gant, correspondant au poignet.

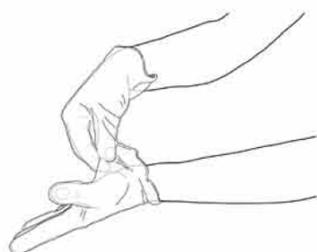


5. Afin de ne pas toucher la peau de l'avant-bras avec la main gantée, retourner la surface externe du gant à enfiler sur les doigts repliés de la main gantée, permettant ainsi d'enfiler le gant sur la seconde main.

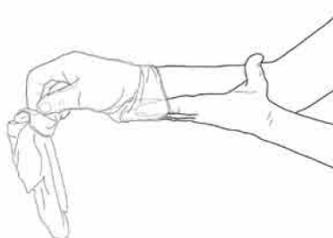


6. Une fois les gants enfilés, les mains ne touchent rien d'autre que ce qui est défini par les indications et les conditions d'usage des gants.

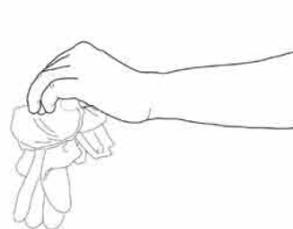
II. COMMENT RETIRER LES GANTS



1. Pincer un gant au niveau du poignet afin de le retirer sans toucher la peau de l'avant-bras, en le retournant sur la main, de façon à ce que la surface interne se retrouve à l'extérieur.



2. Tenir le gant retiré dans la main gantée et glisser les doigts de la main dégantée entre le gant et le poignet de l'autre main. Retourner le gant depuis l'intérieur sur la main de façon à ce que la surface interne se retrouve à l'extérieur, tout en enveloppant le gant déjà retiré.



3. Jeter les gants usagés.

4. Pratiquer l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique ou lavage au savon et à l'eau.

Source : OMS, Usage des Gants : Fiche d'Information, avril 2010, p.3.

PROTOCOLE DE NETTOYAGE ET DE DÉSINFECTION EN CAS D'ÉCLOSION DE CRYPTOSPORIDIOSE

MILIEU PÉDIATRIQUE ET CENTRE DE LA PETITE ENFANCE

Le présent document a été préparé conformément à la réglementation en vigueur et aux lignes directrices en matière de prévention des infections. Il est fourni à titre indicatif seulement. En aucun moment ce document ne peut remplacer des documents existants rédigés par l'établissement, à moins d'une permission écrite donnée par le gestionnaire responsable de l'établissement.

INTRODUCTION

La cryptosporidiose est une maladie parasitaire causée par un parasite protozoaire appelé *Cryptosporidium spp.* Elle affecte les intestins des mammifères et peut causer de la diarrhée. Le parasite se transmet par ingestion d'oocystes (œufs) de *Cryptosporidium spp.* à la suite d'un contact avec des mains, des objets ou des surfaces contaminés. Les oocystes sont très résistants; en effet, ils ne sont pas affectés par nombre d'éléments entrant dans la composition des produits désinfectants, dont le chlore et l'iode¹. Un suivi strict des techniques de lavage des mains et la manipulation adéquate des déchets contaminés, y compris les couches, sont efficaces pour prévenir la propagation de la maladie. Les surfaces de l'environnement qui risquent d'être contaminées par des oocystes de *Cryptosporidium spp.* doivent être nettoyées avec un désinfectant à action sporicide. Comme les parasites ne font généralement pas l'objet des essais d'efficacité auxquels sont soumis les désinfectants, on trouve rarement une mention concernant le *Cryptosporidium* sur l'étiquette de ces produits.

PRODUIT

Liquide et lingettes sporicides à base de peroxyde d'hydrogène à 4,5 % (produits commercialisés sous les noms de liquide sporicide RESCUE ou de lingettes sporicides RESCUE) pour le nettoyage et la désinfection de surfaces dures et non poreuses.

EFFICACITÉ DU PRODUIT

Contre les bactéries productrices de spores, le liquide et les lingettes sporicides à base de peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 % se sont révélés efficaces après un temps de contact de 10 minutes, les résultats montrant une réduction de 6 log des *Bacillus subtilis*, *Clostridium sporogenes* et *Clostridium difficile*.

¹ S. C. Weir et al., "Efficacy of common laboratory disinfectants on the infectivity of *Cryptosporidium parvum* oocysts in cell culture", Applied and Environmental Microbiology, vol. 68, n° 5, mai 2002, 9. 2576-2579.

Contre *Cryptosporidium spp.* en particulier, l'efficacité du peroxyde d'hydrogène à 3 % a été démontrée après un temps de contact de 18 heures². Cependant, à une concentration de 6 % et après un temps de contact de 20 minutes, il a réduit de plus de 3 log l'infectivité des oocystes³. L'inactivation par le peroxyde d'hydrogène dépend donc de la concentration et du temps de contact. Il n'y a pas de données portant précisément sur le peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 %, mais celles qui précèdent laissent supposer qu'un liquide et des lingettes à base de cette forme de peroxyde peuvent être utiles pour un usage ciblé dans des endroits susceptibles d'être contaminés en cas d'éclosion de cryptosporidiose.

CARACTÉRISTIQUES TOXICOLOGIQUES DU PRODUIT

Le peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 % a été testé selon les méthodes d'essai de toxicité aiguë recommandées par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) afin d'en vérifier la toxicité par voie cutanée et l'effet irritant ou corrosif sur les yeux. Il a été démontré, que sous cette forme, le peroxyde d'hydrogène est légèrement irritant pour la peau et qu'il l'est modérément pour les yeux. Conformément à ce que préconise l'Occupational Safety and Health Administration (OSHA) des États-Unis, le port de gants et d'un dispositif de protection oculaire est recommandé au moment d'utiliser des produits contenant du peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 %, mais la protection des voies respiratoires n'est pas obligatoire.

