notre monde

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

Prévention et contrôle *des maladies infectieuses* en milieu scolaire

GARDER *notre monde* EN SANTÉ

Québec

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire

Guide à l'intention des CSSS, des Commissions scolaires et des directions d'école

Juin 2009

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec

Une réalisation du secteur Vigie et protection

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

1301, rue Sherbrooke Est

Montréal (Québec) H2L 1M3

Téléphone : 514 528-2400

www.santepub-mtl.qc.ca

© Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009)

Tous droits réservés

Prix : 25 $

MOT DU DIRECTEUR

J'ai le plaisir de saluer la parution de la mise à jour du document « *Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire* « pour la région de Montréal.

Ce document constitue un guide sur lequel les professionnels du réseau de la santé et du réseau scolaire de notre région peuvent s'appuyer pour mettre en place les mesures nécessaires à la prévention des maladies infectieuses, ainsi qu'à leur contrôle. À cette fin, vous y retrouverez les connaissances scientifiques les plus à jour sur les principales maladies infectieuses et problématiques qui touchent le milieu scolaire.

Je tiens à remercier tous les professionnels qui ont participé à la rédaction de l'ouvrage initial et à sa mise à jour pour le soutien qu'ils apportent ainsi aux intervenants de première ligne dans leur mandat de promotion de la santé et de protection de la santé publique auprès des jeunes et des adultes qui les entourent.

Le directeur de la santé publique

Richard Lessard, M.D.

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec
Direction de santé publique

BON DE COMMANDE

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES EN MILIEU SCOLAIRE
Édition Juin 2009

Cette édition revue et corrigée remplace entièrement l'édition précédente.

S.V.P. M'ENVOYER _____ COPIE(S) du guide à 25 $ / LA COPIE

(incluant les frais d'envoi) POUR UN MONTANT TOTAL DE _____ $

NOM DU RÉPONDANT : _____

TITRE : _____

ÉTABLISSEMENT : _____

ADRESSE : _____

_____

CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : _____

TÉLÉCOPIEUR : _____

COURRIEL : _____

N.B. : TOUTES LES MISES À JOUR VOUS SERONT ACHEMINÉES PAR COURRIEL.

LIBELLER VOTRE CHÈQUE À :
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE - (CUSM)

Veuillez retourner cette feuille avec votre chèque à :

Madame Denise Larivière
Secteur Vigie et protection
1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3

GARDER notre monde EN SANTÉ

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

MEMBRES DU COMITÉ DE TRAVAIL (DSP MONTRÉAL)

Les personnes suivantes ont fait partie du groupe de travail lors de la révision du présent guide :

Doris Deshaies, médecin conseil, secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Alexandra Kossowski, responsable médicale projets/ programmes maladies transmissibles, secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Renée Paré, médecin conseil, secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Pierre A Pilon, médecin conseil, secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Hélène Rodrigue, infirmière clinicienne, Coordonnatrice professionnelle par intérim, Projets/programmes Maladies transmissibles, secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Michèle Tremblay, médecin conseil, secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Collaboration spéciale:

Monique Letellier et Guy Lonergan, médecins conseils, secteur Vigie et Protection, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Sylvie Dubé, Médecin-conseil secteur Écoles et milieux en santé, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Soutien technique :

Denise Larivière, agente administrative, secteur Vigie et protection**,** Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Sylvie Gauthier, traductrice, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Nous remercions toutes les personnes consultées qui nous ont fait part de leurs précieux commentaires

Les personnes suivantes ont fait partie du groupe de travail lors de l'élaboration de la première édition en 1998 :

Viola Miville, coordonnatrice, équipe maladies transmissibles, DSP de Montréal-Centre

Michèle Bier, médecin conseil, équipe maladies transmissibles, DSP de Montréal-Centre

Louise Valiquette, médecin conseil, équipe maladies transmissibles, DSP de Montréal-Centre

Martine Barette, coordonnatrice, équipe maladies transmissibles, DSP de Montréal-Centre

Hélène Rodrigue, infirmière, équipe maladies transmissibles, DSP de Montréal-Centre

Nous remercions :

La Direction de santé publique de la Montérégie qui nous a permis d'adapter leur document « Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire »; rédigé en 2007 et réalisé grâce à la participation d'intervenants de Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de la Direction de santé publique de Montérégie.

Membres du comité de travail (DSP Montérégie):

Anne-Marie Clouâtre, agente de planification, programmation et recherche, DSP de la Montérégie,
Nicole Bélanger, agente de planification, programmation et recherche, CSSS du Suroît,
Isabelle Boily, médecin-conseil, DSP de la Montérégie (responsable du groupe de travail),
Louise de la Boissière, chef de service Vigie et ITSS, DSP de la Montérégie,
Madeleine Chouinard, agente de planification, programmation et recherche, CSSS Pierre-Boucher,
Ginette Lagarde, agente de planification, programmation et recherche, DSP de la Montérégie,
Gaétane Lemire, agente de planification, programmation et recherche, CSSS Pierre-Boucher,
Josée Massicotte, médecin-conseil, DSP de la Montérégie,
Danielle Meilleur, agente de planification, programmation et recherche, DSP de la Montérégie,
Francine Morin, agente de planification, programmation et recherche, CSSS de la Haute-Yamaska,
Louise Roy, agente de planification, programmation et recherche, CSSS du Suroît,
Danielle Vachon, agente de planification, programmation et recherche, DSP de la Montérégie.

Collaboration spéciale :

Carole Fortin, médecin-conseil, DSP de la Montérégie, Santé au travail,

Carole de Gagné, responsable du développement régional et des services complémentaires, Direction régionale de la Montérégie, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

AVANT-PROPOS

La révision de ce document a été réalisée en se basant sur celle faite, en 2007 par la Direction de la santé publique de la Montérégie.

Cette deuxième version qui s'intitule ***«Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire»***, est une mise à jour du document précédent en vigueur depuis 1998. Elle a pour objectifs principaux d'uniformiser les interventions, d'harmoniser les pratiques et de favoriser un meilleur contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire.

Une mise à jour était devenue nécessaire afin d'adapter les pratiques aux modifications apportées à la Loi sur la santé publique en 2001 et à l'évolution des connaissances dans la prévention et le traitement des maladies infectieuses. Elle répond également à un besoin exprimé par les intervenants en milieu scolaire et de la Direction de santé publique.

Le document comporte six (6) sections. La première section clarifie les rôles et responsabilités des partenaires impliqués dans la mise en œuvre des interventions proposées par ce guide, ainsi que le contexte du déploiement de l'approche Écoles et milieux en Santé. La deuxième traite de la transmission, de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. À la troisième section, se retrouvent l'information et les recommandations sur les maladies transmissibles par le sang. La quatrième section présente les recommandations sur la présence d'animaux dans le milieu scolaire. La cinquième section regroupe l'information, sous forme de tableaux, des différentes maladies infectieuses rencontrées en milieu scolaire. Enfin, à la sixième section se trouvent les recommandations pour la distribution des lettres aux parents.

Bien que l'appellation «infirmière du CSSS» soit utilisée dans ce document, celle-ci inclut toutes les infirmières qui travaillent en milieu scolaire indépendamment de leur employeur.

Ce document guide les infirmières des CSSS dans leurs interventions. Elles peuvent, en tout temps, discuter de ces interventions avec le médecin de garde du secteur Vigie et Protection, en appelant au (514) 528-2400

TABLE DES MATIÈRES

Page

LISTE DES ANNEXES ..... **III**

BUT **1**

GÉNÉRALITÉS **1**

CONFIDENTIALITÉ **2**

1. RÔLES ET RESPONSABILITÉS **3**

1.1 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PARENTS 3
1.2 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE LA DIRECTION D'ÉCOLE 4
1.3 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE LA COMMISSION SCOLAIRE 5
1.4 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU CSSS 5
1.5 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE 6
1.6 APPROCHE ÉCOLES ET MILIEUX EN SANTÉ 7
1.7 SIGNALEMENT 8

2. TRANSMISSION DE L'INFECTION ET MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE **9**

2.1 LA TRANSMISSION DE L'INFECTION 9
2.2 MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE 12
2.2.1 Mesures d'hygiène *12*
2.2.1.1 Lavage des mains 12
2.2.1.2 Application de méthodes barrières 14
2.2.1.3 Hygiène respiratoire 14
2.2.1.4 Non partage des objets personnels 15
2.2.2 Immunisation *19*
2.2.3 Élimination des agents infectieux *19*
2.2.3.1 Nettoyage et désinfection des objets et des surfaces de l'environnement 19
2.2.3.2 Manipulation sécuritaire des objets piquants ou tranchants 20

3. MALADIES TRANSMISSIBLES PAR LE SANG EN MILIEU SCOLAIRE **23**

3.1 RISQUE D'INFECTION AU VHB, AU VHC OU AU VIH À LA SUITE D'UNE EXPOSITION SIGNIFICATIVE À DU SANG OU À DES LIQUIDES BIOLOGIQUES 24
3.1.1 Risque lors de blessures et accidents (incluant les piqûres d'aiguille) *24*
3.1.2 Risque lors de morsures *25*
3.1.3 Risque lors de partage de brosse à dents *26*
3.1.4 Conduite recommandée lors d'une exposition au sang ou aux liquides biologiques *26*

4. ANIMAUX ET MILIEU SCOLAIRE **27**

4.1 PRÉSENCE D'ANIMAUX EN MILIEU SCOLAIRE 27
4.2 MORSURE, GRIFFURE, CONTACT AVEC LA SALIVE D'UN ANIMAL 27
4.3 EXPOSITION A UNE CHAUVE-SOURIS 28

5. FICHES DESCRIPTIVES SUR LES MALADIES INFECTIEUSES À L'INTENTION DES INFIRMIÈRES DU CSSS 29

5.1 DÉFINITIONS 29
5.2 MALADIES INFECTIEUSES 31
5.2.1 Conjonctivite 31
5.2.2 Coqueluche MADO 33
5.2.3 Diphtérie (respiratoire et cutanée) MADO 35
5.2.4 Érythème infectieux (5e Maladie) 37
5.2.5 Gale 39
5.2.6 Gastroentérite 41
5.2.7 Giardiase MADO 43
5.2.8 Hépatite virale A MADO 45
5.2.9 Hépatite virale B MADO 47
5.2.10 Hépatite virale C MADO 49
5.2.11 Herpès simplex labial (feu sauvage) 51
5.2.12 Impétigo 53
5.2.13 Influenza (grippe) 55
5.2.14 Maladie mains-pieds-bouche 57
5.2.15 Méningite bactérienne à méningocoque MADO 59
5.2.16 Méningite virale 61
5.2.17 Molluscum contagiosum 63
5.2.18 Mononucléose infectieuse 65
5.2.19 Oreillons MADO 67
5.2.20 Oxyurose (entérobiase) 69
5.2.21 Pédiculose (poux) 71
5.2.22 Pharyngite virale 73
5.2.23 Rhume ou IVRS (Infection des Voies Respiratoires Supérieures) 75
5.2.24 Rougeole MADO 77
5.2.25 Rubéole MADO 79
5.2.26 Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) contracté dans la communauté .. 81
5.2.27 Scarlatine (pharyngite à streptocoque du groupe A) 83
5.2.28 Streptocoque du groupe A (Infections invasives à Streptococcus pyogenes) MADO 85
5.2.29 Teigne : Tinea capitis (cuir chevelu), tinea corporis (corporelle), tinea pedis (des pieds ou pied d'athlète) 87
5.2.30 Toxi-infection alimentaire MADO 89
5.2.31 Tuberculose MADO 91
5.2.32 Varicelle (Picote) 93
5.2.33 Verrue (vulgaire ou plane) 95
5.2.34 VIH/sida 97
5.2.35 Zona 99

6. RECOMMANDATIONS POUR LA DISTRIBUTION DES LETTRES 101

BIBLIOGRAPHIE 103

* MADO : Maladie à déclaration obligatoire

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I Lettres sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, versions française et anglaise :

- À l'intention des parents.
- À l'intention du personnel.

ANNEXE II Liste des interventions de l'école selon les maladies infectieuses.

ANNEXE III Fiche de signalement d'une maladie infectieuse.

ANNEXE IV Liste des interventions du CSSS selon les maladies infectieuses.

ANNEXE V Évaluation de situations particulières d'allure infectieuse.

ANNEXE VI Outils d'information et d'interventions en situation de gastroentérite d'allure infectieuse.

ANNEXE VII Listes des maladies à déclaration obligatoire (MADO) par le médecin et par le laboratoire.

ANNEXE VIII Technique de lavage des mains.

ANNEXE IX Affiche sur le lavage des mains (MAPAQ).

Bon de commande pour les outils sur l'hygiène.

ANNEXE X Désinfection des flûtes dans les écoles.

ANNEXE XI Différence entre rhume et grippe.

ANNEXE XII Thérapie pédiculicide.

ANNEXE XIII Lettres types selon les maladies infectieuses - versions française et anglaise :

- Érythème infectieux (5e maladie)
- Impétigo
- Pédiculose
- Pédiculose (éclosion persistante)
- Pharyngite à streptocoque
- Scarlatine
- Teigne du cuir chevelu (*tinea capitis*)
- Teigne corporelle (*tinea corporis*)
- Varicelle
- Zona

BUT

Le but visé par le document *«Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire»* est d'informer les directions des commissions scolaires, les directions d'écoles, les parents, les enseignants et le personnel des moyens de prévention des maladies infectieuses et des procédures à suivre lorsqu'une maladie infectieuse se déclare dans une école. Par conséquent, l'utilisation du guide permettra d'assurer un meilleur contrôle des maladies infectieuses et une diminution de la transmission dans le milieu.

GÉNÉRALITÉS

Les maladies infectieuses sont causées par des bactéries, des virus, des parasites ou des champignons. Certaines maladies infectieuses sont contagieuses, c'est-à-dire qu'elles peuvent se transmettre d'une personne à une autre. Par exemple, la rougeole est une maladie infectieuse qui peut se transmettre d'une personne à une autre, alors que le tétanos est une maladie infectieuse non transmissible d'une personne à une autre. L'école, en raison du grand nombre d'individus présents, constitue un milieu propice à la transmission de plusieurs maladies contagieuses.

Plusieurs actions ont un impact positif sur l'incidence des maladies infectieuses; la mise en place de mesures de prévention, dont l'immunisation et l'application de mesures de salubrité et d'hygiène adéquates, contribuent au contrôle des maladies infectieuses.

Certaines maladies infectieuses peuvent être évitées par la vaccination. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le Comité consultatif national sur l'immunisation (CCNI), les directions de santé publique (DSP), les centres de santé et services sociaux (CSSS), les associations et corporations professionnelles dont la Société canadienne de pédiatrie recommandent que les élèves de la maternelle, du primaire, du secondaire et du collégial soient vaccinés adéquatement, à moins de contre-indication médicale. Au Québec, le document de référence en matière d'immunisation est le «*Protocole d'immunisation du Québec*» (PIQ)

D'autres maladies infectieuses, tout en étant transmissibles d'une personne à l'autre, ne peuvent pas être prévenues par l'immunisation. Les exemples les plus fréquemment rencontrés de ces maladies sont l'érythème infectieux (5e maladie), l'impétigo et la scarlatine.

Finalement, certaines maladies infectieuses dites parasitaires peuvent se transmettre d'un individu à l'autre. La pédiculose et la gale en sont des exemples.

CONFIDENTIALITÉ

Toute information médicale concernant un élève ou un membre du personnel doit être traitée en respectant les principes liés à la confidentialité.

Si des membres du personnel scolaire dans le cadre de leur travail sont informés de l'état de santé d'un élève ou d'un collègue de travail, ils ne doivent pas diffuser cette information. La diffusion des informations relatives à l'état de santé d'un élève ou d'un membre du personnel doit être limitée aux personnes qui, par la nature de leur fonction, sont responsables pour intervenir dans les situations où la protection de la santé publique est mise en cause.

Conformément aux dispositions de la Charte des droits et libertés de la personne, il n'y a aucune obligation d'aviser la direction d'école, ni pour les parents dont leur enfant est atteint par une infection, ni pour les employés atteints d'une maladie infectieuse.

1. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Cette section présente les rôles et responsabilités associés à chacun des acteurs impliqués dans l'intervention.

1.1 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PARENTS

Prévention

- Les parents ont la responsabilité de faire vacciner leur jeune. La vaccination constitue la meilleure façon de prévenir certaines maladies chez l'individu et, en conséquence, d'en limiter la propagation dans la population. Au Québec, la vaccination est fortement recommandée mais n'est pas obligatoire.
- Les parents d'un jeune, dont l'état de santé exige certaines précautions ou soins particuliers, doivent faire connaître à l'école les maladies pour lesquelles ils doivent être informés selon les recommandations médicales prescrites.

Signalement des infections

- Les parents doivent signaler à la direction de l'école toute infection ou infestation présentée par leur jeune lorsqu'elle revêt un caractère de contagiosité. Voir lettre annexe I.
- Dans certains cas, une confirmation de la maladie par un médecin peut être exigée.

Intervention

- Les parents sont responsables du traitement de leur jeune tel que stipulé dans la Loi sur la protection de la jeunesse.
- Le jeune ayant une maladie infectieuse doit rester à la maison jusqu'à ce qu'il soit capable de suivre les activités scolaires. Pour certaines de ces maladies, le jeune doit rester à la maison jusqu'à la fin de la période de contagiosité.
- En cas d'éclosion* d'une maladie évitable par la vaccination, les personnes non vaccinées ou considérées non protégées seront invitées à compléter leur vaccination. Dans certaines circonstances exceptionnelles, les personnes non protégées pourraient être exclues de l'école sur l'ordre du directeur de santé publique en vertu du pouvoir qui lui est conféré à l'article 106, 6e alinéa de la Loi sur la santé publique:

  > *"Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis, en cours d'enquête, qu'il existe effectivement une menace réelle à la santé de la population, il peut: 6e alinéa: "ordonner à une personne, pour le temps qu'il indique, de ne pas fréquenter un établissement d'enseignement, un milieu de travail ou un autre lieu de rassemblement, si elle n'est pas immunisée contre une maladie contagieuse dont l'éclosion a été constatée dans ce milieu"*

* Éclosion: 2 cas ou plus d'une même maladie ayant un lien entre eux.

1.2 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE LA DIRECTION D'ÉCOLE

Prévention

- La direction d'école s'assure de l'application du document *«Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire»*.
- La direction d'école voit à la distribution aux parents, aux enseignants, au personnel non enseignant et au personnel de soutien d'une lettre sur les maladies infectieuses en milieu scolaire. (Annexe I)
- L'infirmière du CSSS de concert avec la direction de l'école, décide de l'information concernant la santé d'un enfant (maladies chroniques, maladies infectieuses, allergies) qui doit être transmise aux enseignants, au personnel non enseignant et au personnel de soutien, si présence de l'enfant dans l'école, et ce, tout au long de l'année.
- La direction d'école s'assure que les fontaines, les lavabos, les distributeurs de savon et le matériel pour assécher les mains soient accessibles, propres et fonctionnels.
- La direction d'école s'assure de la propreté et de l'entretien régulier des locaux.
- Lorsque la direction d'école dispense un service d'alimentation (cafétéria, casse-croûte, traiteur), elle s'assure de respecter les normes de salubrité et collabore avec les services d'inspection des organismes municipaux et gouvernementaux.
- La direction d'école rend disponible les lettres, les dépliants nécessaires pour l'application des recommandations de ce guide sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire.
- La direction d'école collabore avec le CSSS afin d'obtenir une preuve de l'état vaccinal pour chaque enfant lors de son inscription.
- La direction d'école collabore avec l'infirmière du CSSS pour la mise en œuvre des séances de vaccination dans le cadre des programmes réguliers ou lors d'interventions de santé publique.

Signalement des infections

- Si la direction d'école soupçonne qu'un jeune est atteint d'une maladie infectieuse, elle doit en informer les parents et leur recommander de consulter un médecin.

Pour tout cas de maladie infectieuse mentionnée à l'Annexe II chez un élève, un enseignant, un membre du personnel non enseignant ou de soutien, la direction d'école ou son répondant communiquera avec l'infirmière du CSSS. La communication doit se faire par téléphone ou par télécopieur le jour même pour les maladies suivantes : coqueluche, érythème infectieux, gale, diphtérie, éclosion de gastroentérite ou toxi-infection alimentaire, hépatite A, impétigo, méningite, oreillons, rougeole, rubéole, infection à SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline), teigne (*tinea capitis* et *tinea corporis*) scarlatine, pharyngite à streptocoque, tuberculose, varicelle et zona afin de déterminer la conduite à tenir. La fiche de signalement à utiliser se retrouve à l'Annexe

III. La direction d'école informe l'infirmière du CSSS lorsque le taux d'absence est anormalement élevé ou en présence d'une situation inhabituelle ou particulière.

- La direction d'école peut signaler au directeur de santé publique les situations où il existe une menace à la santé des personnes qui fréquentent cette école (article 94, Loi sur la santé publique (se référer à la sous-section 1.6, page 7).

Intervention

- La direction d'école informe dès que possible les parents, les élèves et le personnel des mesures de santé publique recommandées et libère le support clérical requis.

1.3 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE LA COMMISSION SCOLAIRE

Prévention

- La commission scolaire recommande aux directeurs d'école de mettre en application le document *«Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire»*.

Intervention

- La commission scolaire collabore, au besoin, avec la DSP et le CSSS lorsque des interventions sont nécessaires.

1.4 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU CSSS

Prévention

- Le CSSS fait la diffusion du document *«Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire»* auprès des directions d'écoles.
- Le CSSS collabore avec la direction d'école afin d'informer et de sensibiliser les parents, les élèves et le personnel aux mesures préconisées dans le document *«Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire»*.
- L'infirmière du CSSS agit comme personne-ressource en matière de prévention des maladies infectieuses.
- L'infirmière du CSSS s'occupe de la mise en place des programmes de vaccination en milieu scolaire.

Signalement des infections

- L'infirmière du CSSS prend connaissance de la fiche de signalement des maladies infectieuses que l'école lui envoie, complète l'information si nécessaire, fait l'analyse des données recueillies et applique les interventions recommandées selon les maladies (Annexe IV).

- Le signalement à la DSP se fait en utilisant de préférence la fiche de signalement de maladies infectieuses remplie par la direction d'école ou son répondant (Annexe III). (L*e signalement se*

fait en vertu de l'article 94 de la Loi sur la santé publique, voir la sous-section 1,6, signalement, page 7).

- Suite au signalement d'une situation particulière par la direction d'une école, l'infirmière du CSSS évalue la situation après avoir recueilli toutes les informations nécessaires et contacte la DSP au besoin.

  (Deux outils sont disponibles pour l'infirmière afin de documenter les situations ou signalement qui lui sont rapportés :
  1. évaluation de situations particulières (annexe V),
  2. grille de collecte de données lors d'une éclosion de gastroentérite en milieu scolaire (annexe VI)).

De plus, une feuille d'information, destinée aux parents, est présentée en annexe VI. Elle décrit principalement les mesures préventives à mettre en place, en cas d'éclosion de gastroentérite d'allure virale.

Intervention

- L'infirmière du CSSS collabore à l'enquête épidémiologique et à la mise en place des mesures de contrôle recommandées par la DSP. Dans le cas de maladies évitables par la vaccination, ceci peut impliquer la vérification de la couverture vaccinale, l'information aux parents et, lorsque requis, la vaccination.

- La direction d'école informe dès que possible les parents, les élèves et l'ensemble du personnel des mesures recommandées par le CSSS ou la DSP. La direction d'école libère après entente, le support clérical pour ce faire et participe à la mise en place des mesures nécessaires.

- Lors d'exclusion recommandée par la DSP, la direction d'école s'assure de la distribution de la lettre aux parents des élèves concernés et du respect de l'exclusion.

- S'il y a litige entre les recommandations inscrites dans ce document et la conduite du médecin traitant, le cas pourrait être présenté à la DSP.

1.5 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Prévention

- La DSP fait la promotion du document *«Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire»* auprès des commissions scolaires.
- La DSP rend le guide disponible aux CSSS et au milieu scolaire.

- La DSP assure la mise à jour du guide et la rend disponible sur son site Internet. Les CSSS et les abonnés seront avisés par courriel d'une nouvelle mise à jour.

Signalement des infections

- La DSP reçoit les fiches de signalement de maladies infectieuses des infirmières des CSSS, fait l'analyse des données recueillies et recommande aux CSSS les mesures nécessaires.
- La DSP reçoit les déclarations de maladies à déclaration obligatoire (annexe VII) qui lui parviennent des médecins et des laboratoires, procède aux enquêtes et fait l'analyse des données. Si cela implique le milieu scolaire, elle recommande aux CSSS les mesures qui doivent être mises en place.

Intervention

- La DSP est disponible pour les professionnels de la santé pour consultation en maladies infectieuses; elle assure une permanence à cet égard.
- La DSP a un rôle d'expert et est responsable d'évaluer une situation et de choisir les moyens de surveillance et de contrôle.
- La DSP doit réagir rapidement en temps d'éclosion et informer les acteurs impliqués des mesures de contrôle à mettre en place.

1.6 APPROCHE ÉCOLES ET MILIEUX EN SANTÉ

« L'approche Écoles en santé s'inspire de principes reconnus et de résultats de recherches réalisées au niveau international ». L'OMS avait déjà proposé dans les années 80 le concept d'Écoles-santé.

L'approche de type Écoles en santé a été privilégiée pour répondre au volet promotion prévention, auprès des jeunes, de *l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation* (Gouvernement du Québec 2003). Cette approche se retrouve aussi dans le *Programme national de santé publique* (MSSS, 2003-2012).

Le réseau de l'éducation et le réseau de la santé ainsi que leurs partenaires sont donc invités à harmoniser leurs orientations et à mettre en commun leurs ressources et leurs savoir-faire afin d'accroître l'efficacité des actions en promotion prévention.

Sachant que santé et bien-être sont intimement reliés à la réussite scolaire, cette approche favorise le développement optimal du jeune en agissant à la fois sur les facteurs-clés individuels : estime de soi, compétence sociale, habitudes de vie (saine alimentation, activité physique, santé dentaire, non dépendance au tabac et drogues) et sur les facteurs-clés environnementaux : école, famille, communauté.

Le présent guide de Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire s'inscrit donc dans la promotion d'un environnement scolaire sain et sécuritaire.

1.7 SIGNALEMENT

La *Loi sur la santé publique* autorise les directeurs d'établissements et le personnel de la santé à signaler au Directeur de santé publique toute menace à la santé de la population.

> «Les directeurs d'établissements qui constituent des milieux de travail ou des milieux de vie, notamment les entreprises, les établissements d'enseignement, les centres de la petite enfance et autres services de garde, les établissements de détention ou d'hébergement, peuvent signaler au directeur de santé publique de leur territoire les situations où ils ont des motifs de croire qu'il existe une menace à la santé des personnes qui fréquentent cet endroit. Un professionnel de la santé œuvrant dans un tel établissement peut aussi signaler une telle situation au directeur de santé publique». *(chapitre X, article 94)*
>
> «Dans la présente loi, on entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une éclosion si la présence de cet agent n'est pas contrôlée». *(chapitre I, article 2)*
>
> «Les signalements faits en vertu des dispositions du présent chapitre ne permettent pas à celui qui l'effectue de dévoiler des renseignements personnels ou confidentiels, à moins qu'après évaluation de la situation, l'autorité de santé publique concernée ne les exige dans l'exercice des pouvoirs prévus au chapitre XI». *(chapitre X, article 95)*
>
> «Un directeur de santé publique peut procéder à une enquête épidémiologique dans toute situation où il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être et, en particulier :» *(chapitre XI, article 96)*
>
> …«lorsqu'il reçoit un signalement donné en vertu du chapitre X» *(chapitre XI, article 96,4e alinéa)*

2. TRANSMISSION DE L'INFECTION ET MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE

2.1 LA TRANSMISSION DE L'INFECTION

Le processus de transmission d'une infection peut être comparé à une chaîne comportant trois maillons : un agent infectieux, un véhicule et un hôte susceptible. **L'agent infectieux** est un micro-organisme (bactérie, virus, parasite ou champignon) capable de produire une infection ou une maladie. **Le véhicule** est la substance (eau, aliments, salive, sécrétions, selles, etc.) ou l'objet (jouet

ou autre) qui sert d'intermédiaire dans la transmission de l'agent infectieux. Quant à l'**hôte**, c'est un humain ou un animal qui acquiert, transmet ou héberge l'agent infectieux. L'hôte peut être celui qui est infecté ou celui qui transmet l'agent.

Un agent infectieux ne peut rejoindre l'hôte que s'il est véhiculé. Ainsi, la bactérie présente dans la salive d'un individu ne peut en contaminer un autre que si des gouttelettes de salive entrent en contact avec lui. Le contact peut être **direct** (des gouttelettes de salive projetées lorsque l'individu tousse ou éternue), ou **indirect** (le même verre ou la même débarbouillette sont utilisés par deux personnes). Certaines recherches démontrent que les mains sont le principal véhicule de transmission de l'infection, d'où l'importance du lavage des mains.

Un agent infectieux a aussi besoin d'une **porte d'entrée** dans l'organisme; celle-ci peut être une plaie ou une muqueuse. Une muqueuse est une membrane qui tapisse l'intérieur d'un organe creux communiquant avec l'extérieur; elle se retrouve, par exemple, dans l'appareil respiratoire (ex. : nez, bronches), dans l'appareil digestif (ex. : bouche), dans l'appareil génito-urinaire (ex. : urètre, vagin). L'organisme étant pourvu de moyens de défense, la présence de circonstances favorisantes est aussi nécessaire. Un agent infectieux pathogène, un nombre de micro-organismes (inoculum) suffisant pour causer l'infection, une faible résistance de l'hôte, l'absence d'immunité spécifique à cet agent infectieux ou la présence de lésions sur la peau ou sur les muqueuses sont autant de circonstances qui favorisent l'infection (Figure 1).

Ainsi plusieurs personnes ayant une maladie infectieuse présenteront des symptômes et pourront transmettre leur infection à d'autres. Par ailleurs, certaines personnes ayant une maladie infectieuse sans présenter de symptômes pourraient quand même la transmettre (ex. : hépatite B).

Les modes de transmission des agents infectieux sont:

Transmission par contact

La transmission par contact s'effectue par le toucher à la suite d'un contact physique direct de personne à personne ou par contact indirect (par l'entremise d'un objet, d'une surface ou des mains contaminées). Il est clairement reconnu que les mains sont le principal véhicule de transmission d'un grand nombre d'infections (ex. : gastroentérite).

Transmission par gouttelettes

La transmission par gouttelettes survient lorsque de grosses gouttelettes (≥ 5 microns de diamètre) contenant des micro-organismes sont projetées lorsqu'une personne parle, tousse ou éternue. Ces grosses gouttelettes projetées dans l'air voyagent sur une courte distance, généralement à moins d'un mètre de distance et touchent les muqueuses (yeux, nez, bouche) des personnes à proximité (ex. : influenza [grippe]).

Transmission par voie aérienne

La transmission par voie aérienne survient lorsque des microgouttelettes (< 5 microns) contenant des micro-organismes sont disséminées dans l'air et ainsi inhalées par des personnes qui peuvent se trouver à une certaine distance de la personne malade (ex. : tuberculose).

Transmission par vecteur

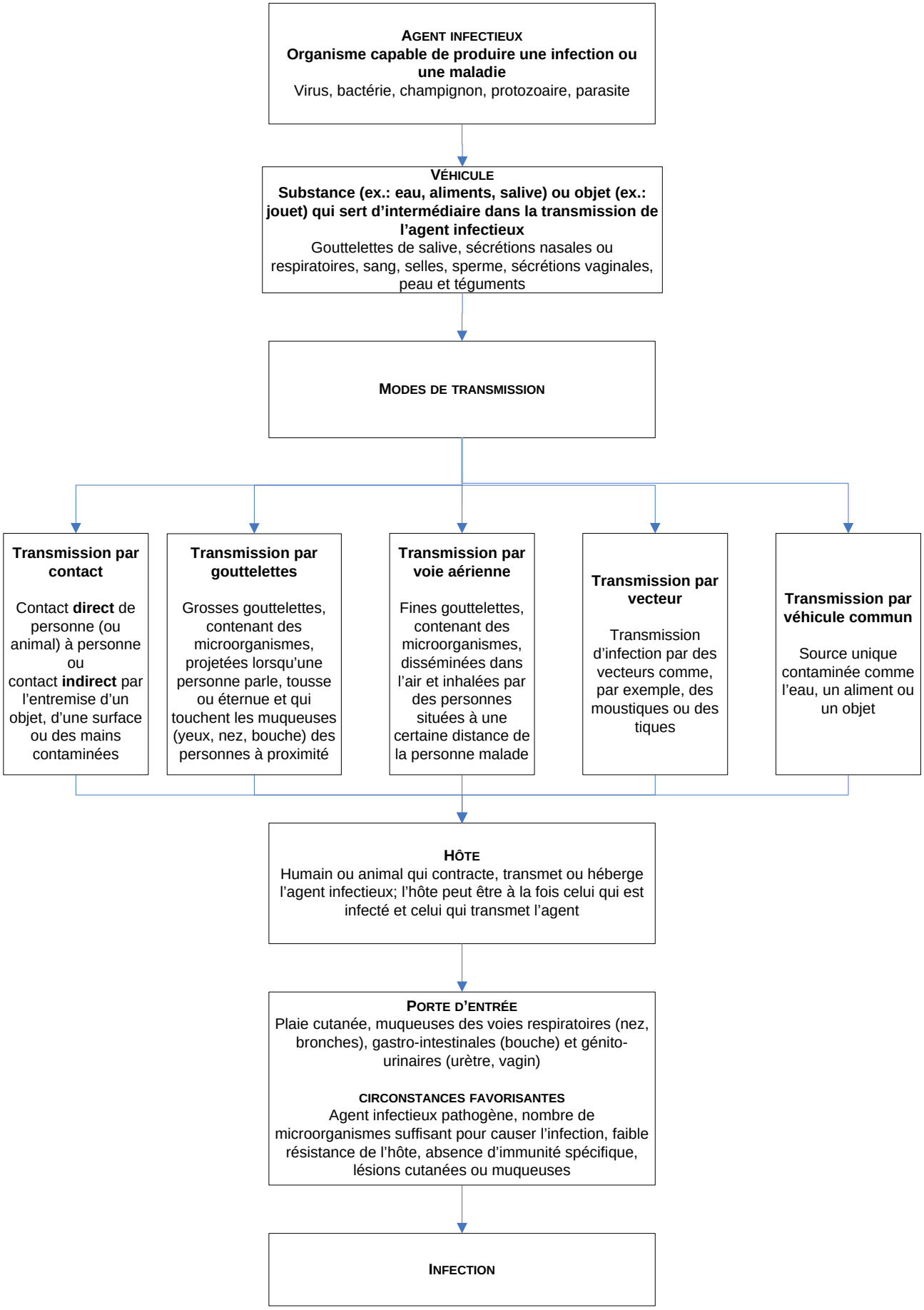
La transmission par vecteur désigne la transmission par des insectes vecteurs (ex. : virus du Nil Occidental ou VNO).

Transmission par véhicule commun

La transmission par un véhicule commun désigne une transmission par une source unique contaminée tel un aliment ou de l'eau (ex. : toxi-infections alimentaires).

La **figure 1** résume les notions relatives à la transmission de l'infection.

Figure 1 : Transmission de l'infection



2.2 MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE

On peut prévenir et contrôler les maladies infectieuses en éliminant ou en réduisant la source d'infection, en interrompant la transmission ou en protégeant les personnes vulnérables.

2.2.1 Mesures d'hygiène

La prévention de la transmission des maladies infectieuses s'effectue d'abord par la mise en place des mesures d'hygiène qui visent tous les individus, sans exception, puisque toute personne peut transmettre une maladie infectieuse. Les principales mesures d'hygiène sont:

- le lavage des mains;
- l'application de méthodes barrières (le port des gants et l'application de pansement sur les plaies);
- l'hygiène respiratoire;
- le non partage des objets personnels.

2.2.1.1 Lavage des mains

Les mains sont le principal véhicule de transmission des infections. Le lavage rigoureux des mains est la mesure d'hygiène la plus efficace pour diminuer la transmission des maladies infectieuses.

A) Circonstances où les mains doivent être lavées :

- avant de préparer, de manipuler, de servir des aliments ou de manger,
- après avoir préparé ou manipulé des œufs non cuits ou de la viande crue,
- après être allé aux toilettes,
- avant et après avoir donné des soins,
- après avoir retiré les gants,
- lorsque les mains sont visiblement souillées (ex. : après avoir joué dehors),
- après avoir été en contact avec un liquide biologique (ex. : sang, sécrétions nasales),
- après s'être mouché ou avoir aidé un enfant à se moucher,
- après avoir toussé ou éternué,
- après avoir touché un animal,
- chaque fois qu'on le juge nécessaire.

B) Comment se laver les mains

La technique du lavage des mains est décrite à l'annexe VIII.

Une affiche sur le lavage des mains se trouve à l'annexe IX. Cette affiche est produite par le ministère de l'Agriculture, Pêcheries et Alimentation du Québec (MAPAQ). Elle peut être commandée en

téléphonant au numéro 1 800 463-5023, par courriel à l'adresse suivante: dga@mapaq.gouv.qc.ca., ou par télécopieur (418) 380-2169. Le numéro de publication est: 06-0189. Elle peut aussi être recherchée sur le site internet du MAPAQ : http://www.mapaq.gouv.qc.ca/

Un bon de commande pour l'affiche et le dépliant produits par l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal est disponible à l'annexe IX.

C) Utilisation d'eau et de savon

N'importe quel savon peut être utilisé. L'utilisation du savon liquide dans un distributeur est préconisée. Quand le distributeur est vide, il est remplacé ou nettoyé avant le remplissage de savon.

- Les lavabos doivent être en nombre suffisant, faciles d'accès et à la hauteur des jeunes.
- Les distributeurs de savon liquide, les serviettes de papier jetables et les poubelles doivent se trouver à proximité des lavabos en tout temps.

D) Utilisation des nettoyants sans eau (rince mains)

On retrouve maintenant en vente libre des solutions antiseptiques à base d'alcool qui s'utilisent sans eau. Elles se présentent généralement sous forme semi liquide ou en gel et contiennent un émollient qui les rend moins irritantes pour la peau. La concentration d'alcool généralement recommandée varie de 70 à 90 % pour avoir un effet virucide.

L'hygiène des mains en utilisant un rince mains antiseptique à base d'alcool diminue efficacement et rapidement le nombre de micro-organismes présents à la surface de la peau.

Cependant, pour être efficace, le produit doit être utilisé sur des mains non souillées de matières organiques (sable, terre, colle, peinture, etc.) ou de liquides biologiques (urines, selles, sang, sécrétions). L'application du rince mains nécessite une technique rigoureuse de même nature que le lavage des mains.

Les rince mains antiseptiques peuvent être utiles lors de sorties à l'extérieur (ex : visite à la ferme, promenade en forêt), lorsqu'il n'y a pas de lavabo disponible, en attendant qu'un bon lavage des mains soit fait. Il faut laisser évaporer le produit avant de manger.

Ne pas laisser ces produits contenant de l'alcool à la portée des jeunes enfants.

L'utilisation d'un rince main à base d'alcool demeure une alternative et ne doit pas remplacer le lavage des mains à l'eau et au savon.

De plus, il faut se rappeler que les rince mains à base d'alcool ne doivent pas être utilisés si les mains sont visiblement souillées ou mouillées parce qu'ils sont alors moins efficaces. Il est suggéré de nettoyer préalablement les mains avec des lingettes humides.

2.2.1.2 Application de méthodes barrières

A) Le port de gants

Le port de gants jetables à usage médical est recommandé pour prévenir les infections qui peuvent être transmises en présence de lésions cutanées (écorchure, eczéma, etc.), chez la personne qui donne des soins

À l'école, ils sont particulièrement recommandés dans les situations suivantes :

- Si un contact avec du sang est prévisible et particulièrement si les mains présentent une atteinte cutanée comme une plaie fraîche ou des lésions cutanées.
- Si la quantité de sang est assez importante pour traverser ce qu'on utilise pour l'éponger.

Il faut enlever les gants dès que la tâche est terminée ou interrompue et se laver les mains adéquatement. Il faut éviter de toucher avec les gants d'autres objets qui seraient alors contaminés. Après chaque utilisation, les gants souillés doivent être mis dans un sac de plastique qui doit être fermé et jeté à la poubelle.

Des allergies aux gants de latex peuvent survenir chez certaines personnes. Elles se manifestent, la plupart du temps, par des problèmes cutanés d'intensités diverses. Pour ces personnes des gants exempts de latex (gants en vinyle, nitrile ou autres matériaux) doivent être utilisés.

L'école doit prendre les dispositions nécessaires pour que des gants jetables soient facilement accessibles en tout temps :

- dans le bureau de la personne qui prodigue les premiers soins,
- au service de garde de l'école,
- dans chacune des trousses de premiers soins, lesquelles doivent être facilement accessibles autant à l'intérieur qu'à l'extérieur et lors des sorties organisées.

L'absence de gants ne doit jamais retarder les premiers soins. Le lavage des mains demeure nécessaire après tout contact avec du sang ou un autre liquide biologique, qu'il y ait port de gants ou non.

B) Application de pansement sur les plaies

Toute plaie, coupure ou éraflure, particulièrement sur les mains, autant pour les enfants que pour les adultes, doit être soignée rapidement et couverte d'un pansement qui adhère bien et recouvre entièrement la blessure.

2.2.1.3 Hygiène respiratoire

L'hygiène respiratoire est recommandée dans le but de diminuer les risques de transmission d'agents infectieux retrouvés dans les voies respiratoires.

Lors de toux ou d'éternuements :

- couvrir le nez et la bouche avec un mouchoir de papier ou utiliser le haut de la manche, entre le pli du coude et l'épaule lorsque des mouchoirs de papier ne sont pas disponibles,
- déposer les mouchoirs de papier utilisés dans une poubelle,
- se laver les mains.

Note : Un dépliant et une affiche sur l'hygiène respiratoire pour le niveau primaire sont disponibles. Un bon de commande pour ces documents se trouve à l'annexe IX.

2.2.1.4 Non partage des objets personnels

Les objets personnels (brosse à dents, verre, chapeau, peigne, maquillage, etc.) doivent être clairement identifiés ; le prêt de ces objets d'un jeune à l'autre est à éviter.

Les objets qui ne peuvent pas être bien nettoyés entre chaque utilisation et sur lesquels peuvent s'accumuler des liquides biologiques comme les flûtes à bec, devraient être considérés comme des objets individuels et ne pas être prêtés d'un jeune à l'autre. Les instruments de musique tels que sifflets ou tout autre instrument de musique à vent doivent être désinfectés après chaque usage, s'ils sont partagés. La procédure de désinfection des flûtes est décrite dans l'avis produit par l'Institut national de santé publique du Québec (2001). Cet avis se retrouve à l'annexe X.

2.2.1.5 Activités sportives[1]

La prévention de la transmission d'infections de personnes infectées ou colonisées à d'autres personnes ou groupes dans la communauté s'appuie sur de bonnes pratiques d'hygiène. Ces pratiques hygiéniques s'appliquent à toute lésion cutanée, plaie, blessure ou site potentiellement infectieux causé par un micro-organisme quelconque.

Ces bonnes pratiques mettent l'accent sur :

- **le lavage des mains**;
- **le fait de ne pas partager d'articles personnels;**
- **la couverture des lésions cutanées avec un pansement** afin de prévenir tout contact direct ou indirect des sécrétions infectées (ex. : exsudat, liquide de drainage) avec une autre personne;
- **le fait de ne pas marcher pieds nus dans les endroits publics** (piscines, douches, gymnase).

[1] Ces recommandations d'hygiène peuvent aussi s'appliquer dans les jeux impliquant le partage de jouets. Un protocole d'entretien régulier ou rehaussé en période d'éclosion devrait être en place pour limiter le risque de transmission.

Aux États-Unis, des cas isolés d'infections à SARM de même que des éclosions ont été rapportés parmi des athlètes et des participants de clubs sportifs, en milieu scolaire ou non. Ces infections étaient habituellement associées à des **sports de contacts** comme la lutte ou le football. Les CDC ont d'ailleurs émis des recommandations pour la prévention des infections staphylococciques chez les personnes qui pratiquent un sport (voir **encadré 1**).

Évaluation/référence

- Les étudiants devraient être encouragés à rapporter à leur professeur d'éducation physique une infection cutanée, une lésion cutanée inhabituelle ou qui coule (ex. : exsudats, liquide de drainage).
- Si une infection de la peau et des tissus mous est suspectée, référer l'étudiant à un médecin pour établir un diagnostic et, au besoin, un traitement.
- L'étudiant chez qui on suspecte une **infection** de la peau et des tissus mous sera retiré temporairement des activités sportives comportant des contacts directs avec d'autres personnes jusqu'à ce qu'il soit évalué par un médecin.

Communication/signalement

- Selon le contexte, le professeur peut demander à l'étudiant (ou aux parents) de confirmer le diagnostic reçu par le médecin et vérifier si le traitement reçu ou prescrit a été respecté. Il est recommandé de suivre les instructions du médecin traitant.
- Si une éclosion d'infections cutanées est suspectée dans une équipe ou une classe, le professeur pourrait signaler la situation à la DSP.
- **Les milieux scolaires et sportifs sont encouragés à rédiger une politique sur la prévention des infections, sur le nettoyage des surfaces de l'environnement et des articles de sport pouvant être partagés.**

Mesures préventives usuelles

- **Les employés, les parents, les élèves, les professeurs et les entraîneurs doivent être informés que le lavage des mains est la mesure la plus importante pour prévenir la transmission des infections.**
- **Se laver les mains régulièrement avec de l'eau et du savon. En l'absence d'installations pour se laver les mains ou si les mains ne sont pas visiblement souillées, on peut utiliser un rince mains antiseptique à base d'alcool (au moins 70% d'alcool).**
- Les personnes participant à des sports doivent prendre une douche avec de l'eau et du savon après chaque pratique, partie ou tournoi, tout particulièrement s'il s'agit d'un sport de contact.
- Ne pas partager d'articles personnels d'hygiène (ex. : serviettes, pains de savon). Ne pas partager de serviettes même durant un entraînement, une partie ou un tournoi.

- Les articles personnels tels que les uniformes, les serviettes et les suspensoirs doivent être lavés dans une eau chaude savonneuse ou nettoyés après chaque utilisation.
- Nettoyer ou laver l'équipement athlétique partagé comme l'équipement de protection ou les casques au moins une fois par semaine mais idéalement après chaque utilisation. Il est recommandé d'établir une routine de nettoyage des dispositifs non personnels, tels que les capteurs utilisés en escrime.
- S'assurer du nettoyage régulier des installations sanitaires collectives et des surfaces que l'on touche souvent.
- Nettoyer régulièrement les surfaces de l'environnement ou l'équipement sportif avec un produit de nettoyage courant.

Mesures préventives additionnelles en présence de lésions cutanées

- Fournir aux professeurs et entraîneurs, aux responsables ou aux participants des instructions décrivant la prise en charge des lésions cutanées infectées par le SARM ou d'autres agents pathogènes potentiels.
- Les personnes présentant des lésions ouvertes qui ne peuvent pas être recouvertes ne devraient pas participer à des sports de contact jusqu'à ce que la plaie soit guérie ou que l'exsudat ou le liquide de drainage ait été contenu.
- Permettre à un étudiant de participer à des activités sans contacts avec d'autres personnes si la lésion est couverte complètement par un pansement sec et propre et si l'athlète comprend et pratique de bonnes mesures d'hygiène.
- Les personnes présentant des lésions cutanées ouvertes devraient être exclues des bains tourbillons ou des saunas collectifs.
- Se laver les mains immédiatement après avoir touché une lésion ou un objet souillé par une lésion cutanée infectée ou qui coule (ex. : exsudat ou liquide de drainage).
- Procéder à un lavage fréquent des mains, en particulier au moment d'un changement de pansement ou s'il y a contact avec une plaie infectée.
- Le pus des lésions infectées contient des bactéries (ex. : staphylocoques) qui peuvent transmettre l'infection à d'autres personnes. Les pansements souillés doivent être jetés dans une poubelle fermée ou placés dans un sac en plastique fermé de façon à éviter tout contact avec une autre personne ou du matériel partagé.
- La personne qui change un pansement devrait porter des gants propres non stériles. Mettre les gants avant de toucher le pansement souillé ou la lésion. Retirer les gants après usage et les jeter. Se laver les mains immédiatement, même si des gants ont été portés, avant de toucher des articles non contaminés, des surfaces ou avant de traiter un autre étudiant.
- Garder les plaies propres et couvertes d'un pansement sec, tout particulièrement s'il y a écoulement.
- Nettoyer toute pièce de l'équipement sportif (ex. : matelas, bancs et tables d'entraînement) qui a pu être en contact avec une lésion.

- Les personnes présentant des lésions cutanées ne devraient pas partager leur équipement athlétique qui est en contact avec leur peau.