RÉSUMÉ DE LA PROCÉDURE À SUIVRE EN CAS D'ÉCLOSION DE CRYPTOSPORIDIOSE

Appliquer la solution de peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 % directement sur la surface à nettoyer ou sur un chiffon. Frotter toutes les surfaces horizontales de la pièce en s'assurant de changer de chiffon lorsque celui-ci est souillé. Placer les chiffons souillés dans un sac de plastique et jeter les lingettes utilisées dans une poubelle qui contient un sac à ordures en plastique. Désinfecter toutes les surfaces horizontales de la pièce en appliquant de nouveau la solution de peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 % et en la laissant agir pendant 10 minutes sur ces surfaces.

Il est fortement recommandé de nettoyer et de désinfecter les toilettes et les tables à langer après chaque usage et de nettoyer selon cette procédure en 2 étapes, tous les autres endroits 2 fois par jour afin de tenter d'éliminer le risque de biocontamination.

PROCÉDURE DE NETTOYAGE DÉTAILLÉE EN CAS D'ÉCLOSION DE CRYPTOSPORIDIOSE

1. Réunir tout l'équipement de protection individuelle, les produits et le matériel nécessaires au nettoyage de la pièce. Le port de gants et de lunettes de protection est obligatoire au moment d'utiliser une solution sporicide à base de peroxyde d'hydrogène à 4,5 %.
2. S'assurer que l'équipement de protection individuelle est propre et en bon état. se laver les mains, puis mettre les lunettes de protection et enfiler les gants. Il faut changer de gants si ceux-ci se déchirent pendant le nettoyage.

² Agence de la santé publique du Canada, *Fiches signalétiques de pathogènes et appréciation du risque : Cryptosporidium parvum*. [En ligne]. < <http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/index-fra.php> > (Consulté le 6 septembre 2012).

³ S. L. Barbee et al., « Inactivation of *Cryptosporidium parvum* oocyst infectivity by disinfection and sterilization processes », *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 49, n° 5, mai 1999, p. 605-611 et S. C. Weir et al, op. cit.

3. Éliminer la saleté visible ou tenace ainsi que le sang et les liquides biologiques avant de commencer le nettoyage proprement dit.⁴
4. Nettoyer les meubles, les appareils sanitaires et les robinets de la salle de bains ainsi que toutes les surfaces touchées fréquemment, notamment les poignées et les interrupteurs, avec du liquide ou des lingettes sporicides à base de peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 % en évitant de contaminer les chiffons propres et les solutions (ne pas plonger un chiffon souillé dans la solution).
5. Appliquer de nouveau du liquide ou des lingettes sporicides contenant du peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 % sur les surfaces humectées pendant 10 minutes, de façon à laisser le produit agir et à assurer la désinfection.
6. Rincer les surfaces avec de l'eau après les avoir nettoyées et désinfectées, afin d'éliminer les résidus de produit.
7. Placer les chiffons souillés dans un sac de plastique et jeter les lingettes utilisées dans une poubelle qui contient un sac à ordures en plastique.
8. Retirer les gants et les jeter, puis retirer les lunettes et se laver les mains avant de quitter la pièce. Déposer le sac contenant les chiffons dans un bac à linge sale ou l'apporter à la buanderie. Transporter tous les sacs à ordures dans un lieu désigné pour se débarrasser des déchets.

PROCÉDURE DÉTAILLÉE DE NETTOYAGE ET DÉSINFECTION DES JOUETS EN CAS D'ÉCLOSION DE CRYPTOSPORIDIOSE

Puisque les jouets non poreux peuvent être une source de contamination, ils doivent être nettoyés et désinfectés. Les jouets en peluche doivent être nettoyés à la machine à laver à l'eau chaude avec du détergent.

1. Réunir tout l'équipement, les produits et le matériel nécessaires au nettoyage des jouets non poreux. Le port de gants et de lunettes de protection est obligatoire au moment d'utiliser une solution sporicide à base de peroxyde d'hydrogène à 4,5 %.
2. S'assurer que l'équipement de protection individuelle est propre et en bon état. se laver les mains, puis mettre les lunettes de protection et enfiler les gants. Il faut changer de gants si ceux-ci se déchirent ou sont salis pendant le nettoyage.
3. Éliminer la saleté visible ou tenace ainsi que le sang et les liquides biologiques avant de commencer le nettoyage proprement dit.
4. Laver toutes les surfaces du jouet non poreux avec du liquide ou des lingettes sporicides à base de peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 %, vous devez vous assurer d'utiliser un côté propre du chiffon ou de la lingette lorsque vous changez d'endroit sur le jouet. Vous devez changer le chiffon ou la lingette lorsque souillés (ne pas plonger un chiffon souillé dans la solution).
5. Appliquer de nouveau du liquide ou des lingettes sporicides contenant du peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 % sur les jouets non poreux pendant 10 minutes, de façon à laisser le produit agir et à assurer la désinfection.
6. Il est recommandé de rincer à l'eau potable, les jouets non poreux, après le nettoyage et la désinfection afin d'éliminer tous les résidus de savon.
7. Retirer les gants et les jeter, puis retirer les lunettes et se laver les mains avant de quitter la pièce. Déposer le sac contenant les chiffons dans un bac à linge sale ou l'apporter à la buanderie. Transporter tous les sacs à ordures dans un lieu désigné pour se débarrasser des déchets.

⁴ Agence de la santé publique du Canada, « Guide de prévention des infections – Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, Supplément, vol. 24S8, décembre 1998.