Encadré 1 : Recommandations des CDC pour la prévention des infections staphylococciques chez les personnes qui pratiquent une activité sportive

Couvrir toutes les lésions. Si une lésion ne peut être couverte adéquatement, envisager le retrait du joueur ayant une lésion cutanée potentiellement infectée d'un entraînement ou d'une compétition tant que la lésion ne sera pas guérie ou couverte adéquatement.

Encourager une bonne hygiène, incluant la douche avec de l'eau et du savon après chaque entraînement ou après chaque compétition.

Assurer la disponibilité d'eau chaude et de savon pour le lavage des mains sinon prévoir la disponibilité de rince mains antiseptique (à 70% d'alcool éthylique).

Décourager le partage de serviettes et d'articles personnels (ex. : vêtements, uniformes ou équipements).

Établir un calendrier régulier de nettoyage pour l'équipement partagé.

Entraîner les athlètes et les entraîneurs à donner les premiers soins pour des lésions cutanées et à reconnaître une plaie potentiellement infectée.

Encourager les athlètes à rapporter des lésions cutanées à leurs entraîneurs et encourager les entraîneurs à évaluer régulièrement leurs athlètes pour la détection de lésions cutanées.

Source : Adapté et traduit de CDC 2003.

2.2.2 Immunisation

L'immunisation permet de procurer au corps humain les moyens de se défendre contre une maladie, avant qu'elle ne survienne. C'est le moyen le plus efficace pour prévenir les maladies infectieuses pour lesquelles un vaccin existe. Au Québec, il est recommandé que les enfants reçoivent les vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, les oreillons, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b, la varicelle, les infections à pneumocoque et à méningocoque. De plus, une vaccination contre les hépatites B et A ainsi que le VPH (virus du papillome humain) est offerte en 4e année. La vaccination contre la coqueluche, contre le VPH ainsi que la mise à jour du carnet de vaccination sont effectuées en troisième secondaire. Tous ces vaccins font partie du calendrier régulier de vaccination et sont gratuits. Pour plus d'informations, consulter la section vaccination du site Internet : www.santepub-mtl.qc.ca

2.2.3 Élimination des agents infectieux

2.2.3.1 Nettoyage et désinfection des objets et des surfaces de l'environnement

Le nettoyage et la désinfection de l'environnement jouent un rôle dans la transmission des infections. Le nettoyage a pour but d'enlever les saletés, la poussière et les autres substances qui peuvent héberger des microorganismes ou permettre leur multiplication. La désinfection détruit ou empêche la multiplication des microorganismes.

En général les surfaces et les locaux ne requièrent pas de procédures particulières autres que les consignes de base. Toutefois, en présence d'éclosions (ex. : gastroentérites), il faut augmenter la fréquence du nettoyage, particulièrement pour les salles de toilettes et les surfaces fréquemment touchées.

Consignes de base sur les techniques de nettoyage et de désinfection

- Effectuer le nettoyage et la désinfection en commençant par les surfaces les moins souillées vers les surfaces les plus souillées.
- Enlever, le cas échéant, toutes les souillures avant d'effectuer le nettoyage et la désinfection. L'utilisation de produits dits nettoyants-désinfectants n'est pas efficace sur des surfaces visiblement souillées.
- Le nettoyage doit précéder l'étape de désinfection.
- Choisir des produits désinfectants adaptés aux surfaces et objets à désinfecter.
- Respecter le mode d'utilisation des produits désinfectants : dilution, temps de contact, délai entre la préparation et l'utilisation du produit, essuyage et rinçage selon les recommandations du fabriquant.

Nettoyage et désinfection des objets et des surfaces de l'environnement souillés par du sang ou des liquides biologiques

Lors du nettoyage et de la désinfection des surfaces, jouets ou objets souillés de sang ou de liquides biologiques teintés de sang, procéder de la façon suivante :

- Mettre des gants jetables à usage médical.
- Utiliser un papier essuie-tout pour éponger, mettre ensuite dans un sac, fermer celui-ci avant de le jeter.
- Laver les objets et les surfaces avec de l'eau savonneuse.
- Les désinfecter avec une solution d'eau de Javel.
    .1. Si l'école utilise une dilution de 1 :100 (10 ml d'eau de Javel, à usage domestique à une concentration de 5 à 6%, pour 990 ml d'eau), le temps de contact avec la surface devra être d'au moins deux minutes. La solution devra être préparée et changée tous les jours.
    .2. Si l'école utilise une dilution de 1 :10 (10 ml d'eau de Javel, à usage domestique à une concentration de 5 à 6%, pour 90 ml d'eau), le temps de contact avec l'objet sera de 30 secondes. La solution devra être préparée et changée toutes les deux semaines.
- Les vêtements tachés de sang sont d'abord rincés à l'eau froide, puis lavés normalement à l'eau chaude savonneuse. En attendant qu'ils soient lavés, on doit les déposer dans un sac de plastique fermé.

2.2.3.2 Manipulation sécuritaire des objets piquants ou tranchants

À l'école, l'utilisation d'objets piquants et tranchants, doit se faire de façon sécuritaire.

S'ils doivent être utilisés plusieurs fois, comme par exemple lors de certaines activités de laboratoire, les jeunes doivent être informés, avant la manipulation, d'aviser le responsable dès qu'il y a blessure. Ce dernier devra s'assurer que l'objet contaminé ne sera pas réutilisé par un autre jeune et en disposera de manière sécuritaire.

Les jeunes doivent être informés de l'importance de ne pas toucher ou ramasser une seringue ou un objet tranchant trouvé dans l'environnement, mais d'aviser un adulte immédiatement s'ils en trouvent un. Lorsqu'une seringue est trouvée, comme par exemple dans la cour d'école, elle doit être récupérée en suivant les étapes décrites ci-dessous.

Les jeunes doivent également être informés de ne pas s'adonner à des jeux impliquant des objets piquants (ex. : pointe de compas, punaises) pour éviter des accidents et notamment le risque de maladies transmissibles par le sang. Les intervenants en milieu scolaire doivent être vigilants afin de détecter tout nouveau comportement pouvant causer un risque de transmission et d'infection (ex. : phénomène Jackass sur le Web).

Consignes pour le ramassage de seringues usagées

Quand vous ramassez la seringue, manipulez-la avec précaution et prenez garde car d'autres seringues peuvent se retrouver à proximité.

1. Déposer près de la seringue un contenant en plastique ayant un couvercle (ou un contenant prévu à cette fin).
2. Saisir la seringue par le bout non piquant de façon à ce que l'aiguille soit éloignée de votre corps.

   Même si vous trouvez le capuchon, ne tentez jamais de le replacer sur l'aiguille pour éviter de vous blesser.
3. Déposer la seringue dans le contenant. Visser le couvercle solidement s'il s'agit d'un contenant non prévu à cette fin.
4. Bien se laver les mains avec de l'eau et du savon.

Les objets tranchants ou piquants contaminés doivent être jetés dans un contenant de plastique rigide résistant aux perforations. Chaque école doit privilégier l'utilisation de contenants sécuritaires prévus à cette fin. Ces contenants doivent être rapportés au CSSS et ne jamais être jetés à la poubelle ou dans le bac de recyclage.

3. MALADIES TRANSMISSIBLES PAR LE SANG EN MILIEU SCOLAIRE

Les maladies transmissibles par le sang font référence aux maladies causées par divers agents infectieux, dont le virus de l'hépatite B (VHB), le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Ces maladies peuvent atteindre des personnes de tout âge, quoique leur prévalence (proportion d'individus qui ont cette infection dans une population à un moment donné) soit estimée très faible chez les jeunes d'âge scolaire au Québec. Elle n'est toutefois pas uniforme à travers la province, étant plus élevée en région urbaine qu'en région rurale.

Bien que ces maladies soient transmises principalement par voie sexuelle (VHB et VIH) ou par l'échange de seringues chez les usagers de drogues injectables, la transmission par voie sanguine préoccupe les milieux scolaires. Les situations qui peuvent soulever des inquiétudes dans ce contexte ont d'ailleurs été étudiées. Il s'agit notamment des morsures, des blessures et des accidents entraînant un contact avec le sang comme le partage non recommandé des brosses à dents et des rasoirs.

Les organismes scolaires ont une responsabilité éducative importante à l'égard des jeunes dont certains peuvent être vulnérables lorsqu'ils ignorent les moyens de se protéger. La présence de personnes infectées par le virus de l'hépatite B, de l'hépatite C ou du VIH est une réalité susceptible d'être de plus en plus présente dans le milieu scolaire.

Il n'y a aucune obligation pour les parents de signaler à la direction de l'école que leur jeune est porteur d'une maladie transmissible par le sang. Il n'y a pas non plus d'obligation pour les membres du personnel qui sont infectés, de le signaler à la direction de l'école. Ceci, afin de préserver l'anonymat et ainsi éviter toute discrimination reconnue par la Charte des droits et libertés de la personne.

Les personnes infectées par l'un ou l'autre de ces virus peuvent vivre des années sans éprouver aucun symptôme. Elles sont en mesure de poursuivre leurs activités normales à l'école ou au travail.

Tenant compte de la littérature scientifique mondiale qui nous informe qu'aucun cas de transmission du VIH n'a été rapporté en milieu scolaire et que les risques de transmission sont très faibles, il n'est pas indiqué d'exclure un jeune d'une école, ou de lui en refuser l'admission pour la seule raison qu'il est infecté par le VHB, le VHC ou le VIH. Les mêmes règles s'appliquent pour le personnel.

Les pratiques de base doivent être appliquées en considérant toute personne comme potentiellement infectée par le VHB, VHC ou VIH. La conduite à observer en cas d'exposition accidentelle au sang doit toujours être respectée.

3.1 RISQUE D'INFECTION AU VHB, AU VHC OU AU VIH À LA SUITE D'UNE EXPOSITION SIGNIFICATIVE À DU SANG OU À DES LIQUIDES BIOLOGIQUES

Le tableau ci-dessous présente le risque d'infection selon le type d'exposition et l'agent infectieux en cause. *

Risque d'infection au VHB, au VIH ou au VHC selon le type d'exposition*

Type d'exposition	Personne source infectée		
	Hépatite B (VHB)	VIH	Hépatite C (VHC)
Piqûre	2% - 40%	0,32 %	1,8 %
Morsure avec bris de peau	Présent	Présent (si sang dans la bouche de l'agresseur)	Présent (si sang dans la bouche de l'agresseur)
Muqueuse et sang	Risque pour le VHB plus grand que pour le VIH	0,03%- 0,09%	Rare
Peau non saine et sang	Risque pour le VHB plus grand que le risque pour le VIH et le VHC	< 0,09 %	Probablement nul
Partage de matériel d'injection	40%	0,67%	Risque pour le VHC plus grand que pour le VIH

Source : MSSS (2006)

* En l'absence de prophylaxie en post-exposition (VHB, VIH)

3.1.1 Risque lors de blessures et accidents (incluant les piqûres d'aiguille)

Le personnel peut dispenser des premiers secours au cours de situations impliquant un saignement : saignement de nez, accident, coupure, blessure, etc. Le contact du sang avec une peau saine ne constitue pas un risque de transmission du VHB, du VHC ou du VIH. Cependant, il peut arriver que la peau non intacte (i.e. plaie qui a saigné depuis moins de 24 heures) ou, exceptionnellement, une muqueuse de la personne qui prodigue les soins, entre en contact avec le sang de la personne impliquée. Dans ce cas, suivre la conduite recommandée à la section 3.1.4.

Si une personne se blesse avec une aiguille ou un objet contaminé par du sang, suivre les mesures recommandées à la section 3.1.4.

3.1.2 Risque lors de morsures

La présence d'un jeune mordeur justifie toujours une intervention visant à contrôler ce comportement.

Face à une morsure, il faut d'abord évaluer s'il y a eu bris cutané, ce qui déterminera la conduite à adopter.

Il y a exposition si la morsure a provoqué un bris cutané, avec ou sans présence de sang, chez la personne mordue. Si la morsure n'a fait que des empreintes de dents sur la peau, des ecchymoses (bleus) ou pétéchies (petits vaisseaux sanguins brisés sous la peau), il n'y a pas eu exposition.

Une morsure impliquant un bris cutané (et donc une injection de salive à travers la peau), constitue un risque de transmission pour le VHB. Pour présenter un risque associé au VHC et au VIH, la salive doit être mêlée à du sang. Peu de données sont disponibles sur la fréquence des morsures à l'école. Si des morsures avec bris cutané entre les enfants sont occasionnellement rapportées, un tel incident ne devrait survenir que très rarement entre un enfant et un adulte.

A) Risque pour la personne mordue

La morsure avec bris de peau doit être considérée comme une exposition à risque pour le VHB (virus de l'hépatite B). Cependant, la transmission du VHB par morsure à l'école est peu probable, car la prévalence de l'infection par le VHB est très faible parmi la population d'âge scolaire, en raison du programme de dépistage prénatal et de la vaccination des nouveau-nés de mères porteuses.

Dans le cas du VHC (virus de l'hépatite C) et du VIH (virus de l'immunodéficience humaine), l'exposition n'est pas considérée à risque sauf si l'enfant qui a mordu avait du sang dans la bouche avant de mordre, ce qui devrait être une situation exceptionnelle.

B) Risque pour le mordeur

Lorsqu'il y a bris de peau, le sang de la personne mordue entre en contact avec la muqueuse buccale (l'intérieur de la bouche) du jeune mordeur. Celui-ci doit donc être considéré possiblement exposé au VHB, au VHC et au VIH.

Le tableau ci-dessous présente les virus auxquels s'exposent la personne mordue et le mordeur, selon le type de morsure.

Exposition aux VHB, VHC et VIH pour la personne mordue et le mordeur selon le type de morsure

Description du risque	Morsure sans bris de peau	Morsure avec bris de peau et ABSENCE de sang dans la bouche du mordeur	Morsure avec bris de peau et PRÉSENCE de sang dans la bouche du mordeur
Personne mordue	Aucun	VHB	VHB, VHC, VIH
Mordeur	Aucun	VHB, VHC, VIH	VHB, VHC, VIH

Pour les personnes impliquées, la conduite à tenir est décrite à la section 3.1.4.

3.1.3 Risque lors de partage de brosse à dents

Le brossage des dents peut faire saigner légèrement les gencives et, de ce fait, les brosses à dents peuvent devenir un véhicule pour la transmission des virus transmissibles par le sang, s'il y a partage.

Jusqu'à maintenant, aucun cas de transmission du VIH par le partage de brosses à dents n'a été rapporté et le risque de transmission du VHB par le partage de brosses à dents est très faible. Il importe quand même d'appliquer des mesures visant à éviter le partage des brosses à dents en raison de ce faible risque et du risque de transmission d'autres maladies infectieuses.

3.1.4 Conduite recommandée lors d'une exposition au sang ou aux liquides biologiques

- Faire saigner la plaie, quelques gouttes s'il y a lieu, sans pincer le pourtour immédiat de la plaie.
- Nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon, puis rincer. Les muqueuses doivent être rincées abondamment avec de l'eau.
- Aviser immédiatement la direction de l'école et l'infirmière du CSSS ou, en son absence, le service Info-Santé.
- Aviser les parents du ou des jeune(s) impliqué(s).
- Prendre en note tous les détails de l'accident:
  - circonstances de l'accident (quelle activité ? quand ? où ? etc.),
  - type d'accident (coupure, morsure, éclaboussure sur une muqueuse ou sur une peau non intacte, piqûre, etc.),
  - profondeur approximative de la blessure (ex. : bris cutané léger ou important, plaie par aiguille, type de muqueuse ou description de la peau non intacte, etc.),
  - quantité approximative de sang écoulé (quelques gouttes ou ml),
  - nom des personnes impliquées, personne exposée et personne source.

Diriger le plus rapidement possible la ou (les) personne (s) exposée (s) à l'urgence d'un centre hospitalier pour l'évaluation de l'exposition. Le médecin appliquera les mesures préventives recommandées et assurera le suivi au besoin.

4. ANIMAUX ET MILIEU SCOLAIRE

4.1 PRÉSENCE D'ANIMAUX EN MILIEU SCOLAIRE

La présence d'animaux en milieu scolaire peut être responsable de nombreux problèmes de santé chez les jeunes et le personnel. Parmi les problèmes de santé liés aux animaux, notons les allergies (asthme, rhinite et urticaire), les maladies infectieuses (gastroentérite, etc.) et les blessures (morsures, etc.).

L'allergie est sûrement le plus grand risque à la santé des jeunes en contact avec les animaux. Étant donné le nombre élevé de personnes souffrant d'allergie ou d'asthme et le caractère public des locaux dans une école, il est déconseillé d'avoir en permanence des animaux à l'école.

Plus d'une centaine de maladies infectieuses peuvent être transmises de l'animal à l'homme et habituellement, l'animal à l'origine de l'infection paraît en bonne santé. Le risque de contracter certaines de ces maladies est plus élevé chez les jeunes enfants à cause du type de contact qu'ils ont avec les animaux et de la difficulté à appliquer les mesures d'hygiène correctement.

La solution la plus simple et la plus efficace pour éliminer les problèmes liés à la présence des animaux en milieu scolaire est l'interdiction complète des animaux dans l'école.

Cela n'est toutefois pas toujours possible. Lorsque des animaux sont requis pour l'atteinte d'objectifs pédagogiques bien définis, il faut tenter de limiter les impacts négatifs sur la santé. Autant que possible, diminuer le nombre d'animaux, écourter le temps de présence à l'école de ces animaux et utiliser des espèces qui présentent moins de risques pour la santé.

Dans certains cas, un local peut être aménagé afin de garder les animaux. Ce local doit être équipé d'un système de ventilation indépendant de celui des classes. De plus, des procédures strictes de nettoyage et des mesures telles le lavage des mains et le port du sarrau doivent être respectées. Ce local peut être utilisé pour l'observation des animaux afin qu'aucun animal ne soit gardé en classe.

Enfin, d'autres alternatives peuvent être envisagées par l'enseignant : l'utilisation de matériel audiovisuel, de modèles en matière synthétique, de logiciels ou encore l'observation des animaux à l'extérieur de l'école lors de sorties pédagogiques.

Il est donc aussi possible de protéger la santé des élèves et du personnel sans compromettre l'atteinte des objectifs pédagogiques.

4.2 MORSURE, GRIFFURE, CONTACT AVEC LA SALIVE D'UN ANIMAL

Les morsures animales sont des événements fréquents, surtout chez les enfants. Ils sont donc à risque d'être exposés à des animaux qui peuvent être atteints de rage. Il est important de les éduquer à adopter des comportements sécuritaires envers les animaux qui leur sont inconnus, tant domestiques que sauvages, y compris avec les chauves-souris.

Les comportements sécuritaires que doivent adopter les enfants sont :

- ne pas s'en approcher,
- ne jamais les toucher,
- avertir une personne responsable si un animal est présent dans l'environnement scolaire.

Lorsqu'un adulte est avisé de la présence d'un animal inconnu ou sauvage dans l'environnement scolaire il doit:

- S'assurer que les enfants ne s'en approchent pas.
- **S'il y a eu morsure, griffure ou contact avec la salive de l'animal :**
  - laver la plaie immédiatement à l'eau et au savon pendant au moins 15 minutes,
  - aviser l'infirmière du CSSS ou en son absence le service Info-Santé, qui fera les démarches nécessaires pour une prise en charge et une évaluation du risque de rage par la direction de santé publique, s'il y a lieu. Elle fera également les recommandations pour une évaluation de la plaie,
  - tenter de capturer l'animal de façon sécuritaire ou d'obtenir les coordonnées du propriétaire de l'animal en cause, afin que celui-ci soit observé ou analysé pour vérifier la présence de rage animale.

4.3 EXPOSITION A UNE CHAUVE-SOURIS

Quand une chauve-souris est retrouvée dans un environnement et que des jeunes peuvent avoir été en contact**, même s'il n'y a pas d'évidence de morsure**, il est recommandé :

- De capturer, de façon sécuritaire, la chauve-souris, si possible (voir plus bas). Une analyse pourra être demandée, si nécessaire.
- D'aviser rapidement l'infirmière du CSSS ou en son absence le service Info-Santé, afin que la situation et le risque de rage soient évalués par la DSP.
- Dresser une liste des jeunes qui ont été (ou ont pu être) en contact avec la chauve-souris.

Lors de la capture d'une chauve-souris, il est important de prendre les précautions suivantes pour éviter d'être contaminé :

- Toujours porter des gants épais.
- Si la chauve-souris est vivante, attendre qu'elle se pose. La capturer à l'aide d'un contenant rigide déposé par-dessus elle. Glisser ensuite 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. Conserver le contenant en lieu sûr.
- Si la chauve-souris est morte, utiliser une pelle ou autre objet pour la déposer dans un sac épais doublé d'un deuxième sac. Conserver l'animal enveloppé au congélateur, jusqu'à la fin de l'enquête.
- Se laver les mains après avoir capturé la chauve-souris.

5. FICHES DESCRIPTIVES SUR LES MALADIES INFECTIEUSES À L'INTENTION DES INFIRMIÈRES DU CSSS

Cette section est un outil de consultation sur les maladies infectieuses à l'intention des infirmières du CSSS. Celles-ci sont présentées sous forme de tableau et par ordre alphabétique.

Pour chacune des maladies, plusieurs éléments apparaissent dans l'encadré : définition, réservoir, période d'incubation, période de contagiosité, durée de la maladie, mode de transmission, tableau clinique, complication, particularité femme enceinte, diagnostic, traitement et pronostic.

Dans l'encadré, se retrouvent en dernier les mesures de prévention pour assurer un meilleur contrôle de l'infection en milieu scolaire ainsi que les recommandations associées à la maladie s'il y a lieu.

5.1 DÉFINITIONS

Agent infectieux : Un micro-organisme capable de produire une infection ou une maladie infectieuse (microbes, germes).

Anémie aplasique : Forme d'anémie dans laquelle la moelle osseuse ne produit pas un nombre suffisant d'éléments sanguins.

Cas index : Premier individu chez qui on a diagnostiqué une maladie contagieuse.

Contact : Individu qui a été en relation avec une personne infectée ou un environnement contaminé, de telle sorte qu'il a eu l'occasion de contracter un agent infectieux. Le type et la durée du contact nécessaire à la transmission d'une infection peuvent varier selon la maladie.

Éclosion : Deux (2) cas ou plus d'une même maladie ayant un lien entre eux.

Immunodépression : Baisse de l'immunité qui amène une difficulté à se défendre contre un agent infectieux (causes : cancer, certaines maladies chroniques, certains médicaments [corticostéroïdes, médicaments antinéoplasiques], âge avancé).

Létalité : Risque de décès chez les personnes malades.

MADO : « Maladie à déclaration obligatoire » selon le règlement d'application de la Loi sur la santé publique.

Mode de transmission : Façon dont la maladie infectieuse se transmet d'une personne à l'autre dans la population.

Période de contagiosité : Période pendant laquelle une personne peut transmettre une infection. Cette période est variable d'une infection à l'autre.

Période d'incubation : Intervalle entre l'exposition à un agent infectieux et l'apparition des premiers signes ou symptômes.

Phase aiguë : Phase où la personne présente les symptômes.

Porteur (sain) : Une personne ou un animal infecté sans symptôme ni signe clinique de la maladie. Un porteur peut représenter une source potentielle d'infection pour l'homme ou les animaux.

Pratiques de base : Remplace le terme précautions universelles. L'ensemble des pratiques ou des mesures préventives utilisées avec tous les patients au moment où des soins leurs sont prodigués afin de prévenir la transmission des infections.

Prophylaxie : Mesure ayant pour objet de prévenir le développement d'une maladie suite à un contact comportant un risque de transmission.

Souche : Ensemble de bactéries issues d'une même colonie microbienne et comportant des caractéristiques communes.

Stridor : Bruit inspiratoire provenant du larynx.

Sujet réceptif : Personne qui peut développer la maladie suite à une exposition à un agent infectieux.

Valider : Vérifier l'exactitude des informations.

5.2 MALADIES INFECTIEUSES

Les tableaux qui suivent présentent les maladies infectieuses pouvant être rencontrées en milieu scolaire. Certaines de ces maladies ne circulent plus au Québec, mais peuvent être contractées lors de voyage.

5.2.1 Conjonctivite

Définition	Infection aiguë de l'œil causée par un virus ou une bactérie.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 12 à 72 heures, variable selon le virus ou la bactérie impliqués.
Période de contagiosité	Virale : 1 semaine environ (pendant la phase aiguë de la maladie). Bactérienne: jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique.
Durée de la maladie	Quelques jours, variable selon le virus ou la bactérie impliqués.
Mode de transmission	Par contact : avec des sécrétions oculaires infectées (doigts, maquillage, compte-gouttes etc.).
Tableau clinique	Rougeur progressive de l'œil, sensation de corps étranger, paupières enflées, difficulté à ouvrir l'œil, photophobie, écoulement séromuqueux ou purulent. La conjonctivite d'origine bactérienne est le plus souvent unilatérale, tandis que celle d'origine virale est le plus souvent bilatérale.
Complication	Peut laisser de légères cicatrices sur la conjonctive ou une infiltration de la cornée. Variable selon le virus ou la bactérie impliqués.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Habituellement diagnostic clinique.
Traitement	Habituellement, application locale de gouttes antibiotiques ou d'un onguent prescrit par un médecin. L'absence d'amélioration après deux à trois jours indique une résistance au traitement, une origine virale (pas de traitement) ou allergique.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène.
Recommandation	Aucune exclusion.

5.2.2 Coqueluche MADO

Définition	Infection aiguë des voies respiratoires causée par une bactérie (*Bordetella pertussis*), hautement contagieuse.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	En moyenne de 7 à 10 jours (5 à 21 jours).
Période de contagiosité	Si traitée, jusqu'à 5 jours après le début du traitement antibiotique. Si non traitée, jusqu'à 3 semaines après le début des quintes de toux, peut se prolonger jusqu'à 6 semaines chez les moins d'un an. Note : contagiosité maximale en phase catarrhale, soit la 1ère phase avant le début des quintes de toux.
Durée de la maladie	6 semaines ou plus.
Mode de transmission	Par contact avec les sécrétions naso-pharyngées d'une personne infectée. Par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre de distance).
Tableau clinique	Phase catarrhale (durée de 1 à 2 semaines) : malaises, anorexie, rhinorrhée, toux, larmoiement. Fièvre souvent absente ou minime. Phase paroxystique (durée de quelques semaines) : quintes de toux sévères souvent suivies d'un bruit inspiratoire caractéristique (chant du coq), de vomissements ou d'apnée. Phase de convalescence : résolution graduelle des symptômes.
Complication	Enfant : Otite, pneumonie (21,7 % des jeunes de moins d'un an), apnée, complications neurologiques telles que les convulsions (3 % des jeunes de moins d'un an) et les encéphalopathies (0,9 % des jeunes de moins d'un an). Adulte et adolescent: syncope, troubles du sommeil, incontinence, fractures de côtes et pneumonie. Risque de complications plus grand chez le nourrisson de moins de 1 an et chez les personnes de plus de 50 ans.
Particularité femme enceinte	La coqueluche n'entraîne pas de complication spécifique à la femme enceinte mais on peut penser que les symptômes seront particulièrement difficiles à supporter. Par contre, si la maladie est transmise au nouveau-né, cela pourrait être plus grave pour lui, c'est pour cette raison qu'il est recommandé une chimioprophylaxie pour une femme enceinte en fin de grossesse (dans les trois semaines qui précédent l'accouchement). Aucune transmission transplacentaire

	connue.
Diagnostic	Habituellement diagnostic clinique, confirmé par la culture ou par PCR sur les sécrétions naso-pharyngées.
Traitement	**Spécifique :** antibiotique per os. Le traitement du cas change rarement le cours de la maladie mais réduit le temps de contagiosité. **De support :** hydratation et traitement des symptômes respiratoires au besoin.
Pronostic	Décès possible : 1,3 % des nouveau-nés de moins de 1 mois et 0,3 % des jeunes enfants de 2 à 11 mois.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains, une bonne aération des locaux. ▪ Programme d'immunisation pour toute la population. ▪ Vaccination complète efficace à 85 %. ▪ Lorsque le vaccin n'empêche pas la maladie, il réduit la gravité des symptômes et la fréquence des complications.
Recommandation	L'infirmière doit téléphoner aux parents et demander si le diagnostic de coqueluche est confirmé par un prélèvement naso-pharyngé positif ou par un lien épidémiologique avec un cas confirmé par un prélèvement naso-pharyngé. Signaler à la DSP à l'aide du formulaire de signalement (annexe III), tous les cas **confirmés**. Pour les cas confirmés : ▪ Intervention selon le protocole. ▪ Exclusion durant la période de contagiosité.

5.2.3 Diphtérie (respiratoire et cutanée) MADO

Définition	Infection causée par une bactérie (*Corynebacterium diphtheriae* ou bacille de Klebs Loeffler). Cette bactérie peut synthétiser une toxine puissante qui est responsable de la majorité des complications cliniques.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Forme respiratoire : habituellement de 2 à 7 jours, parfois plus. Forme cutanée : inconnue.
Période de contagiosité	Forme respiratoire : de 7 jours avant et jusqu'à 2 semaines après le début des symptômes. Forme cutanée : tant que le bacille est présent dans les écoulements ou les lésions. Si traité, 4 jours après le début du traitement pour les deux types d'infection.
Durée de la maladie	Variable.
Mode de transmission	Par contact : avec les sécrétions naso-pharyngées d'une personne malade ou d'un porteur, ou avec des lésions cutanées des personnes infectées ou, rarement, par des objets souillés d'écoulements des lésions cutanées provenant des personnes infectées. Par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre de distance).
Tableau clinique	Plus souvent asymptomatique, surtout s'il s'agit de souches non productrices de toxine. Forme respiratoire : mal gorge, fièvre, dysphagie, membranes obstruant les voies respiratoires, adénopathies cervicales, stridor, dyspnée, toux et tirage. Forme cutanée : variable, peut ressembler à un impétigo ou à un ulcère.
Complication	Secondaire aux effets de la toxine : obstructions respiratoires, paralysie des nerfs moteurs et sensitifs crâniens et périphériques et myocardite. Décès : rare chez les individus bien immunisés.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique, sérologique et par culture.
Traitement	**Spécifique** : antitoxine diphtérique et antibiotique parentéral ou per os. **De support** : l'hospitalisation est nécessaire si symptomatique.

Pronostic	Varie selon la virulence du bacille, la localisation de la maladie, l'état d'immunité et la précocité du traitement. La mortalité se situe entre 3 et 23 %, pour la forme respiratoire.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène. Programme d'immunisation pour toute la population. Vaccination complète efficace à plus de 95 %.
Recommandation	La DSP doit valider le cas. Lorsque le cas est validé: ▪ Intervention selon le protocole. ▪ Exclusion durant la période de contagiosité.

5.2.4 Érythème infectieux (5e Maladie)

Définition	Infection causée par un virus (parvovirus B-19).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Habituellement de 4 à 14 jours, et jusqu'à 21 jours avant l'apparition de l'érythème ou des autres symptômes.
Période de contagiosité	Sept (7) jours avant le début de l'éruption. N'est plus contagieux lorsque l'éruption survient.
Durée de la maladie	De 1 à 3 semaines.
Mode de transmission	Par contact : avec des objets ou des mains contaminés par les sécrétions naso-pharyngées d'une personne infectée. Par gouttelettes: avec de grosses gouttelettes projetées lorsque la personne infectée parle, tousse ou éternue (moins d'un mètre). Transplacentaire : de la mère au fœtus.
Tableau clinique	Symptômes généraux bénins : malaises, mal de gorge, céphalée, myalgies (précèdent l'éruption de 7 à 10 jours). Éruption cutanée en trois étapes : 1. rougeur marquée sur les joues « joues giflées », 2. éruption symétrique, maculopapulaire, « *en dentelle* », sur le tronc et les membres et souvent prurigineuse, 3. réapparition des éruptions lors d'exposition à la chaleur, au froid, à l'exercice physique (peut durer plusieurs semaines). Généralement afébrile. Arthralgie, arthrite (adulte surtout les femmes). Note : surtout l'hiver et le printemps.
Complication	Sans gravité chez les jeunes en bonne santé. Les personnes avec une anémie hémolytique chronique ou une pathologie de l'hémoglobine (ex.: thalassémie, anémie falciforme) peuvent développer une anémie aplasique. Les personnes immunodéprimées peuvent développer des anémies chroniques sévères.
Particularité femme enceinte	L'infection du foetus ne cause pas de malformation congénitale mais il a été démontré que l'infection aiguë peut causer un avortement spontané, une anémie fœtale ou un décès intra-utérin associé à un hydrops fœtal (accumulation de liquide dans tout le corps du fœtus). Le risque de perte fœtale chez une femme infectée est de 2 à 6 % et survient surtout durant la première moitié de la grossesse.

Diagnostic	Diagnostic clinique mais la sérologie est utilisée dans certaines circonstances.
Traitement	Aucun traitement spécifique.
Pronostic	Très bon.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène. La maladie étant bénigne, la prévention s'adresse surtout aux personnes à risque : les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes réceptives et les personnes atteintes d'hémoglobinopathie ou d'anémie hémolytique chronique.
Recommandation	Lorsque l'infirmière du CSSS a validé le cas auprès des parents : ▪ Envoyer une lettre d'information (annexe XIII) aux parents de tous les élèves du même groupe de niveau primaire et secondaire. Une autre forme de communication pourrait être privilégiée au secondaire afin d'informer les jeunes et leurs parents. ▪ Aucune exclusion.

5.2.5 Gale

Définition	Infection causée par la pénétration d'un arthropode (*Sarcoptes scabiei var hominis*) sous l'épiderme.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 2 à 6 semaines avant le début du prurit chez les personnes qui n'ont encore jamais été exposées. De 1 à 4 jours chez les personnes qui ont déjà été infectées.
Période de contagiosité	Durant toute la période d'incubation et jusqu'à ce que le traitement soit complété.
Durée de la maladie	Jusqu'à l'application d'un traitement efficace.
Mode de transmission	Par contact : de peau à peau prolongé avec une personne infectée (une simple poignée de mains ne suffit pas). Par contact: avec les effets personnels ou la literie fraîchement contaminés par les personnes infectées (possible mais peu important comme mode de transmission pour la gale commune mais plus important pour la gale norvégienne).
Tableau clinique	Vésicules, papules ou fins sillons qui sont plus évidents au niveau interdigital, sur les faces antérieures des poignets ou des coudes, aux plis axillaires antérieurs, aux cuisses, à l'abdomen et aux organes génitaux. Les fins sillons hébergent les femelles et les œufs. La gale épargne habituellement la tête, la paume des mains et la plante des pieds sauf chez le nourrisson. Apparence croûtée pour la gale norvégienne. Ce type de gale est très rare en milieu scolaire (voir diagnostic). Démangeaisons intenses, surtout la nuit qui persistent même après un traitement efficace. Le prurit est secondaire à une réponse immunitaire et non au déplacement du parasite.
Complication	Surinfection des lésions, cellulite, lymphangite.
Particularité femme enceinte	Aucune, sauf pour le traitement.
Diagnostic	Habituellement diagnostic clinique et mise en évidence par grattage et parfois par biopsie. Il est important de confirmer le diagnostic avant d'entreprendre une intervention surtout si un cas de gale norvégienne est suspecté.

Traitement	Scabicide topique prescrit par un médecin. Les personnes atteintes et tous les membres de leur famille et autres contacts significatifs (contact prolongé peau à peau) doivent appliquer le traitement simultanément, qu'ils aient ou non des symptômes. En général il n'est pas nécessaire de répéter le traitement sauf si de nouvelles lésions apparaissent. Les nodules et démangeaisons peuvent persister plusieurs jours après le traitement et ne sont pas un signe d'échec du traitement.
Pronostic	Excellent.
Prévention	▪ S'assurer que les vêtements ou literie en contact direct avec une personne infectée dans les 7 jours précédant son traitement soient lavés à l'eau savonneuse très chaude (50^0 C) et séchés au cycle chaud. ▪ Les vêtements qui ne peuvent être lavés, tels les lainages et les manteaux seront placés dans un sac de plastique fermé hermétiquement pendant 7 jours ou nettoyés à sec. Aucune mesure particulière n'est requise pour les divans et les tapis, si ce n'est un nettoyage à l'aspirateur. Les planchers et surfaces horizontales seront lavés en ajoutant à l'eau de lavage un désinfectant couramment utilisé. ▪ Ne pas utiliser pendant 7 jours tous les onguents et crèmes (incluant les produits cosmétiques) qui auraient pu être contaminés par les mains 7 jours avant le début du traitement. ▪ Surveiller l'apparition des symptômes dans l'entourage jusqu'à 6 semaines après les contacts.
Recommandation	Lorsque l'infirmière du CSSS a validé le cas auprès des parents et a vérifié si un dermatologue a été consulté pour le diagnostic : • Aviser la DSP. • Lorsque le cas est validé par un dermatologue : ▪ Intervention selon le protocole. ▪ Exclusion jusqu'à ce que le traitement soit complété. ▪ Surveillance de l'apparition de nouveaux cas (6 semaines). ▪ Signalement à la DSP de l'apparition de chaque nouveau cas.

5.2.6 Gastroentérite

Définition	Infection causée le plus souvent par un virus et occasionnellement par une bactérie ou une toxine. Les éclosions de gastroentérite en milieu scolaire sont le plus souvent causées par les Norovirus.
Réservoir	Être humain pour certains virus ou bactéries.
Période d'incubation	Virale : de 24 à 48 heures. Autres : variable selon l'agent causal.
Période de contagiosité	Habituellement pendant la phase aiguë.
Durée de la maladie	Variable selon l'agent causal.
Mode de transmission	Par contact avec des selles ou vomissures (mains, objets contaminés). Par ingestion de nourriture ou d'eau contaminées.
Tableau clinique	Nausées, vomissements, douleurs et crampes abdominales, diarrhée, fièvre légère, etc.
Complication	Déshydratation rapide chez les jeunes enfants. Autres complications possibles selon l'agent causal.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Habituellement diagnostic clinique. Une recherche virale ou des cultures bactériennes peuvent être nécessaires dans un contexte d'éclosion.
Traitement	De support : hydratation, diète liquide et reprise de l'alimentation solide progressivement selon la tolérance. Spécifique : parfois antibiotique, si origine bactérienne avec atteinte de l'état général.
Pronostic	Excellent.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène telles le lavage des mains. Nettoyer les objets partagés et les surfaces fréquemment touchées.

Recommandation	▪ Lors d'une éclosion de gastroentérite (i.e. deux cas ou plus ayant un lien entre eux), l'infirmière du CSSS doit documenter la situation et aviser la DSP.* ▪ Retirer les enfants malades et les réintégrer, idéalement, 48 heures après la disparition des symptômes (absence de diarrhée et vomissements) pour limiter la transmission aux autres. ▪ Retirer ou réaffecter les manipulateurs d'aliments malades jusqu'à 48 heures après la fin des symptômes.

* Une grille de collecte de données est disponible à l'annexe VI. Cette grille permet à l'infirmière de documenter la situation.

* Un document d'information peut être envoyé aux parents des élèves du même groupe que les enfants malades, en cas d'éclosion (annexe VI).

5.2.7 Giardiase MADO

Définition	Infection de l'intestin causée par un protozoaire flagellé (*Giardia lamblia*). Le parasite existe sous deux formes : le kyste et le trophozoïte.
Réservoir	Être humain et animaux domestiques ou sauvages (ex. : chien, chat, lapin, castor).
Période d'incubation	Habituellement de 1 à 4 semaines.
Période de contagiosité	Aussi longtemps que les kystes sont excrétés dans les selles (plusieurs mois).
Durée de la maladie	Si traitée, de 5 à 7 jours. Si non traitée, peut durer plusieurs mois. Note : guérison spontanée chez l'adulte dans 1 à 3 mois.
Mode de transmission	Par contact (fécal-oral) : avec des selles humaines ou animales contaminées (mains, objets contaminés) ou par ingestion d'aliments ou d'eau contaminés (ex. : baignade dans un cours d'eau contaminée).
Tableau clinique	Souvent asymptomatique. Si symptomatique : diarrhée, crampes abdominales, ballonnements, selles pâles, graisseuses et malodorantes, fatigue, anorexie et perte de poids.
Complication	Malabsorption des lipides et des vitamines liposolubles (retard de croissance). Dommage aux cellules du petit intestin qui entraîne une intolérance au lactose.
Particularité femme enceinte	Aucune sauf pour le choix du traitement.
Diagnostic	Diagnostic clinique et recherche du parasite dans les selles.
Traitement	Antiprotozoaire chez les patients symptomatiques.
Pronostic	Les rechutes sont fréquentes et peuvent exiger une répétition du traitement.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène (lavage des mains).
Recommandation	▪ Il n'est pas indiqué de dépister et de traiter les contacts asymptomatiques. ▪ Aucune exclusion.

5.2.8 Hépatite virale A MADO

Définition	Infection du foie causée par le virus de l'hépatite A (VHA).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 15 à 50 jours, en moyenne de 28 jours.
Période de contagiosité	Deux semaines avant le début de l'ictère ou du pic des enzymes hépatiques ou du début de la maladie, et se termine généralement une semaine après.
Durée de la maladie	Environ 1 à 2 semaines, mais parfois la maladie est plus grave et peut se prolonger jusqu'à quelques mois.
Mode de transmission	Par contact (fécal-oral) : avec les selles d'une personne infectée (mains mal lavées, objets, aliments) ou par des aliments contaminés par de l'eau (ex : mollusques et crustacés). Peut aussi se transmettre lors de contacts sexuels ou usage de drogues contaminées.
Tableau clinique	Souvent asymptomatique : 70 % des enfants de moins de 6 ans sont asymptomatiques. Si symptomatique : début abrupt de fièvre, malaises généraux, céphalée, fatigue, arthralgie, anorexie, nausées, inconfort abdominal suivi après quelques jours de jaunisse, urine foncée ou selles pâles. La sévérité augmente avec l'âge.
Complication	Hépatite fulminante rare, survient surtout chez ceux avec une maladie hépatique sous-jacente. Aucun porteur chronique.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique et sérologique.
Traitement	Spécifique : aucun. De support : selon les symptômes.
Pronostic	Létalité de 0,1 % à 0,3 %. Les rares décès surviennent chez les patients chez qui la maladie a une évolution fulminante.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène. ▪ Vaccination préventive contre l'hépatite A. Efficacité de 95 à 100%. ▪ Prophylaxie post exposition des contacts étroits (en dedans de 14 jours après la dernière exposition). ▪ Selon le protocole d'immunisation du Québec (PIQ) pour un cas d'hépatite A en

	milieu scolaire primaire et secondaire, incluant maternelle, pré-maternelle et service de garde en milieu scolaire : • Vaccination contre l'hépatite A. • Ajout d'immunoglobulines (selon les indications du PIQ).
Recommandation	La DSP doit valider le cas. Lorsque le cas est validé : ▪ Intervention selon protocole. ▪ Exclusion du cas durant la période de contagiosité. ▪ Surveillance de l'apparition de nouveaux cas (6 semaines). ▪ Signalement rapide à la DSP de l'apparition de chaque nouveau cas.

5.2.9 Hépatite virale B MADO

Définition	Infection virale du foie causée par le virus de l'hépatite B (VHB).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 45 à 180 jours, en moyenne 60 à 90 jours (aussi court que 2 semaines, aussi long que 6 à 9 mois).
Période de contagiosité	Plusieurs semaines avant l'apparition des premiers symptômes, pendant la phase aiguë et jusqu'à la disparition de l'antigène HBs (HBsAg). Certains sujets deviennent porteurs chroniques (< 5 % des adultes).
Durée de la maladie	Quelques semaines (2-6 semaines) à plus de 6 mois .Une personne est considérée porteuse chronique si elle demeure infectée durant plus de 6 mois.
Mode de transmission	Transmission par le sang d'une personne infectée. Contact percutané, muqueux ou via une peau non saine : exposition à du sang ou des liquides biologiques visiblement teintés de sang d'une personne infectée (voir section 3.1). Tatouage ou perçage dans des conditions où les mesures d'asepsie et de stérilisation ne sont pas adéquates. Partage de drogues, de matériel de préparation et d'absorption de drogues. Transmission transplacentaire ou périnatale : de la mère au bébé. Transmission sexuelle : avec une personne infectée. Note : La salive est considérée infectieuse uniquement dans le cas de morsure avec bris cutané ou lorsqu'elle est visiblement teintée de sang. La source de l'infection n'est pas identifiée dans moins du tiers des cas au Canada.
Tableau clinique	Souvent asymptomatique (plus de 50%). Si symptomatique: fatigue, anorexie, malaises généraux, nausée, vomissements, fièvre, ictère (30%), selles décolorées, urines foncées.
Complication	Hépatite fulminante (0.1% à 0.5% des personnes infectées) pouvant causer le décès. Le porteur chronique peut présenter les complications suivantes dans 15 à 25% des cas : hépatite chronique active, cirrhose et cancer du foie.
Particularité femme enceinte	La transmission transplacentaire (5%) et périnatale (de 10 à 90% selon la contagiosité de la mère) est possible. Voir prévention.
Diagnostic	Diagnostic clinique et sérologique.

Traitement	Spécifique : interféron efficace dans certains cas d'hépatite B chronique. De support : selon les symptômes.
Pronostic	En fonction des complications : guérison complète avec protection immunitaire chez plus de 95 % des adultes infectés, 70 % des jeunes de 1 à 5 ans infectés et seulement 10 % des nouveau-nés infectés.
Prévention	▪ Vacciner les enfants de 4ième année du primaire et mettre à jour l'immunisation au besoin. ▪ Renforcer les mesures d'hygiène, le non partage d'articles personnels (rasoir, brosse à dents, etc.) et les pratiques de base telles qu'utiliser des gants lors de tout risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques visiblement teintés de sang, etc. ▪ Promouvoir l'utilisation d'un condom lors de relations sexuelles. ▪ Insister sur l'importance de ne partager ni drogues, ni matériel de préparation ou de prise de drogues par injection ou inhalation et de toujours utiliser des seringues stériles. ▪ S'assurer que le tatouage et le perçage soient faits dans des conditions stériles. ▪ Dépister systématiquement les femmes enceintes : ce dépistage des femmes enceintes est effectué pour identifier celles qui sont infectées par le virus de l'hépatite B. Le cas échéant, le nouveau-né recevra des immunoglobulines et sera vacciné à la naissance. ▪ Dépister les personnes présentant des facteurs de risque selon le « *Guide québécois de dépistage, infections transmises sexuellement et par le sang* ». Lorsque indiqué, les vacciner préventivement contre l'hépatite B. Efficacité de plus de 95 %. ▪ Vacciner gratuitement contre l'hépatite A les porteurs chroniques du virus de l'hépatite B. ▪ Prophylaxie post exposition : référer le plus rapidement possible (en dedans de deux heures) après une exposition significative (évaluation, médicale ou selon protocole du CSSS, à faire) Il peut être nécessaire d'administrer des immunoglobulines humaines anti-hépatite B (HBIG) et vacciner selon les indications du PIQ (*Protocole d'immunisation du Québec*).
Recommandation	Aucune exclusion.

5.2.10 Hépatite virale C — MADO

Définition	Infection virale du foie causée par le virus de l'hépatite C (VHC).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 2 semaines à 6 mois, en moyenne 6 à 9 semaines.
Période de contagiosité	De une à plusieurs semaines avant l'apparition des symptômes (si asymptomatique, avant la détection des anti VHC), pendant la phase aiguë de la maladie et indéfiniment chez le porteur chronique.
Durée de la maladie	Environ 15 % des personnes infectées en guérissent sans traitement et 85 % développent une infection chronique.
Mode de transmission	Transmission par le sang d'une personne infectée : - Partage de drogues, de matériel de préparation et d'absorption de drogues. - Tatouage ou perçage dans des conditions où les mesures d'asepsie et de stérilisation ne sont pas adéquates. - Accident percutané (voir section 3.1). - Transplacentaire ou à l'accouchement. - Transfusion de sang ou de produits sanguins avant 1992 dans les pays industrialisés. Transmission sexuelle par une personne infectée: risque très faible.
Tableau clinique	Souvent asymptomatique : 90 % des cas. Si symptomatique : fatigue, anorexie, malaises généraux et, rarement, ictère.
Complication	Infection chronique du foie (85 %), cirrhose (20 à 50 % des porteurs chroniques) et cancer du foie (en cas de cirrhose). Hépatite fulminante très rare.
Particularité femme enceinte	Transmission transplacentaire et périnatale possible (2 à 5% de risque si mère porteuse et jusqu'à 36% si aussi VIH +).
Diagnostic	Diagnostic clinique et sérologique.
Traitement	Interféron et antiviraux pour certains porteurs chroniques.
Pronostic	En fonction des complications.

Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène, le non partage d'articles personnels (rasoir, brosse à dents, etc.) et les pratiques de base telles qu'utiliser des gants lors de tout risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques visiblement teintés de sang, etc. ▪ Promouvoir l'utilisation d'un condom lors de relations sexuelles. ▪ Insister sur l'importance de ne partager ni drogues, ni matériel de préparation ou de prise de drogues par injection ou inhalation et de toujours utiliser des seringues stériles. ▪ S'assurer que le tatouage et le perçage soient faits dans des conditions stériles. ▪ Prophylaxie post exposition : référer le plus rapidement possible après une exposition significative (évaluation, médicale ou selon protocole du CSSS, à faire). ▪ Vacciner gratuitement contre les hépatites A et B les personnes infectées par le VHC. ▪ Aucun vaccin disponible. ▪ Aucune preuve d'efficacité des immunoglobulines en postexposition.
Recommandation	Aucune exclusion.

5.2.11 Herpès simplex labial (feu sauvage)

Définition	Infection cutanée et muqueuse causée par le virus de l'herpès simplex (VHS).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Variable de 2 jours à 2 semaines.
Période de contagiosité	Primo-infection : de 1 à plusieurs semaines après le début des symptômes. Récurrence : de 1 à 5 jours après le début des symptômes.
Durée de la maladie	Primo-infection : de 5 à 14 jours. Récurrence : moins d'une semaine.
Mode de transmission	Par contact: avec les lésions ou la salive d'une personne infectée ou avec des objets contaminés.
Tableau clinique	Infection primaire : peut être asymptomatique surtout chez les jeunes. Si symptomatique : fièvre, rougeur et ulcères aux gencives et muqueuse buccale, difficulté à s'alimenter, adénopathies cervicales. Récurrence : vésicules à la région péribuccale (feu sauvage) pouvant être provoquées par la fièvre, une infection, un stress, une exposition au soleil, au froid, les menstruations etc. Les récurrences sont fréquentes.
Complication	Déshydratation, eczéma herpétiforme, impétigo, kérato-conjonctivite herpétique, méningo-encéphalite. L'infection est plus sévère chez les personnes immunodéprimées.
Particularité femme enceinte	Aucune pour l'atteinte buccale.
Diagnostic	Habituellement diagnostic clinique.
Traitement	Spécifique : antiviraux surtout pour l'hôte immunodéprimé. De support : antipyrétique (acétaminophène) et analgésique au besoin, agents topiques disponibles en pharmacie, diète molle non irritante.
Pronostic	Bon. Les jeunes immunodéprimés ou ceux souffrant d'eczéma sont plus à risque d'une infection sévère.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène.
Recommandation	Aucune exclusion.

5.2.12 Impétigo

Définition	Infection cutanée causée par le staphylocoque doré ou le streptocoque β-hémolytique du groupe A.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Variable, habituellement de 1 à 10 jours.
Période de contagiosité	Jusqu'à la guérison des lésions ou jusqu'à 24 heures après le début du traitement par antibiotique.
Durée de la maladie	Variable, rarement plus de 7 jours avec un traitement adéquat.
Mode de transmission	Par contact : avec une lésion cutanée purulente ou via les mains, par des objets contaminés. Par gouttelettes : plus rarement, par de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre de distance). Note : 30 à 40 % des gens hébergent des staphylocoques au niveau des narines. L'auto-contamination est responsable d'au moins 1/3 des infections (i.e. auto-infection de plaie cutanée à partir de bactéries présentes au niveau de la peau ou du nez).
Tableau clinique	Les lésions cutanées (purulentes et croûtées) peuvent être localisées et discrètes ou s'étendre et couvrir une grande surface, le plus souvent au pourtour du nez et de la bouche mais peuvent aussi se retrouver ailleurs sur le corps. Occasionnellement, de la fièvre, des malaises, une céphalée ou de l'anorexie.
Complication	Cellulite. Si streptocoque : scarlatine.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Habituellement diagnostic clinique mais la culture du nez, de la gorge ou des écoulements purulents peut être faite au besoin.
Traitement	Spécifique : pour les infections localisées de la peau, antibiotique topique prescrit par le médecin. L'administration d'antibiotiques per os n'est indiquée que si l'infection s'étend de façon marquée. De support : lavage des lésions avec de l'eau et un savon antiseptique, compresses humides pour décroûter et soulager le prurit.

Pronostic	Très bon. Guérison généralement sans cicatrice.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène. ▪ Traitement rapide des cas initiaux chez les jeunes et dans les familles.
Recommandation	Lorsque l'infirmière du CSSS a validé le cas auprès des parents : ▪ Envoyer une lettre d'information (cf. annexe XIII) aux parents de tous les élèves du même groupe lorsqu'il y a deux cas ou plus dans le même groupe de niveau primaire dans un intervalle de 10 jours. ▪ Recouvrir les lésions avec un pansement lorsque possible. ▪ Ne pas exclure l'enfant. ▪ Aucune intervention au niveau secondaire.

5.2.13 Influenza (grippe)

Définition	Infection aiguë de l'appareil respiratoire causée par un virus (myxovirus influenza) de type A, B ou C. Seuls le A et le B sont responsables des éclosions annuelles.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Habituellement de 24 à 72 heures.
Période de contagiosité	De 24 heures avant et jusqu'à 5 jours après le début des symptômes (peut être plus longue chez l'enfant, les personnes âgées ou immunodéprimées).
Durée de la maladie	De 2 à 7 jours (les myalgies et la fatigue peuvent durer jusqu'à 3 semaines).
Mode de transmission	Principalement par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (dans un rayon d'environ un mètre de distance). Possiblement par contact : avec des sécrétions naso-pharyngées ou avec des objets fraîchement souillés par des sécrétions du nez ou de la gorge d'une personne infectée. Note : Le virus de la grippe peut survivre cinq minutes sur la peau, quelques heures dans les sécrétions séchées et jusqu'à 48 heures sur des objets inanimés (papiers-mouchoirs, poignée de porte).
Tableau clinique	Début soudain des symptômes : fièvre 38°C-40°C, céphalée importante, myalgies diffuses, atteinte de l'état général, écoulement nasal et léger, mal de gorge. La toux est souvent accentuée et tenace. Note : la grippe se distingue cliniquement du rhume par le type et la gravité des symptômes (voir annexe XI).
Complication	Otite moyenne, sinusite, laryngite, bronchite, pneumonie ou exacerbations d'une maladie chronique (ex. : asthme, diabète) pouvant entraîner l'hospitalisation et parfois le décès, surtout chez les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques et les jeunes enfants.
Particularité femme enceinte	Indépendamment du milieu de travail: Le vaccin contre la grippe devrait être administré à la femme enceinte ayant des conditions médicales particulières. La femme enceinte en bonne santé devrait aussi recevoir le vaccin contre la grippe surtout si l'accouchement est prévu durant la saison grippale afin de protéger le nouveau-né.
Diagnostic	Habituellement diagnostic clinique et parfois détection du virus sur sécrétions naso-pharyngées.

Traitement	Spécifique : antiviraux (efficacité démontrée si débutés en moins de 48 heures). De support : hydratation, humidité, traitement antibiotique si surinfection par une bactérie, antipyrétique (acétaminophene) si fièvre.
Pronostic	Morbidité et mortalité élevées chez les personnes âgées et chez celles qui sont affaiblies par des maladies chroniques cardiaques, respiratoires, rénales ou métaboliques. Morbidité élevée pour les enfants âgés de moins de 24 mois.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène (ex. : lavage des mains, toux dans la manche ou un mouchoir). ▪ Vaccination annuelle (Programme d'immunisation gratuite pour certains groupes cibles; voir «*Protocole d'immunisation du Québec* »). ▪ Antiviraux pour certains groupes ou personnes en post exposition.
Recommandation	▪ Aucune exclusion. ▪ Retour dès que l'état de santé le permet et renforcement des mesures d'hygiène respiratoire (voir les outils à l'annexe IX).

5.2.14 Maladie mains-pieds-bouche

Définition	Infection causée par des entérovirus, plus particulièrement par le virus Coxsackie A16.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 3 à 5 jours.
Période de contagiosité	Durant la phase aiguë de la maladie, mais le virus peut être excrété dans les selles pendant 8 à 12 semaines.
Durée de la maladie	Guérison spontanée en sept à dix jours.
Mode de transmission	Par contact : avec les sécrétions naso-pharyngées ou les selles d'une personne infectée ou avec des objets contaminés par les sécrétions ou les selles. Par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (dans un rayon d'un mètre de distance).
Tableau clinique	Ulcérations arrondies et superficielles, douloureuses, localisées à la partie antérieure de la bouche. Vésicules de nombre et de taille variables surtout localisées aux faces dorsales et palmoplantaires des mains et des pieds, souvent des lésions maculopapulaires au niveau des fesses. Fièvre, malaises généraux, irritabilité, anorexie et diarrhée peuvent s'ajouter à l'éruption.
Complication	Méningite, myocardite, syndrome poliomyélitique. Les complications sont rares.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic essentiellement clinique.
Traitement	Spécifique : aucun. De support : antipyrétique et analgésique (acétaminophène) au besoin et éviter les aliments et liquides acides à cause des lésions buccales douloureuses.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène (ex. : lavage des mains particulièrement après être allé aux toilettes et avant de manger, hygiène respiratoire).
Recommandation	Aucune exclusion.

5.2.15 Méningite bactérienne à méningocoque MADO

Définition	Infection des méninges causée par une bactérie : le *Neisseria meningitidis* (méningocoque). Il existe plusieurs sérogroupes. Les groupes B et C sont les plus fréquents au Québec.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	1 à 10 jours, en moyenne 4 jours.
Période de contagiosité	De 7 jours avant le début des symptômes et jusqu'à 24 heures après le début du traitement aux antibiotiques. État de porteur chez 3 à 25 % de la population.
Durée de la maladie	Variable.
Mode de transmission	Par contact : avec la salive ou les sécrétions naso-pharyngées d'une personne porteuse ou malade (ex : baiser) ou avec des objets contaminés (partage de boisson ou aliment, échange de jouets). Par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par une personne porteuse ou malade lorsqu'elle parle, tousse ou éternue (moins d'un mètre).
Tableau clinique	Forte fièvre, maux de tête importants, raideur de la nuque, myalgies, nausées et vomissements. Certains cas présenteront une atteinte cutanée caractéristique soit des pétéchies, surtout aux extrémités et sur le thorax. Dans les cas fulminants, l'infection progresse rapidement et le décès peut survenir dans les 12 à 24 heures.
Complication	Précocement : péricardite, myocardite, arthrite septique, coma, coagulation intra vasculaire disséminée, gangrène des extrémités. Tardivement : déficit neurologique, surdité, paralysie cérébrale, troubles d'apprentissage. Séquelles chez 10 à 20 % des cas. Décès dans 10 % des cas tout âge confondu et jusqu'à 25 % chez les adolescents.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Clinique et identification de la bactérie dans le liquide céphalo-rachidien ou le sang.
Traitement	Spécifique : antibiothérapie intraveineuse. De support : hydratation, intubation, traitement du choc, etc.

Pronostic	Voir complication.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène. La chimioprophylaxie antibiotique est offerte aux contacts étroits du cas de méningocoque. Les contacts scolaires n'en font généralement pas partie. La vaccination en postexposition est offerte aux contacts étroits lorsqu'il s'agit d'un méningocoque de groupe A, C, Y ou W135. Programme d'immunisation contre le méningocoque du groupe C pour toute la population à l'âge de 12 mois. Efficacité de 97%. Il n'existe aucun vaccin contre le méningocoque de groupe B.
Recommandation	La DSP doit valider le cas. Lorsque le cas est validé : • Intervention selon protocole. • Aucune exclusion des contacts incluant ceux qui refusent de prendre la chimioprophylaxie.

5.2.16 Méningite virale

Définition	Infection des méninges causée par un virus (Coxsackie ou Echovirus le plus souvent).
Réservoir	Être humain ou, parfois, oiseaux (virus du Nil occidental).
Période d'incubation	De 2 à 21 jours, variable selon le virus impliqué.
Période de contagiosité	Maximale 7 à 10 jours avant et jusqu'à 7 à 10 jours après le début des symptômes. Le virus peut persister dans les selles jusqu'à 1 à 2 mois après le début de la maladie.
Durée de la maladie	Rarement plus de 10 jours.
Mode de transmission	Variable selon le virus impliqué (le plus souvent contact fécal-oral, parfois respiratoire ou par piqûre de moustique).
Tableau clinique	Fièvre, maux de tête, nausées, raideur de nuque, éruptions cutanées. Des symptômes respiratoires ou gastro-intestinaux peuvent être associés selon le virus impliqué. Note : surtout en période estivale ou automnale.
Complication	Manifestations temporaires de parésie, insomnie, changement de comportement. La paralysie est rare. Parfois, troubles d'apprentissage.
Particularité femme enceinte	Dépend du virus impliqué.
Diagnostic	Diagnostic clinique avec analyse du liquide céphalo-rachidien et sérologie.
Traitement	Spécifique : aucun. De support : variable selon les symptômes présentés et la gravité de l'atteinte.
Pronostic	Habituellement excellent.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène.
Recommandation	Aucune exclusion.

5.2.17 Molluscum contagiosum

Définition	Infection bénigne de la peau causée par un poxvirus.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 2 à 7 semaines (jusqu'à 6 mois).
Période de contagiosité	Inconnue. Probablement tant que les lésions persistent. Peu contagieux.
Durée de la maladie	Les lésions non traitées disparaissent spontanément entre 6 mois et 5 ans (8 mois en moyenne).
Mode de transmission	Par contact : contact étroit avec des lésions ou des objets contaminés (moins fréquent). Auto-contamination fréquente.
Tableau clinique	Papules ombiliquées de 2 à 10 mm allant du rose perlé au blanc. Tronc, visage et extrémités. Rarement généralisé. Généralement asymptomatique (parfois prurit).
Complication	Réaction eczémateuse possible.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Examen clinique.
Traitement	Pour raison esthétique, de confort ou pour éviter la propagation : curetage sous anesthésie locale, cryothérapie, électrocautérisation, application d'agents kératolytiques.
Pronostic	Excellent, guérison spontanée. La maladie ne confère aucune immunité.
Prévention	▪ Éviter le contact avec les lésions. ▪ Lavage des mains après contact des lésions.
Recommandation	▪ Recouvrir les lésions, si possible. ▪ Aucune exclusion.

5.2.18 Mononucléose infectieuse

Définition	Infection causée par un virus (Epstein Barr virus (EBV)).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 4 à 6 semaines.
Période de contagiosité	Peu contagieuse. Le virus peut être excrété de façon intermittente dans la salive jusqu'à 1 an ou plus après l'infection. Portage prolongé chez 15 à 20 % des adultes.
Durée de la maladie	Une infection sur deux est symptomatique. La maladie dure de une à plusieurs semaines. La fatigue peut persister quelques semaines (rarement quelques mois).
Mode de transmission	Par contact : avec la salive d'une personne infectée ou avec des objets contaminés par la salive (ex. : verres, jouets). Occasionnellement relié à des transfusions sanguines.
Tableau clinique	Fièvre, mal de gorge avec souvent des exsudats importants, adénopathies, atteinte du foie (ictère chez 4% des cas) et de la rate (splénomégalie chez 50% des cas), fatigue, perte d'appétit, rougeurs sur le corps dans certains cas (surtout si traitement avec pénicilline). Parfois peu ou pas symptomatique. Note : plus sérieux chez l'adolescent.
Complication	Obstruction respiratoire, complications du système nerveux central (ex. : méningite aseptique, encéphalite, myélite, névrite optique, syndrome de Guillain et Barré), autres complications rares (ex. : anémie hémolytique, thrombocytopénie, agranulocytose, orchite, myocardite et rupture de la rate).
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique avec formule sanguine et tests sérologiques.
Traitement	Spécifique : aucun. De support : antipyrétique (acétaminophène) si fièvre, repos, diète légère. Note : si la rate est augmentée de volume, éviter les sports de contact selon recommandations du médecin.
Pronostic	Bon.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène.
Recommandation	Aucune exclusion.

5.2.19 Oreillons MADO

Définition	Infection causée par le virus des oreillons de la famille des Paramyxovirus, qui se manifeste le plus souvent par une parotidite.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 12 à 25 jours, en moyenne 16 à 18 jours.
Période de contagiosité	De 7 jours avant et jusqu'à 9 jours après l'apparition du gonflement. Contagiosité maximale de 48 heures avant et jusqu'à 5 jours après le début du gonflement.
Durée de la maladie	De 3 à 10 jours.
Mode de transmission	Par contact: avec la salive d'une personne infectée. Par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre de distance).
Tableau clinique	Souvent asymptomatique (30 %). Fièvre, malaises, anorexie, myalgies, céphalée, gonflement parotidien unilatéral ou bilatéral en 2 ou 3 jours; peut durer jusqu'à 9 jours. Parfois, atteinte des glandes sublinguales ou sous-maxillaires (10 %). Note : surtout en hiver et au printemps.
Complication	Les plus fréquentes : ▪ Méningite clinique (environ 10 % des cas) généralement sans séquelle. ▪ Après la puberté : orchite (jusqu'à 50 % des cas), ovarite (5 % des cas). Stérilité rare. Aussi possible (mais rare) : ▪ Névrite, arthrite, mastite, pancréatite, surdité (1/20 000), thyroïdite, encéphalite, péricardite, néphrite, myélite transverse, thrombocytopénie. ▪ Mortalité rare : 1,6 à 3,83/10 000.
Particularité femme enceinte	La femme enceinte qui contracte la maladie au premier trimestre risque davantage de faire un avortement spontané. Aucune malformation congénitale n'a été rapportée.
Diagnostic	Diagnostic clinique, sérologique et par culture.
Traitement	Spécifique : aucun. De support : diète molle sans agrume, analgésiques et antipyrétiques au besoin,

	compresses chaudes ou froides localement.
Pronostic	Excellent sauf dans les cas de méningo-encéphalite où 1,4 % de décès sont rapportés. Note : La maladie est plus grave chez l'adulte.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène. Programme d'immunisation à 12 mois pour toute la population. Vaccination efficace à 95 %. Le vaccin administré après une exposition à la maladie ne protège pas les sujets contacts mais peut être donné, si indiqué, pour protéger d'une exposition subséquente. Les immunoglobulines ne sont pas efficaces en post-exposition.
Recommandation	Le DSP doit valider le cas. Lorsque le cas est validé : • Intervention selon le protocole. • Exclusion jusqu'à 5 jours après le début du gonflement.

5.2.20 Oxyurose (entérobiase)

Définition	Infection de l'intestin causée par un parasite : le ver rond (*Enterobius vermicularis*).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 2 à 6 semaines.
Période de contagiosité	Jusqu'à élimination des parasites. Les œufs peuvent demeurer infectieux dans l'environnement pendant 2 à 3 semaines.
Durée de la maladie	Jusqu'à la prise du traitement approprié. Cependant, l'oxyurose peut persister si réinfection par auto-contamination ou par infestation par d'autres personnes.
Mode de transmission	Par contact (fécal-oral) : avec les selles d'une personne infectée ou avec des objets contaminés (vêtements, literie, jouets, bain, toilettes). Note : transmission intrafamiliale fréquente.
Tableau clinique	Souvent asymptomatique. Si symptomatique : démangeaison anale, lésions de grattage, irritabilité et, rarement, prurit vulvaire.
Complication	Vulvo-vaginite, salpingite, infection du tractus urinaire, péritonite, granulome pelvien. Ces complications sont cependant rares.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Visualisation du ver adulte femelle (environ 1 cm de long) lorsqu'il sort pondre ses œufs dans la région anale, 2-3 heures après que le jeune soit endormi. Application d'une bande adhésive transparente à la région anale pour recueillir des œufs (examen au microscope).
Traitement	Spécifique : antiparasitaire prescrit par un médecin. Note : traiter toute la famille, symptomatique ou non.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains, laver la literie tous les jours, prendre une douche (au lever de préférence) au lieu d'un bain, ongles courts et éviter de se ronger les ongles, etc.
Recommandation	Aucune exclusion.

5.2.21 Pédiculose (poux)

Définition	Infestation parasitaire des régions pileuses du corps : pou de tête (Pediculus humanus capitis), pou de corps (Pediculus humanus corporis), pou du pubis (Phtirus pubis). Nous ne traiterons que des poux de tête.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Environ 10 jours. Les œufs (lentes) prendront entre 4 et 10 jours avant d'éclore et les poux atteignent leur maturité après environ 2 semaines.
Période de contagiosité	Tant que les poux et les lentes demeurent vivants sur la personne infestée ou sur ses effets personnels contaminés. Note : les poux peuvent survivre 24 heures en dehors du corps humain.
Durée de la maladie	Tant qu'un traitement efficace n'a pas été appliqué.
Mode de transmission	Par contact direct : avec une personne infectée (tête à tête). Par contact indirect : avec les effets personnels d'une personne infectée (brosse à cheveux, peignes, barrettes, chapeaux, etc.). Semble jouer un rôle secondaire dans la transmission.
Tableau clinique	Démangeaison et excoriation du cuir chevelu, présence de lentes collées à la racine des cheveux, derrière les oreilles et au niveau de la nuque, parfois dans les sourcils les cils ou les oreilles. Les poux sont occasionnellement visibles à l'œil nu.
Complication	Surinfection secondaire des lésions de grattage pouvant entraîner parfois une adénite cervicale.
Particularité femme enceinte	Aucune, si ce n'est des précautions pour le traitement.
Diagnostic	Diagnostic clinique (plus facile avec une loupe).
Traitement	Se référer au protocole du CSSS, ou au document suivant : Marceau N. *« Mise à jour de l'INSPQ concernant la thérapie pédiculicide* » (cf. annexe XII) et disponible à l'adresse suivante : http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=784
Pronostic	Excellent.
Prévention	▪ Sensibilisation et éducation des parents et du personnel éducateur à la détection précoce des poux et des lentes et à l'application rigoureuse des mesures de contrôle. ▪ Renforcer les mesures d'hygiène : ne pas partager les peignes, brosses à cheveux, chapeaux et casquettes.

Recommandation	▪ Se référer au «*Protocole d'intervention sur la pédiculose*». Ce protocole est accessible aux infirmières scolaires. Il y a- aussi une section sur la pédiculose persistante. Il est disponible à l'adresse suivante : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/prevoyance/protocoles/00-276-1.pdf ▪ Envoyer une lettre d'information aux parents; des lettres sont disponibles dans le « Protocole d'intervention sur la pédiculose ». Deux lettres produites par la DSP sont aussi disponibles (cf. annexe XIII).

5.2.22 Pharyngite virale

Définition	Infection de la gorge causée par un virus (ex. : adénovirus, entérovirus, etc.).
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	De 1 à 10 jours selon le virus impliqué.
Période de contagiosité	Un peu avant et pendant toute la durée de la maladie.
Durée de la maladie	De 2 à 7 jours.
Mode de transmission	Par contact: avec des sécrétions naso-pharyngées contaminées ou avec des objets contaminés. Par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre).
Tableau clinique	Pharyngite ou amygdalite avec ou sans exsudats (pus) donnant un mal de gorge, difficulté à avaler, adénopathies cervicales, fièvre absente ou peu élevée.
Complication	Conjonctivite, otite moyenne, sinusite, bronchite, bronchiolite ou pneumonie. Surinfection bactérienne.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique après avoir éliminé la présence du streptocoque bêta-hémolytique du groupe A par une analyse de laboratoire.
Traitement	Spécifique : aucun. De support : hydratation, antipyrétique (acétaminophène) si fièvre, analgésique.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles le lavage des mains et l'hygiène respiratoire (voir outils).
Recommandation	Retour à l'école dès que l'état de santé le permet.

5.2.23 Rhume ou IVRS (Infection des Voies Respiratoires Supérieures)

Définition	Infection aiguë des voies respiratoires causée par un virus (ex. : rhinovirus, coronavirus, adénovirus, etc.).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 12 heures à 5 jours (48 heures en moyenne).
Période de contagiosité	De 24 heures avant et jusqu'à 5 jours après le début des symptômes.
Durée de la maladie	De 2 à 10 jours.
Mode de transmission	Par contact : avec des sécrétions naso-pharyngées contaminées ou des objets contaminés par ces sécrétions (par les mains). Par gouttelettes: avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (dans un rayon d'environ un mètre).
Tableau clinique	Écoulement nasal, larmoiement, éternuements, irritation de la gorge, frissons, malaises généraux et rarement de la fièvre. Note : le rhume se distingue cliniquement de la grippe par le type et la gravité des symptômes (voir annexe XI).
Complication	Sinusite, otite moyenne, bronchite, laryngite, trachéite, rarement pneumonie. Peut occasionner une crise d'asthme chez les jeunes asthmatiques.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique.
Traitement	Spécifique : aucun. De support : hydratation, humidité, solution saline, antipyrétique (acétaminophène) si fièvre, etc.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains et l'hygiène respiratoire (voir outils).
Recommandation	Aucune exclusion.

5.2.24 Rougeole MADO

Définition	Infection aiguë très contagieuse causée par un virus de la famille des paramyxovirus.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 7 à 18 jours. L'intervalle moyen entre l'exposition et l'éruption est de 14 jours.
Période de contagiosité	De 4 jours avant et jusqu'à 4 jours après l'apparition de l'éruption. Contagiosité maximale juste avant l'apparition de l'éruption.
Durée de la maladie	De 7 à 10 jours.
Mode de transmission	Maladie très contagieuse. Par voie aérienne : propagation du virus dans l'air et transmission à distance. Par contact: avec les sécrétions naso-pharyngées d'une personne infectée ou plus rarement avec des objets contaminés par ces sécrétions naso-pharyngées. Par gouttelettes: avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre).
Tableau clinique	Atteinte de l'état général, fièvre élevée, toux, coryza, conjonctivite avec larmoiement excessif et photophobie, pharyngite, présence du signe de Koplik (lésion typique de la muqueuse buccale). Éruption maculopapulaire généralisée (durée 4 à 7 jours). Note : surtout en hiver et au début du printemps.
Complication	Otite moyenne (5 à 9 % des cas), infection pulmonaire (1 à 5 % des cas), encéphalite (1/1 000 cas). Généralement plus grave chez les nourrissons, les adultes et les personnes immunodéprimées.
Particularité femme enceinte	La femme enceinte atteinte de rougeole peut présenter une forme plus sévère de la maladie. Risque plus élevé d'avortement spontané et de prématurité.
Diagnostic	Diagnostic clinique, sérologique et, surtout, isolement du virus.
Traitement	Spécifique : aucun. De support : antipyrétique (acétaminophène) si fièvre, suppléments de vitamine A dans certaines circonstances.
Pronostic	Décès : 1 à 2/1 000 personnes infectées au Canada.
Prévention	▪ Programme d'immunisation à 12 mois pour toute la population (2 doses): vaccination efficace entre 85 et 95 % avec une dose et à près de 100 % si deux doses reçues.

	▪ Isoler les cas. ▪ Renforcer les mesures d'hygiène. ▪ Les immunoglobulines sont recommandées après un contact dans certains cas (voir le «*Protocole d'immunisation du Québec*»).
Recommandation	La DSP doit valider le cas. Lorsque le cas est validé: ▪ Intervention selon le protocole. ▪ Exclusion durant la période de contagiosité.

5.2.25 Rubéole MADO

Définition	Infection causée par le virus de la rubéole, un rubivirus de la famille des togavirus.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 16 à 18 jours en moyenne (14 à 23 jours).
Période de contagiosité	De 7 jours avant et jusqu'à 7 jours après le début de l'éruption. Peut persister jusqu'à l'âge d'un à deux ans chez le nouveau-né atteint de rubéole congénitale.
Durée de la maladie	Environ 7 jours.
Mode de transmission	Par contact avec les sécrétions naso-pharyngées des personnes infectées Par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre de distance). Transplacentaire : de la mère au bébé. Par contact: avec les sécrétions corporelles d'un enfant atteint de rubéole congénitale. Note : Dans la rubéole congénitale, toutes les sécrétions corporelles peuvent être contaminées surtout l'urine et les sécrétions naso-pharyngées
Tableau clinique	Infection acquise : asymptomatique 25-50 %. Si symptômes : fièvre légère, adénopathies (surtout sous-occipitales, rétroauriculaires et cervicales précédant le rash), éruption maculopapulaire discrète peu caractéristique débutant au visage et progressant vers le corps d'une durée moyenne de 3 jours, arthralgie (surtout chez les femmes). Note : surtout en hiver et au printemps.
Complication	Arthrite (surtout chez les femmes adolescentes et adultes). Hémorragie secondaire à une thrombocytopénie ou une vasculite (1/3 000). Rarement encéphalite (1/5 000).
Particularité femme enceinte	Une femme enceinte atteinte de rubéole peut transmettre l'infection à son enfant. Le risque qu'il développe une rubéole congénitale est particulièrement élevé si l'infection survient surtout lors du premier trimestre, mais peut être présente au cours des 20 premières semaines de grossesse. Il pourra présenter un syndrome de rubéole congénitale qui peut entraîner un avortement spontané, la mort du fœtus ou des malformations fœtales telles des cardiopathies, des cataractes, de la surdité ou une déficience intellectuelle. La vaccination de routine contre la rubéole protège efficacement contre la maladie. Il est donc important que les jeunes filles soient vaccinées correctement contre la rubéole, avant d'envisager toute grossesse. Avortement spontané possible.

Diagnostic	Diagnostic clinique, sérologique.
Traitement	▪ Spécifique : aucun. ▪ De support : antipyrétique (acétaminophène) si fièvre.
Pronostic	Bon (sauf pour le syndrome de rubéole congénitale).
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène. ▪ Programme d'immunisation à 12 mois pour toute la population : vaccination efficace à 95 % après 1 dose. ▪ Offrir le vaccin aux adolescentes et aux jeunes femmes réceptives en âge de procréer.
Recommandation	La DSP doit valider le cas. Lorsque le cas est validé: ▪ Intervention selon le protocole. ▪ Exclusion durant la période de contagiosité.

5.2.26 Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) contracté dans la communauté

Définition	Infection causée par du staphylocoque ayant développé une résistance à plusieurs antibiotiques dont la méthicilline ET d'origine communautaire (pas de contact avec un milieu de soins).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Variable, rarement plus de 7 jours en cas de lésions cutanées mineures.
Période de contagiosité	Jusqu'à la guérison des lésions.
Durée de la maladie	Variable selon la gravité de la maladie.
Mode de transmission	▪ Par contact direct (peau à peau) avec une personne infectée. ▪ Par contact indirect avec des objets ou surfaces contaminés.
Tableau clinique	Une ou plusieurs lésions de la peau (folliculite, furoncle, cellulite, abcès), parfois accompagnées (ou parfois présence) de fièvre, de malaises et d'anorexie.
Complication	Pneumonie sévère, autres complications bactériennes, septicémie et rarement décès.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique ou culture des lésions au besoin.
Traitement	▪ Spécifique : Traitement local ou incision et drainage ou antibiotique topique, oral ou intraveineux prescrit par le médecin. ▪ De support : Nettoyage des lésions avec de l'eau et du savon antiseptique, couverture des lésions avec pansement sec et propre.
Pronostic	Bon si traité rapidement et adéquatement. Récurrences possibles.
Prévention	▪ Renforcer le lavage des mains. ▪ Renforcer les mesures d'hygiène corporelle incluant la douche après les activités physiques. ▪ Éviter le partage d'articles personnels (serviettes, savons, rasoirs). ▪ Nettoyer et désinfecter régulièrement les surfaces (vestiaires, bains tourbillons) et objets fréquemment en contact avec la peau, (la literie, serviettes, vêtements, équipements sportifs). ▪ Précautions de contact lors des soins de plaies.

Recommandation	▪ Recouvrir les lésions par un pansement sec et propre jusqu'à guérison. ▪ Pas d'exclusion de routine. ▪ Retirer temporairement de l'école un élève ou un membre du personnel dont la lésion ne peut être couverte et contenue par un pansement. ▪ Éviter tout contact avec une personne immunodéprimée. ▪ Éviter de participer à des sports de contact (lutte, football) si la lésion ne peut être couverte et contenue par un pansement. ▪ Décontamination des objets, surfaces et équipements contaminés avec un désinfectant usuel. ▪ Nettoyage et séchage des vêtements et de la literie contaminés à haute température. ▪ Aviser la Direction de santé publique en cas d'éclosion (2 cas et plus) dans une même classe, un même groupe ou une même équipe sportive.

5.2.27 Scarlatine (pharyngite à streptocoque du groupe A)

Définition	Infection de la gorge causée par le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A produisant parfois une toxine érythrogénique causant un érythème caractéristique de la peau et des muqueuses (scarlatine).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 1 à 3 jours, rarement plus longue.
Période de contagiosité	Si traitée : jusqu'à 24 heures après le début du traitement. Si non traitée : habituellement 10 à 21 jours mais on peut devenir porteur pour une période variable.
Durée de la maladie	Rarement plus de 7 jours.
Mode de transmission	Par gouttelettes: avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées ou porteuses, lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre). Plus rarement par ingestion d'aliments contaminés, tels que le lait ou des œufs.
Tableau clinique	Pharyngite à streptocoque : Fièvre élevée, mal de gorge, pharyngite ou amygdalite avec ou sans exsudats (pus), atteinte de l'état général, nausées, vomissements. Scarlatine : (en plus des signes et symptômes de pharyngite) langue framboisée, adénopathies cervicales et érythème fin atteignant le cou, le corps, l'intérieur des cuisses et particulièrement les plis des aisselles, des coudes et des aines, blanchissant sous la pression et donnant au toucher une impression de papier sablé. L'éruption diminue en une semaine. Il peut y avoir desquamation.
Complication	Le rhumatisme articulaire aigu et la glomérulonéphrite aiguë si non traitée.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique et détection de la bactérie par une analyse de laboratoire.
Traitement	Spécifique : antibiotique prescrit par le médecin. De support : hydratation, antipyrétique (acétaminophène), si fièvre.
Pronostic	Bon, en général.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène.
Recommandation	Lorsque l'infirmière du CSSS a validé le cas auprès des parents : ▪ Envoyer une lettre d'information (cf. annexe XIII) aux parents de tous les élèves du même groupe de niveau primaire et secondaire. ▪ Retour du cas à l'école 24 heures après le début du traitement antibiotique. ▪ Si plusieurs cas simultanés, considérer la possibilité d'une source de contamination alimentaire.

5.2.28 Streptocoque du groupe A (Infections invasives à Streptococcus pyogenes) MADO

Définition	Maladie infectieuse rare, habituellement grave, se manifestant par une infection localisée (ex. : fasciite nécrosante ou myosite, méningite, pneumonie), une bactériémie ou un choc toxique. Chez les enfants, la varicelle est un facteur de risque souvent identifié.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Elle est très courte pour la plupart des infections streptococciques (1 à 3 jours). Pour les infections invasives, elle pourrait varier selon le contexte (ex. : infection virale concomitante, traumatisme, chirurgie).
Période de contagiosité	Elle varie le plus souvent entre 10 et 21 jours chez les cas non compliqués. Elle est maximale durant la phase aiguë de la maladie et dure jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique.
Durée de la maladie	Variable selon la gravité de la maladie.
Mode de transmission	L'infection se transmet, le plus souvent, par des sécrétions respiratoires infectées ou par contact direct avec une lésion infectée.
Tableau clinique	Le tableau clinique des infections invasives à streptocoque comporte habituellement de la fièvre et des manifestations cliniques selon le site de l'infection. La fasciite nécrosante ou la myosite cause un nécrose des tissus sous-cutanés qui se manifeste par de la fièvre, malaise général et atteinte inflammatoire localisée (rougeur, chaleur, douleur très importante) qui évolue rapidement. Le choc toxique est défini par une hypotension grave, accompagnée d'au moins deux des conditions cliniques suivantes : des troubles de la coagulation, insuffisance rénale ou respiratoire, atteinte hépatique, éruption cutanée ou nécrose des tissus mous (fasciite ou myosite).

Complications	Selon la manifestation clinique.
Diagnostic	Signes et symptômes d'une infection grave. Isolement de la bactérie du sang ou d'une région infectée.
Traitement	Traitement antibiotique dans tous les cas. Selon les manifestations cliniques : traitement de l'état de choc toxique; administration d'immunoglobulines I.V.; traitement chirurgical (ex. : débridement).
Pronostic	Environ 85 à 90 % des patients atteints d'une infection invasive à streptocoque vont se rétablir.
Prévention	▪ La prise préventive d'un antibiotique peut parfois être recommandée aux personnes vivant sous le même toit qu'un cas d'infection invasive grave. ▪ La vaccination contre la varicelle contribue à prévenir les infections invasives à streptocoque chez les enfants puisqu'elles sont une complication possible de la varicelle.
Recommandation	Retour du cas à l'école lorsque son état général le permet et, au plus tôt, 24 heures après le début du traitement antibiotique.

5.2.29 Teigne : Tinea capitis (cuir chevelu), tinea corporis (corporelle), tinea pedis (des pieds ou pied d'athlète)

Définition	Infection mycotique de la peau (*tinea corporis* ou *pedis*) ou du cuir chevelu (*tinea capitis*).
Réservoir	Teigne des cheveux et du corps : être humain, animaux domestiques (chat et chien surtout). Teigne des pieds (pied d'athlète) : être humain.
Période d'incubation	Teigne du cuir chevelu : 2 à 14 jours. Teigne corporelle : 4 à 10 jours. Teigne des pieds : inconnue.
Période de contagiosité	Tant que les lésions sont présentes.
Durée de la maladie	Tant qu'un traitement efficace n'a pas été administré.
Mode de transmission	Teigne du cuir chevelu et corporelle : par contact avec les lésions d'un humain ou un animal ou avec des objets contaminés et des poils d'animaux. Teigne des pieds : par contact avec lésions d'une personne infectée ou de sols contaminés (douches, salle de déshabillage, piscines publiques).
Tableau clinique	Teigne cuir chevelu : papules avec plaques squameuses ressemblant à des pellicules, perte de cheveux avec zones dénudées, pustules, parfois fièvre et adénopathies. Teigne corporelle : lésions annulaires plates. Prurit fréquent. Teigne des pieds : espaces fissurés avec desquamation entre les orteils avec sensibilité accrue, prurit et odeur fétide.
Complication	Teigne du cuir chevelu : plaques d'alopécie (perte de cheveux) permanentes. Teigne corporelle : aucune. Teigne des pieds : peut se chroniciser et s'étendre au corps.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Examen clinique et microscopique.
Traitement	Teigne cuir chevelu : antifongique oral. Teigne corporelle : antifongique topique, parfois oral pour les cas réfractaires. Teigne des pieds : antifongique topique.
Pronostic	Bon.

Prévention	Teigne cuir chevelu : ne pas partager les objets personnels tels que brosses, peignes etc. Teigne corporelle : recouvrir les lésions, si possible et éviter les piscines publiques. Teigne des pieds: éviter de marcher pieds nus dans les endroits publics (piscine, douche, gymnase).
Recommandation	Lorsque l'infirmière du CSSS a validé le cas auprès des parents : ▪ Envoyer une lettre d'information (cf. annexe XIII) aux parents de tous les élèves du même groupe de niveau primaire et secondaire (teigne corporelle et du cuir chevelu). ▪ Teigne cuir chevelu et corporelle : exclure de l'école jusqu'au début du traitement.

5.2.30 Toxi-infection alimentaire MADO

Définition	Tout syndrome provoqué par l'ingestion d'aliments contaminés par des micro-organismes, des toxines ou un produit chimique.
Réservoir	Variable selon l'agent causal.
Période d'incubation	Variable selon l'agent causal (rapide si secondaire à une toxine et plus longue si cause infectieuse).
Période de contagiosité	S'il y a un risque de transmission, la période de contagiosité dépend de l'agent causal.
Durée de la maladie	Variable selon l'agent causal.
Mode de transmission	Par ingestion de nourriture ou d'eau contaminées.
Tableau clinique	Début soudain d'un même groupe de symptômes chez des individus qui ont consommé le même aliment. Symptômes surtout digestifs (ex. : nausées, vomissements, douleurs et crampes abdominales, diarrhée, fièvre légère) parfois neurologiques ou vasomoteurs.
Complication	Déshydratation. Autres complications possibles selon l'agent causal.
Particularité femme enceinte	Précautions alimentaires associées à la grossesse (ex. : listériose et fromage au lait cru).
Diagnostic	Diagnostic clinique et possibilité de recherche de l'agent causal dans les aliments suspectés et dans les selles.
Traitement	De support : hydratation, diète liquide et reprise de l'alimentation solide progressivement selon la tolérance. Spécifique : selon l'agent causal (ex. : traitement antibiotique).
Pronostic	Selon l'agent causal.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène telles le lavage des mains. ▪ Conservation et cuisson des aliments à la température adéquate. ▪ Éviter la contamination croisée entre les aliments cuits et non cuits. Ne boire que de l'eau propre à la consommation.
Recommandation	▪ Lorsqu'il y a deux cas ou plus ayant un lien entre eux, l'infirmière du CSSS doit documenter la situation et aviser la DSP*. ▪ Conserver les aliments possiblement responsables pour analyse si nécessaire.

	▪ Retirer les enfants malades et les réintégrer idéalement 48 heures après la fin des symptômes (absence de diarrhée et vomissements). ▪ Retirer ou réaffecter les manipulateurs d'aliments malades jusqu'à 48 heures après la fin des symptômes.

* Une grille de collecte de données est disponible à l'annexe VI. Cette grille permet à l'infirmière de documenter la situation.

* Un document d'information peut être envoyé aux parents des élèves du même groupe que les enfants malades, en cas d'éclosion (annexe VI).

5.2.31 Tuberculose MADO

Définition	Infection causée par une bactérie, le *Mycobacterium tuberculosis*.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Très variable (quelques semaines à plusieurs mois).
Période de contagiosité	Aussi longtemps que l'agent infectieux vivant est présent dans les sécrétions respiratoires (cultures positives).
Durée de la maladie	Variable.
Mode de transmission	Par voie aérienne: propagation dans l'air des bactéries et transmission à distance. N'est pas contagieuse par les mains comme la grippe
Tableau clinique	Symptômes peu spécifiques tels que : perte d'appétit, fatigue, fièvre intermittente, toux de plus de 3 semaines et expectorations, perte de poids, sudation nocturne, etc.
Complication	Pleurésie tuberculeuse, méningite tuberculeuse, tuberculose miliaire. Note : Le risque de complications est plus élevé chez les jeunes de moins de 3 ans.
Particularité femme enceinte	Infection congénitale rare.
Diagnostic	Diagnostic clinique et radiographie pulmonaire, frottis et culture des expectorations.
Traitement	Spécifique : médicaments antituberculeux (maladie à traitement obligatoire). La durée du traitement est de 6 à 12 mois. La prise de médicament peut être quotidienne ou 2 à 3 fois par semaine sous observation directe (TOD). Dans ce dernier cas la collaboration de l'école ou de l'infirmière du CSSS est demandée.
Pronostic	En général bon; variable selon l'état et l'observance au traitement.
Prévention	Faire le dépistage des contacts étroits des cas et prophylaxie antituberculeuse à envisager selon le résultat du test cutané à la tuberculine (TCT) et selon les recommandations de la DSP.
Recommandation	La DSP doit valider le cas. Lorsque le cas est validé: ▪ Intervention selon le protocole. ▪ Exclusion durant la période de contagiosité.

5.2.32 Varicelle (Picote)

Définition	Infection aiguë causée par un virus (Varicella zoster).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 10 à 21 jours, en moyenne de 14 à 16 jours mais peut être prolongée jusqu'à 28 jours chez les patients ayant reçu précédemment les VZIG (immunoglobulines antivaricelle-zona) ou chez les personnes immunodéprimées.
Période de contagiosité	De 1 à 2 jours avant et jusqu'à 5 jours après l'apparition de l'éruption ou jusqu'à ce que toutes les lésions soient croûtées. Maladie très contagieuse.
Durée de la maladie	De 7 à 10 jours.
Mode de transmission	Par voie aérienne : propagation dans l'air de petites gouttelettes et transmission à distance. Par gouttelettes: avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre). Par contact: avec le liquide présent dans les vésicules ou avec des objets contaminés par des sécrétions naso-pharyngées ou du liquide vésiculaire. Transplacentaire ou périnatale.
Tableau clinique	Fièvre légère, symptômes généraux bénins et une éruption généralisée prurigineuse maculopapulaire durant quelques heures puis vésiculaire pendant 3 à 4 jours et qui laisse une croûte granuleuse. Maladie souvent plus sévère chez l'adulte ou les personnes immunodéprimées. Note : survient habituellement à la fin de l'hiver ou au début du printemps.
Complication	Chez 5 à 10 % des enfants par ailleurs en bonne santé. Surinfections bactériennes (5 à 10 % des enfants en bonne santé), otite moyenne (5 % des enfants), arthrite, encéphalite, méningite ou glomérulonéphrite. Pneumonie varicelleuse chez l'adulte. Les personnes immunodéprimées, les nouveau-nés et les adultes sont plus susceptibles de faire une forme sévère de la varicelle. La varicelle prédispose à une infection invasive à streptocoque du groupe A.
Particularité femme enceinte	Risque du syndrome de varicelle congénitale (atrophie des membres et cicatrices cutanées) de 0,4 à 2 % si l'infection a lieu entre la 13e et la 20e semaine de grossesse. Une varicelle néonatale sévère est à craindre si la mère fait la varicelle 5 jours avant et jusqu'à 2 jours après l'accouchement. Pas suffisamment de données pour affirmer que la femme enceinte est plus à risque d'une varicelle sévère.

Diagnostic	Le diagnostic se fait surtout cliniquement.
Traitement	Spécifique : un traitement antiviral débuté dans les premières 24 heures peut être envisagé chez les personnes à risque de développer des complications. De support : antiprurigineux, antipyrétique (acétaminophène) si fièvre. La calamine n'est plus recommandée.
Pronostic	Bon.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène. ▪ Programme d'immunisation à 12 mois pour toute la population. Il peut être administré en pré ou en postexpostion. En préexposition, l'efficacité est de 70 à 90 % contre toute forme de varicelle et de 93 à 100 % contre une forme modérée ou grave de varicelle. En postexpostion, la vaccination est efficace dans plus de 90 % si administrée en dedans de 5 jours suivant l'exposition à la varicelle. ▪ Immunoglobulines contre le virus varicella zoster (VZIG) pour les personnes réceptives à haut risque, ne pouvant recevoir le vaccin (voir «*Protocole d'immunisation du Québec*»).
Recommandation	Lorsque le diagnostic est validé par l'infirmière du CSSS auprès des parents : ▪ Envoyer une lettre d'information (cf. annexe XIII) aux parents de tous les élèves de l'école au niveau primaire et secondaire. Une autre forme de communication (message verbal) pourrait être privilégiée au niveau secondaire afin d'informer les jeunes et leurs parents. Ceci afin d'informer sur la possibilité d'être vacciné en prophylaxie post exposition, pour les personnes réceptives. ▪ Aucune exclusion. ▪ Diriger vers le médecin les femmes enceintes qui n'ont pas eu la maladie ni la vaccination (VZIG dans les 96 heures).

5.2.33 Verrue (vulgaire ou plane)

Définition	Infection de la surface cornée de la peau causée par des virus du groupe papillome humain (VPH).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Environ 2 à 3 mois (possible jusqu'à plusieurs années).
Période de contagiosité	Inconnue, probablement tant qu'il y a des lésions.
Durée de la maladie	Variable si non traitée, disparition spontanée fréquente (65 % disparaissent d'elles-mêmes en 2 ans).
Mode de transmission	Par contact : avec les lésions ou avec une surface (plancher, baignoire, etc.) ou un objet (pierre ponce, rasoir, etc.) contaminés. Note : auto-contamination fréquente.
Tableau clinique	Verrue vulgaire : papules bien délimitées à surface épaisse ou protubérances papillaires. Sites : sur les mains ou les pieds (face palmaire surtout). Verrue plane : lésions aplaties et rondes de même couleur que la peau sous-jacente. Sites : visage, cou ou face dorsale des mains.
Complication	Aucune.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Habituellement diagnostic clinique.
Traitement	Spécifique : application d'azote liquide (cryothérapie), agent kératolytique local, laser, électrocoagulation, curetage etc. De support : aucun.
Pronostic	Excellent.
Prévention	▪ Éviter les contacts avec les lésions. ▪ Éviter de marcher pieds nus dans les endroits publics puisque les sols contaminés (piscine, douche, gymnase) pourraient être en cause.
Recommandation	Aucune exclusion.

5.2.34 VIH/sida

Définition	L'infection par le virus d'immunodéficience humaine est une maladie infectieuse causée par un rétrovirus, communément appelé VIH. Ce virus paralyse progressivement le système immunitaire de l'organisme humain. L'infection est caractérisée par plusieurs phases: (1) l'infection asymptomatique, (2) la primo-infection, (3) l'infection symptomatique et (4) le SIDA. Le SIDA est la phase terminale de l'infection par le VIH.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Variable : quelques mois à quelques années avant de développer des signes cliniques ou / et le SIDA. Sous thérapie antirétrovirale, de plus en plus d'enfants, qui ont été infectés en bas âge, sont encore asymptomatiques à l'adolescence. Note : La primo-infection, lorsqu'elle est présente survient de 3 à 6 semaines après le contact infectieux.
Période de contagiosité	Permanente par les liquides biologiques dont les principaux sont le sang, le sperme et les sécrétions vaginales.
Durée de la maladie	La survie a nettement augmenté avec les nouvelles thérapies.
Mode de transmission	**Transmission sexuelle** : responsable de la majorité des cas. Les pratiques sexuelles avec pénétration vaginale (risque élevé) et anale (risque très élevé) sans protection sont les plus risquées. Les relations orales présentent un risque qualifié de négligeable à faible, mais qui pourrait être présent lorsqu'il y a présence de lésions bucco-dentaires. **Transmission sanguine** : transfusion de sang ou de produits sanguins. Depuis 1985, la probabilité est devenue faible en raison du dépistage systématique des produits sanguins. Transmission possible par des coupures, piqûres, éclaboussures ou contact d'une muqueuse (yeux, nez, bouche) ou d'une blessure ouverte avec du sang contaminé. Aucun cas de transmission du VIH en milieu scolaire n'a encore été documenté. Le partage de matériel d'injection chez les usagers de drogues par injection demeure le principal mode de transmission; le tatouage ou le perçage dans des conditions où les mesures d'asepsie ou de stérilisation ne sont pas adéquates, constituent également un risque. **Transmission de la mère au fœtus** : lors de la grossesse ou au jeune bébé lors de l'accouchement ou l'allaitement. Le taux de transmission de la mère au bébé se situe entre 25 et 30 % lors de la grossesse ou de l'accouchement et à environ 8 % lors de l'allaitement. Toutefois, la prise d'un médicament diminue de 80% la transmission durant la grossesse. Aucune transmission par les contacts quotidiens, comme boire dans le même verre, manger dans la même assiette, donner des accolades, partager des jeux, utiliser le même siège de toilette, etc. Le VIH ne se transmet pas par l'eau, l'air, les aliments, la toux ou les éternuements, les piqûres d'insectes, etc. Les larmes, la salive, l'urine, les sécrétions nasales, la sueur et les selles ne représentent aucun risque de

	transmission du virus s'ils ne sont pas visiblement teintés de sang. Une morsure avec bris cutané pourrait transmettre le VIH uniquement si l'agresseur a du sang dans la bouche. Note : Le VIH est un virus fragile. Il survit généralement peu de temps à l'extérieur de l'organisme. Le contact du sang avec une peau saine (ou une morsure sans bris cutané) ne constitue pas un mode de transmission du VIH.
Tableau clinique	L'infection au VIH donne une variété de manifestations cliniques allant de l'infection asymptomatique au SIDA. Les manifestations les plus fréquentes du SIDA suite à la baisse du système immunitaire (CD4) sont la présence de lymphadénopathies généralisées, de diarrhées récurrentes, l'apparition de maladies ou d'infections opportunistes (pneumonie à *Pneumocystis carinii*, sarcome de Kaposi, tuberculose, etc.).
Complication	Apparition d'infections ou maladies opportunistes selon le niveau de CD4. Diminue si réponse aux traitements (multi-thérapie).
Particularité femme enceinte	Voir mode de transmission.
Diagnostic	Diagnostic clinique et sérologique.
Traitement	Spécifique : thérapie antirétrovirale selon certains critères cliniques, immunologiques ou de laboratoire. De support : traitement des néoplasies et des infections.
Pronostic	Décès : espérance de vie après le diagnostic a augmenté avec les nouvelles thérapies.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène, le non partage d'articles personnels (rasoir, brosse à dents, etc.) et les pratiques de base telles qu'utiliser des gants lors de tout risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques visiblement teintés de sang, etc. . ▪ Promouvoir l'utilisation d'un condom lors de relations sexuelles. ▪ Insister sur l'importance de ne partager ni drogues, ni matériel de préparation ou de prise de drogues par injection ou inhalation et de toujours utiliser des seringues stériles. ▪ S'assurer que le tatouage et le perçage soient faits dans des conditions stériles. ▪ Dépistage volontaire proposé aux femmes enceintes. Prophylaxie postexposition : le plus rapidement possible après une exposition significative (évaluation, médicale ou selon le protocole du CSSS, à faire).
Recommandation	▪ Vaccinations préventives appropriées pour les personnes infectées par le VIH, selon le «*Protocole d'immunisation du Québec*» (PIQ). ▪ Aucune exclusion.

5.2.35 Zona

Définition	Infection causée par la réactivation du virus de la varicelle qui est demeuré latent dans les ganglions sensitifs de la corne postérieure de la moelle épinière. Seules les personnes qui ont déjà eu la varicelle peuvent présenter un zona, car c'est leur propre virus qui est réactivé.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Ne s'applique pas.
Période de contagiosité	Jusqu'à ce que les lésions soient croûtées.
Durée de la maladie	L'éruption cutanée dure de 15 à 20 jours. Des douleurs névralgiques peuvent précéder, accompagner ou persister longtemps après la guérison surtout chez les adultes de plus de 50 ans.
Mode de transmission	Le zona ne se transmet pas. Il peut donner la varicelle à une personne non immune lorsqu'il y a un contact direct avec le liquide des vésicules.
Tableau clinique	Fièvre, malaises généraux survenant de 3 à 4 jours avant les éruptions, adénopathies, démangeaisons, douleurs névralgiques ou sous forme de brûlure sur le trajet du nerf atteint, éruptions sous forme de vésicules regroupées en ligne (unilatéral et thoracique le plus souvent). Note : Peut survenir à tout âge, mais plus fréquent après 50 ans.
Complication	Surinfection bactérienne, névralgie chronique (rare chez les jeunes). Zona disséminé (immunodéprimés). Récidive chez moins de 4 %.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Habituellement diagnostic clinique.
Traitement	Spécifique : un antiviral initié dans les 72 heures peut être envisagé chez les personnes à risque de développer des complications comme par exemple les personnes immunodéprimées. De support : antipyrétiques (acétaminophène), antiprurigineux.
Pronostic	Bon.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène. ▪ Recouvrir les lésions si possible. ▪ Éviter le contact direct avec le liquide des vésicules.
Recommandation	Lorsque le diagnostic est validé par l'infirmière du CSSS auprès des parents :

	▪ Envoyer une lettre d'information (cf. annexe XIII) aux parents des élèves de la classe. Une autre forme de communication (message verbal) pourrait être privilégiée au niveau secondaire afin d'informer les jeunes et leurs parents. Ceci afin d'informer sur la possibilité d'être vacciné en prophylaxie post exposition, pour les personnes réceptives. ▪ Aucune exclusion. ▪ Diriger vers le médecin les femmes enceintes qui n'ont pas eu la maladie ni la vaccination (VZIG dans les 96 heures).

6. RECOMMANDATIONS POUR LA DISTRIBUTION DES LETTRES

Il est important de contacter l'infirmière du CSSS avant toute intervention dans l'école à moins qu'il y ait eu une entente au préalable avec elle pour certaines situations.

Des lettres types en français et en anglais pour les maladies infectieuses suivantes : érythème infectieux, impétigo, pédiculose, scarlatine, teigne du cuir chevelu (*tinea capitis*), teigne corporelle (*tinea corporis*) et varicelle sont disponibles à l'Annexe XIII.

Le dépliant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur la pédiculose (Poux, Poux, Poux) peut être distribué au début de l'année scolaire à tous les élèves du niveau primaire et ce, à titre d'information. En ce qui concerne les lettres à distribuer en présence d'un ou plusieurs cas de pédiculose, la DSP recommande de vous référer au «*Protocole provincial d'intervention sur la pédiculose*» ou d'utiliser les lettres disponibles à l'annexe XIII.

Les envois de lettres dans la classe ou l'école pour une maladie devront se faire au moins une fois dans une même période si un cas est validé. L'année scolaire est divisée en deux périodes, soit de septembre à décembre et de janvier à juin.

Lors d'une période, si l'intervention en milieu scolaire est finalisée pour une maladie infectieuse, il n'est plus nécessaire de remplir la fiche de signalement par la direction de l'école après entente avec l'infirmière du CSSS. Par contre si la situation devient inhabituelle (ex. : augmentation des cas de coqueluche) la direction devra en aviser l'infirmière du CSSS.

Advenant une maladie déjà signalée dans une période où des lettres ont été envoyées, seuls les jeunes ayant des problèmes de santé particuliers seront rejoints si les parents ont avisé la direction d'école des maladies à risque pour leur jeune selon les recommandations de leur médecin traitant.

L'infirmière n'a plus à signaler à la DSP les cas de coqueluche qui surviennent dans un groupe quand l'intervention dans le groupe est déjà faite pour la même période.

L'aide-mémoire de l'intervenant pour les dates d'intervention par classe selon les maladies se trouve à l'annexe IV.

Il est recommandé de remettre la lettre appropriée (Annexe XIII) aux parents de tous les élèves du même **groupe** selon les critères suivants :

Érythème infectieux : Dès qu'il y a un cas validé par l'infirmière du CSSS auprès des parents dans un groupe de niveau primaire et secondaire. Une autre forme de communication pourrait être privilégiée au secondaire afin d'informer les jeunes et leurs parents.

Impétigo : Dès qu'il y deux cas validés par l'infirmière du CSSS auprès des parents dans un même groupe de niveau primaire dans un intervalle de 10 jours. Aucune intervention au niveau secondaire.

Scarlatine ou pharyngite à streptocoque :	Dès qu'il y a un cas validé par l'infirmière du CSSS auprès des parents dans un groupe de niveau primaire et secondaire. Une autre forme de communication pourrait être privilégiée au secondaire afin d'informer les jeunes et leurs parents.
Teigne du cuir chevelu (tinea capitis) ou Teigne corporelle (tinea corporis) :	Dès qu'il y a un cas validé par l'infirmière du CSSS auprès des parents dans un groupe de niveau primaire et secondaire. Une autre forme de communication pourrait être privilégiée au secondaire afin d'informer les jeunes et leurs parents.
Zona :	Dès qu'il y a un cas validé par l'infirmière du CSSS auprès des parents dans un groupe de niveau primaire et secondaire. Une autre forme de communication pourrait être privilégiée au secondaire afin d'informer les jeunes et leurs parents.

Il est recommandé de remettre la lettre appropriée (Annexe XIII) aux parents de tous les élèves de **l'école** selon les critères suivants :

Varicelle :	Dès qu'il y a un cas validé par le CSSS auprès des parents dans un groupe de niveau primaire ou secondaire. Une autre forme de communication (message verbal) pourrait être privilégiée au niveau secondaire afin d'informer les jeunes et leurs parents. Ceci afin d'informer sur la possibilité d'être vacciné en prophylaxie post exposition, pour les personnes réceptives.

Informations supplémentaires concernant la validation des cas et l'intervention

Pour certaines maladies, la Direction de santé publique doit valider le cas par une enquête épidémiologique. C'est le cas, entre autres, pour la coqueluche, où certains critères doivent être présents pour être retenue comme un cas clinique avant de faire l'intervention à l'école.

Pour d'autres maladies, l'infirmière du CSSS doit valider le cas auprès des parents, afin de s'assurer que le diagnostic a été posé par un médecin. C'est le cas pour l'érythème infectieux, la gale, l'impétigo, la scarlatine et la pharyngite à streptocoque. Pour la varicelle, l'infirmière doit s'assurer auprès des parents que les symptômes cliniques correspondent à la maladie.

Parfois l'intervention est faite dans le groupe auquel appartient le cas (ex: coqueluche) et parfois dans l'école (ex: rougeole). De plus, pour certaines maladies, elle se fait dès qu'un cas est validé alors que pour d'autres il faut attendre 2 cas validés.

Différents facteurs tels le degré de contagiosité de la maladie, son mode de transmission, de même que les particularités du milieu scolaire selon qu'il s'agit du niveau primaire ou secondaire, expliquent ces différences.

BIBLIOGRAPHIE

American Academy of Pediatrics, *Report of the Committee on Infectious Diseases*, 27e ed., Elk Grove Village, Illinois, 2006.

American Academy of Pediatrics, *Managing Infectious Diseases in Child Care and Schools*, 2004.

Heyman, David L., *Control of Communicable Diseases in Man*, 18th Edition, American Public Health Association, Washington DC, 2004.

Centers for disease control and prevention (CDC 2003). *Methicillin-resistant staphylococcus aureus infections among competitive sports participants- Colorado, Indiana, Pennsylvania, and Los Angeles County, 2000-2003.* MMWR 52(33): 793-5

Comité de prévention dans les services de garde à l'enfance. *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance. Guide d'intervention*, 2008.

Comité de prévention dans les services de garde à l'enfance. *Le risque de toxicité des rince mains à base d'alcool dans les services de garde, 2007 :7p.*

Direction de santé publique de la Montérégie, *Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire*, mise à jour 2007.

Direction de santé publique de Montréal. *Avis intérimaire de santé publique. Émergence du Staphyloccus aureus résistant à la méthicilline d'origine communautaire (SARM-C) dans la région de Montréal,* 2006.

Direction de santé publique de Montréal-Centre, *Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire*, mise à jour 2001.

Gouvernement du Québec. *Protocole d'immunisation du Québec, Québec,* ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008.

Gouvernement du Québec. Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, 2003.

Guide d'intervention pour le contrôle de la gale à l'intention des intervenants de la santé, Table de concertation nationale en maladies infectieuses, Table de concertation nationale en santé publique (TCNMI), février 2002.

Institut National de santé publique du Québec. *Mesures de contrôle et prévention des éclosions de cas de gastroentérite infectieuse d'allure virale (Norovirus) à l'intention des établissements de soins*, 2006.

Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, Éditeur officiel du Québec, 1997.

Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q., chapitre A-21, à jour au 19 juin 1997, Éditeur officiel du Québec.

Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., c. P-34.1, 4 septembre 1996, Éditeur officiel du Québec.

Loi sur la protection de la santé publique, L.R.Q., c. P-35, 8 juin 1996, Éditeur officiel du Québec.

Loi sur la santé publique, L.R.Q., chapitre S-2.2, 2007, Éditeur officiel du Québec

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. 5-5, 1er sept. 1997, Éditeur officiel du Québec.

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec (2005*). École en santé. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires* : p 15

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) aux personnes exposées à des liquides biologiques dans le contexte du travail. 2006 :p.28

St-Martin Lyne. Le rince mains à base d'alcool en service de garde : une solution de rechange au savon et à l'eau. Bye-bye les microbes 2008; 11(3) : 4

ANNEXES

ANNEXE I

Lettres sur les maladies infectieuses en milieu scolaire

Versions française et anglaise

- *À l'intention des parents*
- *À l'intention du personnel*

Date : _____

AUX PARENTS

OBJET : LES MALADIES INFECTIEUSES EN MILIEU SCOLAIRE

Les maladies infectieuses en milieu scolaire sont fréquentes et peuvent avoir des conséquences pour la santé. Certaines maladies infectieuses sont contagieuses, c'est-à-dire qu'elles peuvent se transmettre d'une personne à une autre.

AVISER L'ÉCOLE !

- Si votre enfant est malade, vous devez aviser l'école de son absence. Si vous allez chez le médecin, demandez-lui si votre enfant a une maladie contagieuse; si tel est le cas, en aviser l'école (voir la liste des maladies à signaler au verso). L'infirmière du CSSS en sera informée et, si nécessaire, vous contactera pour avoir plus de renseignements et répondre à vos questions.

- L'enfant malade devrait rester à la maison jusqu'à ce qu'il soit capable de suivre les activités scolaires. Pour certaines maladies contagieuses, un délai pour le retour à l'école pourrait être indiqué jusqu'à la fin de la période de contagiosité.

- Si votre enfant présente une condition médicale particulière comme par exemple l'immunodépression, demandez à votre médecin quelles sont les maladies contagieuses qui posent un risque pour lui et en aviser la direction de l'école. L'infirmière du CSSS en sera informée et pourra vous prévenir si des cas de ces maladies surviennent à l'école.

LA VACCINATION ET L'HYGIÈNE: LES MEILLEURS MOYENS DE PRÉVENTION

La vaccination est la meilleure façon de prévenir certaines maladies. En tant que parents, vous avez la responsabilité de la vaccination de votre enfant.

- Votre enfant devrait avoir reçu les vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, les oreillons, l'*Haemophilus influenzae* de type B, le pneumocoque, le méningocoque du groupe C et la varicelle (s'il n'a pas déjà eu la maladie). Les enfants de la 4e année du primaire, devraient avoir reçu aussi le vaccin contre les hépatites B et A et, pour les jeunes filles seulement, le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). En cas de doute, vous pouvez consulter votre CSSS ou votre médecin traitant pour compléter la vaccination de votre enfant.

- Pour certains jeunes atteints de maladies particulières, d'autres vaccins peuvent être indiqués. Consultez votre médecin ou votre CSSS.

- Les mesures d'hygiène sont également nécessaires pour prévenir la transmission des maladies contagieuses. Se laver régulièrement les mains, utiliser un mouchoir de papier lors de toux ou d'éternuements, éviter de partager des objets personnels, couvrir les plaies d'un pansement, prendre les mesures pour éviter le contact avec le sang d'une autre personne. Ce sont des actions simples et efficaces pour tous.

Merci de votre collaboration.

_____ _____

Infirmière du CSSS Direction de l'école

☛ **Verso ....**

LISTE DES MALADIES À SIGNALER PAR LES PARENTS À LA DIRECTION DE L'ÉCOLE

- Coqueluche
- Diphtérie
- Érythème infectieux (5e maladie)
- Gale
- Gastroentérite ou toxi-infection alimentaire
- Hépatite A
- Impétigo (pour l'école primaire seulement)
- Méningite (bactérienne ou virale)
- Oreillons
- Pédiculose (poux)
- Rougeole
- Rubéole
- Scarlatine ou pharyngite à streptocoque
- Infection à SARM (staphylocoque résistant à la méthicilline)
- *Tinea capitis* (teigne du cuir chevelu), *tinea corporis* (teigne corporelle)
- Tuberculose
- Varicelle (picote)
- Zona

Date: _____

TO PARENTS

RE.: INFECTIOUS DISEASES IN THE SCHOOLS

Infectious diseases are common in the schools and can impact health. Certain infectious diseases are contagious and can be transmitted from one person to another.

INFORM THE SCHOOL!

- If your child is ill, you must inform the school of his absence. If you take him to the doctor, ask whether your child has a contagious disease; if so, please inform the school (see the list of diseases to be reported on the reverse). The CSSS nurse will be informed and, if necessary, will contact you for more information and to answer your questions.
- The child who is ill must remain at home until he is able to participate in school activities. For certain contagious diseases, the child's return must be delayed until the end of the contagious period.
- If your child has a special medical condition such as immunosuppression, please ask your doctor which contagious diseases are dangerous for him and advise the school administration. The CSSS nurse will be informed and will let you know if a case is reported in the school.

VACCINATION AND HYGIENE: THE BEST MEANS OF PREVENTION

Vaccination is the best way to prevent certain diseases. As parents, you are responsible for having your child vaccinated.

- Your child should have received vaccines against diphtheria, pertussis (whooping cough), tetanus, poliomyelitis, measles, German measles, mumps, *Haemophilus influenzae* type B and chickenpox (if he has not already had this disease). Children in 4th grade in elementary school should have also received hepatitis A and B vaccine, and girls only should have gotten vaccinated against human papillomavirus (HPV). If you are unsure, consult your CSSS or your family doctor so that you can complete your child's vaccinations if necessary.
- Children who suffer from certain diseases may require other vaccines. Consult your doctor or your CSSS.
- Hygiene measures are also necessary to prevent the spread of contagious diseases. Wash your hands, use a paper tissue when coughing or sneezing, avoid sharing personal objects, cover wounds with a dressing and take measures to avoid contact with blood from another person. These are simple and effective actions that everyone can take.

Thank you for your cooperation,

_____ _____

CSSS Nurse School Administration

☞ **Verso ....**

LIST OF DISEASES TO BE REPORTED TO THE SCHOOL ADMINISTRATION

Whooping cough

Diphtheria

Erythema infectiosum (fifth disease)

Scabies

Gastroenteritis or food poisoning

Hepatitis A

Impetigo (for elementary school only)

Meningitis (bacterial or viral)

Mumps

Pediculosis (head lice)

Measles

Rubella

Scarlet fever or Streptococcal sore throat

MRSA infection (methicillin-resistant staphylococcus aureus infection)

Tinea capitis (ringworm of the scalp), *tinea corporis* (ringworm of the body)

Tuberculosis

Varicella (chickenpox)

Herpes zoster

Date : _____

AU PERSONNEL ENSEIGNANT
AU PERSONNEL NON ENSEIGNANT
AU PERSONNEL DE SOUTIEN

OBJET : MALADIES INFECTIEUSES EN MILIEU SCOLAIRE

Les maladies infectieuses en milieu scolaire sont fréquentes et peuvent avoir des conséquences pour la santé. Certaines maladies infectieuses sont contagieuses, c'est-à-dire qu'elles peuvent se transmettre d'une personne à une autre.

LA VACCINATION, ÇA VOUS CONCERNE

La vaccination constitue la meilleure façon de prévenir certaines maladies et d'en contrôler la propagation dans la population.

Vous devriez avoir reçu les vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle (si vous n'avez pas déjà eu cette maladie). En cas de doute, vous pouvez consulter votre CSSS ou votre médecin traitant qui complétera votre vaccination si nécessaire.

Si vous prévoyez une grossesse ou devenez enceinte, il est aussi important de vous informer de votre statut en regard de la varicelle, de la rubéole et de l'érythème infectieux (cinquième maladie).

La prévention de la transmission des maladies infectieuses se fait aussi par l'application de mesures d'hygiène telles que se laver régulièrement les mains, utiliser des mouchoirs de papier lors de toux ou d'éternuements, éviter de partager des objets personnels, recouvrir les plaies d'un pansement, prendre les mesures pour éviter le contact avec le sang d'une autre personne. Ce sont des actions simples et efficaces pour tous.

DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE, IL FAUT VOUS RAPPELER QUE :

1. Si vous présentez une condition médicale particulière telles que la grossesse ou l'immunodépression, demandez à votre médecin quelles sont les maladies contagieuses qui posent un risque pour vous et avisez la direction de l'école. L'infirmière du CSSS en sera informée et pourra vous prévenir si des cas de ces maladies se présentent à l'école.
2. Si vous êtes malade et que vous consultez un médecin, il est important de vérifier auprès de celui-ci s'il s'agit d'une maladie contagieuse. Si tel est le cas, en aviser rapidement la direction de l'école (voir la liste des maladies à signaler au verso). L'infirmière du CSSS en sera informée et, si nécessaire, vous contactera pour avoir plus de renseignements et répondre à vos questions. Pour certaines maladies contagieuses, une exclusion du travail pourrait être indiquée jusqu'à la fin de la période de contagiosité.

Prévenir les maladies, c'est l'affaire de tous.

Merci de votre collaboration.

Infirmière du CSSS	Direction de l'école

☞ **Verso ....**

LISTE DES MALADIES À SIGNALER
À LA DIRECTION DE L'ÉCOLE

- Coqueluche
- Diphtérie
- Érythème infectieux (5e maladie)
- Gale
- Gastroentérite ou toxi-infection alimentaire
- Hépatite A
- Impétigo (pour l'école primaire seulement)
- Méningite (bactérienne ou virale)
- Oreillons
- Pédiculose (poux)
- Rougeole
- Rubéole
- Scarlatine ou pharyngite à streptocoque
- Infection à SARM (staphylocoque résistant à la méthicilline)
- *Tinea capitis* (teigne du cuir chevelu), *tinea corporis* (teigne corporelle)
- Tuberculose
- Varicelle (picote)
- Zona

Date: _____

TO TEACHING STAFF
TO NON-TEACHING STAFF
TO SUPPORT STAFF

RE.: INFECTIOUS DISEASES IN THE SCHOOLS

Infectious diseases are common in the schools and can impact health. Certain infectious diseases are contagious and can be transmitted from one person to another.

VACCINATION CONCERNS YOU

Vaccination is the best way to prevent certain diseases and to control their spread in the population.

You should have received vaccines against diphtheria, pertussis (whooping cough), tetanus, poliomyelitis, measles, German measles, mumps and chickenpox (if you have not already had this disease). If you are unsure, consult your CSSS or your doctor who will complete your vaccinations if necessary.

If you are planning to or become pregnant, it is also important to check your status in regard to chickenpox, German measles and erythema infectiosum (fifth disease).

Preventing the spread of infectious diseases also involves the application of hygiene measures such as washing your hands, using paper tissues when you cough or sneeze, avoiding sharing personal objects, covering wounds with a dressing, and taking measures to avoid contact with another person's blood. These are simple and effective actions that everyone can take.

DURING THE SCHOOL YEAR, REMEMBER THAT:

3. If you have a specific medical condition such as pregnancy or immunosuppression, ask your doctor which contagious diseases are dangerous for you and advise the school administration. The CSSS nurse will be informed and will be able to warn you if there is such a case in the school.
4. If you are ill and you consult a doctor, it is important to ask whether you have a contagious disease. If this is the case, please advise the school administration quickly (see the list of diseases to be reported on the reverse). The CSSS nurse will be informed and, if necessary, will contact you for more information and to answer your questions. For certain contagious diseases exclusion from the workplace may be required until the contagious period is over.

Preventing disease is everyone's business.

Thank you for your cooperation,

_____ _____

CSSS Nurse School Administration

.../2

LIST OF DISEASES TO BE REPORTED TO THE SCHOOL ADMINISTRATION

- Pertussis (whooping cough)
- Erythema infectiosum (5th disease)
- Scabies
- Hepatitis A
- Impetigo
- Mumps
- Pediculosis (lice)
- Measles
- German measles
- Chickenpox

ANNEXE II

Liste des interventions de l'école selon les maladies infectieuses

Liste des interventions de l'école selon les maladies infectieuses

Toutes ces maladies demandent une consultation médicale afin d'établir le diagnostic (sauf gastroentérite, toxi-infection alimentaire, pédiculose et varicelle)	**Signalement à l'école par les parents et le personnel**	**Signalement au CSSS par l'école** (transmission par téléphone ou télécopieur le jour même)
Coqueluche	X	X
Diphtérie	X	X
Érythème infectieux (5e maladie)	X	X
Gale	X	X
Gastroentérite ou toxi-infection alimentaire	X	Seulement si éclosion : deux cas ou plus ayant un lien entre eux, i.e. fratrie, même classe, même groupe scolaire, même service de garde, mêmes activités, etc.
Hépatite A	X	X
Impétigo	X	X (pour le primaire seulement)
Méningite (bactérienne ou virale)	X	X
Oreillons	X	X
Pédiculose (poux)	X	X
Rougeole	X	X
Rubéole	X	X
Scarlatine ou pharyngite à streptocoque	X	X
Infection à SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline)	X	Si deux cas d'infection à SARM ou plus dans la même classe, le même groupe ou dans la même équipe sportive
Teigne : *Tinea capitis* (cuir chevelu), *Tinea corporis* (corporel)	X	X
Tuberculose	X	X
Varicelle (picote)	X	X
Zona	X	X

➔ Aucune intervention systématique du milieu scolaire n'est nécessaire pour les maladies suivantes :

- amygdalite
- coxsackie (maladie mains-pieds-bouche)
- conjonctivite
- giardiase
- herpès (feu sauvage)
- influenza (grippe)
- *molluscum contagiosum*
- mononucléose infectieuse
- oxyurose (ver)
- pharyngite virale ou bactérienne
- rhume
- verrue

➔ Toutes les morsures animales ou humaines avec bris cutané, les plaies traumatiques et les expositions au sang doivent être évaluées par un médecin.

➔ La présence de chauve-souris dans l'environnement de l'école doit être signalée le plus tôt possible à l'infirmière du CSSS ou le service Info-Santé en son absence.

Source: « Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire », Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, juin 2009

ANNEXE III

Fiche de signalement d'une maladie infectieuse

Fiche de signalement d'une maladie infectieuse

/recto

À L'USAGE DE L'ÉCOLE

Liste des maladies à signaler au CSSS en indiquant le nom de la personne malade :

❒ Coqueluche	❒ Hépatite A	❒ Rougeole	❒ Tuberculose
❒ Diphtérie	❒ Impétigo (école primaire seulement)	❒ Rubéole	❒ Varicelle
❒ Érythème infectieux	❒ Méningite (bactérienne ou virale)	❒ Scarlatine ou pharyngite à streptocoque	❒ Zona
❒ Éclosion de gastroentérite[1] ou toxi-infection alimentaire	❒ Oreillons	❒ Infection à SARM[2]	
❒ Gale	❒ pédiculose	❒ Teigne (*tinea capitis, tinea corporis*)	

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : ❒ Féminin ❒ Masculin Date de naissance : ____ / ____ / ____
jour mois année

Adresse : _____
numéro rue ville code postal

Responsable à contacter : _____ ❒ Mère ❒ Père ❒ Autres _____

☎ Rés. : _____ Trav. : _____ Cell. : _____

École fréquentée : _____ Groupe : _____

Diagnostic médical : ❒ oui ❒ non

Nom du médecin consulté : _____ Tél. : _____

Nom de l'infirmière du CSSS : _____ Tél. : _____

Date : _____ Signature : _____
de la personne qui complète cette fiche

☞ **Verso ....**

---

[1] Éclosion : Seulement si deux cas ou plus ayant un lien entre eux, i.e. fratrie, même classe, même groupe scolaire, même service de garde, mêmes activités, etc.).

[2] Si deux cas ou plus dans la même classe, même groupe ou dans la même équipe sportive.

À L'USAGE DU CSSS

Liste des maladies à signaler à la DSP : **par télécopieur au (514-528-2461)**
par téléphone (514-528-2400; médecin de garde)

❒ Coqueluche (cas confirmé)	❒ Hépatite A	❒ Rubéole
❒ Diphtérie	❒ Méningite (bactérienne ou virale)	❒ Infection à SARM[3]
❒ Éclosion de gastroentérite[4] ou toxi-infection alimentaire	❒ Oreillons	❒ Tuberculose
❒ Gale	❒ Rougeole	

Tous les cas signalés à la DSP doivent avoir eu un diagnostic médical

Y a-t-il plus d'un cas de cette même maladie :

dans la même classe : ❒ Oui ❒ Non

Si oui, date de l'apparition du 1er cas : _____

dans l'école : ❒ Oui ❒ Non

Si oui, date de l'apparition du 1er cas : _____

Date : _____ Signature : _____

CSSS : _____ ☎ _____ _____ poste

N'OUBLIEZ PAS DE FAXER CETTE FEUILLE RECTO/VERSO.

---

[3] Si deux cas ou plus dans la même classe, même groupe ou dans la même équipe sportive.

[4] Éclosion : Seulement si deux cas ou plus ayant un lien entre eux, i.e. fratrie, même classe, même groupe scolaire, même service de garde, mêmes activités, etc.).

Source: « Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire », Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, juin 2009

ANNEXE IV

Liste des interventions du CSSS selon les maladies infectieuses

Aide-mémoire de l'infirmière

Liste des interventions du CSSS selon les maladies infectieuses

TOUTES CES MALADIES DEMANDENT UNE CONSULTATION MÉDICALE AFIN D'ÉTABLIR LE DIAGNOSTIC (sauf gastroentérite, toxi-infection alimentaire, pédiculose et varicelle)	SIGNALEMENT DES PARENTS ET DU PERSONNEL À L'ÉCOLE	SIGNALEMENT DU CSSS À LA DSP *(transmission par télécopieur le jour même)*	RETOUR À L'ÉCOLE	LETTRE AUX PARENTS ET AU PERSONNEL		RECOMMANDATIONS
				Si un cas validé	Si plusieurs cas validés (≥2)	
Coqueluche**	oui	oui Si cas confirmé	5 jrs. après le début de l'antibiotique ou 3 sem. après le début de la toux si non traitée			La DSP doit valider le cas. Si le cas est validé, intervention de la DSP selon le protocole.
Diphtérie **	oui	oui	Se référer au protocole			La DSP doit valider le cas. Si le cas est validé, intervention de la DSP selon le protocole.
Érythème infectieux (5e maladie)	oui	non	Pas d'exclusion	oui*		L'infirmière du CSSS doit valider le cas auprès des parents.
Gale	oui	oui	Après l'application du traitement			L'Infirmière doit vérifier auprès des parents si un dermatologue a été consulté pour le diagnostic. Aviser la DSP et intervention selon le protocole.
Gastroentérite ou toxi-infection alimentaire (seulement si deux cas ou plus ayant un lien entre eux)	oui	oui	48 heures après la fin des symptômes	non	oui	L'infirmière doit documenter la situation et aviser la DSP.
Giardiase	non	non	Pas d'exclusion			
Hépatite A**	oui	oui	7 jours après le début de la jaunisse			La DSP doit valider le cas. Si le cas est validé, intervention de la DSP selon le protocole.

* Une forme de communication autre que la lettre pourrait être privilégiée au niveau secondaire afin d'informer les élèves et leurs parents.

** Maladie à déclaration obligatoire selon le Règlement d'application de la «*Loi sur la santé publique*».

Source: « Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire », Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, juin 2009

TOUTES CES MALADIES DEMANDENT UNE CONSULTATION MÉDICALE AFIN D'ÉTABLIR LE DIAGNOSTIC (sauf gastroentérite, toxi-infection alimentaire, pédiculose et varicelle)	SIGNALEMENT DES PARENTS ET DU PERSONNEL À L'ÉCOLE	SIGNALEMENT DU CSSS À LA DSP *(transmission par télécopieur le jour même)*	RETOUR À L'ÉCOLE	LETTRE AUX PARENTS ET AU PERSONNEL		RECOMMANDATIONS
				Si un cas validé	Si plusieurs cas validés (≥2)	
Impétigo	oui Au primaire seulement	non	Aucune exclusion	non	oui Dans le groupe école primaire si les cas surviennent à l'intérieur de 10 jrs	L'infirmière du CSSS doit valider les cas auprès des parents. Aucune intervention au niveau secondaire.
Méningite (virale ou bactérienne**)	oui	oui	Méningite bactérienne : >24 heures après le début de l'antibiothérapie Méningite virale: aucune exclusion			La DSP doit valider le cas. Si le cas est validé et que l'infection est bactérienne (méningocoque), intervention de la DSP selon le protocole.
Oreillons**	oui	oui	5 jours après le début du gonflement			La DSP doit valider le cas. Si le cas est validé, intervention de la DSP selon le protocole.
Pédiculose (poux)	oui	non	Après la première application du traitement	Oui et selon protocole provincial		Si le cas est validé, intervention selon le protocole.
Rougeole**	oui	oui	4 jrs après le début de l'éruption			La DSP doit valider le cas. Si le cas est validé, intervention de la DSP selon le protocole.
Rubéole **	oui	oui	7 jrs après le début de l'éruption			La DSP doit valider le cas. Si le cas est validé, intervention de la DSP selon le protocole.
Infection à SARM	oui	Si deux cas ou plus dans la même classe, le même groupe ou dans la même équipe sportive	Aucune exclusion en général (gestion cas par cas)			L'infirmière doit aviser la DSP si deux cas ou plus dans la même classe, le même groupe ou la même équipe sportive.
Scarlatine ou pharyngite à streptocoque	oui	non	24 heures après le début de l'antibiothérapie	Oui*		

* Une forme de communication autre que la lettre pourrait être privilégiée au niveau secondaire afin d'informer les élèves et leurs parents.

** Maladie à déclaration obligatoire selon le Règlement d'application de la «*Loi sur la santé publique*».

Source: ·évention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire », Direction de santé pu· · de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, juin 2009

Liste des interventions du CSSS selon les maladies infectieuses

TOUTES CES MALADIES DEMANDENT UNE CONSULTATION MÉDICALE AFIN D'ÉTABLIR LE DIAGNOSTIC (sauf gastroentérite, toxi-infection alimentaire, pédiculose et varicelle)	SIGNALEMENT DES PARENTS ET DU PERSONNEL À L'ÉCOLE	SIGNALEMENT DU CSSS À LA DSP *(transmission par télécopieur le jour même)*	RETOUR À L'ÉCOLE	LETTRE AUX PARENTS ET AU PERSONNEL		RECOMMANDATIONS
				Si un cas validé	Si plusieurs cas validés (≥2)	
Teigne (*tinea capitis*), (*tinea corporis*)	oui	non	Après la première application du traitement	Oui*		
Tuberculose**	oui	oui	Exclusion aussi longtemps que l'agent infectieux est présent dans les sécrétions respiratoires			La DSP doit valider le cas. Si le cas est validé, intervention de la DSP selon le protocole.
Varicelle (picote)	oui	non	Aucune exclusion	Oui et à toute l'école*		L'infirmière du CSSS doit valider le cas auprès des parents.
Zona	oui	non	Aucune exclusion	Oui *		L'infirmière du CSSS doit valider le cas auprès des parents.

➔ **Toutes les morsures animales ou humaines avec bris cutané, les plaies traumatiques et les expositions au sang doivent être évaluées par un médecin.**

➔ **Si présence d'une chauve-souris dans l'environnement scolaire, aviser la DSP.**

* Une forme de communication autre que la lettre pourrait être privilégiée au niveau secondaire afin d'informer les élèves et leurs parents.

** Maladie à déclaration obligatoire selon le Règlement d'application de la «*Loi sur la santé publique*».

Source: « Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire », Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, juin 2009

- *Aucune intervention systématique du milieu scolaire n'est nécessaire pour les maladies suivantes :*

  - amygdalite
  - coxsackie (maladie mains-pieds-bouche)
  - conjonctivite
  - giardiase
  - herpès (feu sauvage)
  - influenza (grippe)
  - *molluscum contagiosum*
  - mononucléose infectieuse
  - oxyurose (ver)
  - pharyngite virale ou bactérienne (autre que celle due à streptocoque)
  - rhume
  - verrue

Les envois de lettres dans la classe ou l'école pour une maladie devront se faire au moins une fois dans une même période si un cas est validé. L'année scolaire est divisée en deux périodes, soit avant et après le premier janvier.

Si une maladie déjà signalée survient dans une période où des lettres ont été envoyées, seuls les jeunes (ou le personnel) ayant des problèmes de santé particuliers, dont les parents (ou eux-mêmes) ont avisé l'infirmière des maladies à risque pour leur jeune (ou eux-mêmes), selon les recommandations de leur médecin, seront rejoints.

Note: Au primaire, le terme groupe inclut la classe ou le service de garde auquel appartient le cas validé. Au secondaire, le terme groupe peut inclure tout le niveau selon la situation.

Source: « Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire », Direction de santé publique de l'Agence de la santé et es services sociaux de Montréal, juin 2009

ANNEXE V

Évaluation de situations particulières d'allure infectieuse

Évaluation de situations particulières d'allure infectieuse

Lorsque l'école avise l'infirmière d'une situation particulière, celle-ci doit recueillir des informations afin d'évaluer la situation. Voici une liste de questions qui devraient être documentées auprès des parents (pour quelques cas):

- À quel groupe appartiennent les enfants malades ? Y a-t-il un lien entre eux ? (exemple : mangent tous à la cafétéria de l'école ou ont participé à un repas commun ou à une sortie).
- Symptômes : date de début, durée, sont-ils tous malades en même temps ou à des journées différentes, en cascades ?
- Y a-t-il eu des enfants qui ont consulté un médecin ? Si oui, quel diagnostic l'enfant a-t-il reçu ?
- Y a-t-il eu hospitalisation ? S'il s'agit de gastroentérite, y a-t-il présence de sang dans les selles ? (gravité des symptômes).
- Ya-t-il eu prélèvement de selles ou autres ?
- Y a-t-il eu d'autres personnes de la famille qui ont présenté les mêmes symptômes avant lui ? Après lui ?
- Y a-t-il eu des travaux au niveau des conduites d'eau près de l'école ?

Ou toute autre question jugée pertinente par l'infirmière.

Lors d'une situation d'éclosion de gastroentérite, la grille de collecte de données disponible à l'annexe VI devrait être complétée par l'infirmière.

Source: « Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire », Direction de santé publique de l'Agence de la santé et es services sociaux de Montréal, juin 2009

ANNEXE VI

Outils d'information et d'interventions en situation de gastroentérite d'allure infectieuse

Évaluation de gastroentérites d'allure infectieuse

Lorsque l'école avise l'infirmière d'une situation particulière, celle-ci doit recueillir des informations afin d'évaluer la situation. Voici une liste de questions qui devraient être documentées auprès des parents (pour quelques cas) :

- À quel groupe appartiennent les enfants malades ? Y a-t-il un lien entre eux ? (exemple : mangent tous à la cafétéria de l'école ou ont participé à un repas commun ou à une sortie).
- Symptômes : date de début, durée, sont-ils tous malades en même temps ou à des journées différentes, en cascades ?
- Y a-t-il eu des enfants qui ont consulté un médecin ? Si oui, quel diagnostic l'enfant a-t-il reçu ?
- Y a-t-il eu hospitalisation ? Y a-t-il présence de sang dans les selles ? (gravité des symptômes).
- Y a-t-il eu prélèvement de selles ou autres ?
- Y a-t-il eu d'autres personnes de la famille qui ont présenté les mêmes symptômes avant lui ? Après lui ?
- Y a-t-il eu des travaux au niveau des conduites d'eau près de l'école ?

Ou toute autre question jugée pertinente par l'infirmière.

Lors d'une situation d'éclosion, la grille de collecte de données disponible à la page suivante devrait être complétée par l'infirmière.

Source : « Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, juin 2009

TABLEAU SYNOPTIQUE DES CAS (ÉLÈVES ET PERSONNEL) POUR UNE ÉCLOSION DE GASTROENTÉRITE EN ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Nom de l'établissement scolaire :	Date (année/mois/jour) :	Page : de :

Classe et personnel	Nom et prénom	Âge (ans)	Sexe (M, F)	Symptômes* (cocher)							Début de la maladie (mois/jour)	Durée de la maladie (heures)	Prélèvements B/V/P** (mois/jour)	Résultats des analyses	Consultation médicale	Autres malades dans la famille	Complications ou hospitalisation
				D	CA	N	V	F	C	A							

NOTE : Abréviations : D=Diarrhée; CA=Crampes abdominales; N=Nausées; V=Vomissements; F=Fièvre; C=Céphalées; A=Autres :_____

B/V/P=Prélèvements pour recherche bactérienne (B), virale (V) ou parasitaire (P)

Nom de l'infirmière :_____ Téléphone :_____ Télécopie :_____

CSSS :_____

Retourner à la fin de l'éclosion (au moins 96 heures après la fin des symptômes chez le dernier cas) à Direction de santé publique par télécopieur (MADO) au (514) 528 2461

:: « Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire », Directior .té publique de l'Agence de la santé et es services sociaux de Montréal, juin 2009

Tableau du nombre de nouveaux cas parmi les élèves et les employés par classe (ou par niveau, selon l'ampleur de l'éclosion) et par jour pour le suivi de l'éclosion*

Date (jour/mois)	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____
Classe_____							
Classe_____							
Classe_____							
Employés							
Total							

Date (jour/mois)	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____
Classe_____							
Classe_____							
Classe_____							
Employés							
Total							

NOTE : * Les données de ce tableau peuvent servir à établir la courbe épidémique (pour l'usage de l'infirmière scolaire).

Retourner à la fin de l'éclosion (96 heures après la fin des symptômes du dernier cas) à Direction de santé publique par télécopieur (MADO) au (514) 528 2461

Source: « Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire », Direction de santé publique de l'Agence de la santé et es services sociaux de Montréal, juin 2009

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec
Direction de santé publique

Éclosion de gastroentérite d'allure virale (Norovirus) en milieu scolaire : recommandations à l'intention de l'infirmière scolaire

Introduction

Le Norovirus (appelé auparavant virus Norwalk) constitue la cause la plus fréquente de gastroentérite infectieuse dans les pays industrialisés. Il peut infecter tous les groupes d'âge. Il n'induit pas d'immunité à long terme. La maladie se manifeste principalement durant la saison hivernale. Les éclosions de gastroentérite à Norovirus sont fréquentes dans les établissements de soins et dans les écoles.

Période d'incubation, tableau clinique et diagnostic

La période d'incubation est en général de 24 heures. La maladie débute soudainement par des vomissements et de la diarrhée. D'autres symptômes peuvent être présents : crampes abdominales, nausées, fièvre, céphalées. La maladie dure environ 12 à 60 heures. Le diagnostic de la maladie est habituellement clinique mais parfois des prélèvements de selles pour analyse microbiologique peuvent être utiles dans un contexte d'éclosion.

Réservoir et transmission

Le seul réservoir est le tractus gastro-intestinal humain. La transmission peut survenir par : 1) contact direct de personne à personne, surtout fécale orale; 2) des gouttelettes générées par les vomissements et projetées à distance; 3) contact avec les surfaces contaminées de l'environnement; 4) consommation d'eau et d'aliments contaminés par une personne malade.

La faible dose infectante (10-100 virus) et la stabilité du virus dans l'environnement (pendant plus d'une semaine) expliquent, en grande partie, la facilité avec laquelle ce virus se transmet dans une communauté ou un établissement scolaire.

Période de contagiosité

L'excrétion du virus dans les selles débute quelques heures avant l'apparition des symptômes et est maximale pendant la phase aiguë de la maladie. Elle peut se poursuivre pour au moins 48 heures après la fin des symptômes.

Retrait temporaire de l'école

Tous les élèves (ou les membres du personnel) ayant des symptômes de gastroentérite peuvent transmettre l'infection. Ils devraient, idéalement, être retirés de l'école pendant la phase symptomatique de la maladie et jusqu'à 48 heures après la fin des symptômes (diarrhée ou vomissements). Toutefois, la recommandation de retrait, jusqu'à 48 heures après la fin des symptômes (diarrhée ou vomissements), doit être appliquée rigoureusement pour les manipulateurs d'aliments malades.

Le retrait temporaire des personnes malades peut prévenir une éclosion ou en réduire l'ampleur. De plus, cette approche permet de réintégrer à l'école une personne guérie qui n'est plus une source d'infection pour les autres.

Signalement d'une éclosion

La direction de l'école (ou son répondant) doit informer l'infirmière en milieu scolaire ou le CSSS responsable s'il y a plusieurs cas de gastroentérite. Elle facilitera la mise en place des mesures préventives recommandées par l'infirmière en milieu scolaire ou le CSSS.

S'il y a effectivement une éclosion de gastroentérite infectieuse (plusieurs cas), l'infirmière en milieu scolaire ou un responsable du CSSS doit documenter la situation et aviser la Direction de santé publique.

Lavage des mains, nettoyage et désinfection de l'environnement

Un bon lavage des mains, un nettoyage et une désinfection adéquate de l'environnement sont essentiels pour prévenir et contrôler la propagation du Norovirus dans un établissement.

Lavage des mains

Le lavage des mains avec de l'eau et du savon (préférablement liquide) pendant au moins 15 secondes (puis rincer et bien assécher les mains) est le facteur le plus important pour prévenir la transmission des infections gastro-intestinales. Les élèves et les membres du personnel devraient se laver les mains après être allés à la toilette et avant de manger.

Si le lavage des mains avec de l'eau et du savon est impossible, l'usage d'un rince mains antiseptique contenant 70% ou plus d'alcool pendant un temps de contact d'environ 30 secondes peut réduire la contamination des mains par le Norovirus.

Nettoyage et désinfection de l'environnement

Si un enfant est malade à l'école, le placer à l'écart des autres élèves. Les maintenir à distance des vomissures ou de la diarrhée. Si un épisode de vomissements ou de diarrhée survient en classe, faire sortir les enfants jusqu'à ce que le nettoyage et la désinfection soient complétés.

Source: « Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire », Direction de santé publique de l'Agence de la santé et es services sociaux de Montréal, juin 2009

Il est recommandé de nettoyer, désinfecter et rincer les surfaces en portant une attention particulière aux toilettes et aux endroits contaminés.

- Le nettoyage et la désinfection des surfaces fréquemment touchées devraient être renforcés (ex. : poignées de porte, toilettes, poignées de la chasse d'eau, lavabos, poignées de robinets). Le nettoyage et la désinfection peuvent être requis plus d'une fois par jour, selon les circonstances.
- Le nettoyage et la désinfection des surfaces contaminées par des souillures ou des déversements (diarrhée, vomissements) doivent être effectués sans délai (avec une procédure en deux étapes). Idéalement, des gants et un tablier jetables devraient être disponibles pour protéger le personnel de l'entretien.
    - **Nettoyage.** Si nécessaire, couvrir soigneusement la substance avec des serviettes de papier absorbant de façon à limiter la dispersion. Porter une attention particulière au fait que les vomissements, par la projection de gouttelettes dans l'air, peuvent contaminer une grande surface. Disposer des déchets dans un sac en plastique. Les endroits souillés devraient être nettoyés avec de l'eau chaude et un détergent. Une fois le nettoyage complété, changer la tête de la vadrouille (première étape complétée).
    - **Désinfection.** Appliquer le produit désinfectant et laisser agir pendant une période suffisante. Par exemple, l'hypochlorite de sodium (eau de Javel domestique) est un agent désinfectant très efficace (à utiliser avec la prudence habituelle). Pour l'utiliser, il faut préparer une solution fraîchement diluée à 0,5 % (5000 ppm) et laisser la solution en contact avec les surfaces (humides) à désinfecter pendant 10 minutes. Procéder au nettoyage avec une nouvelle vadrouille (deuxième étape complétée).
- Retirer et jeter les gants et le tablier jetables et bien se laver les mains après avoir procédé au nettoyage et à la désinfection de surfaces contaminées.

Références

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire. Guide à l'intention des CLSC, des commissions scolaires et des directions d'école*, 2009.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Mesures de contrôle et prévention des éclosions de cas de gastroentérite infectieuse d'allure virale (Norovirus) à l'intention des établissements de soins*, 2005.

PUBLIC HEALTH LABORATORY SERVICE ADVISORY COMMITTEE ON GASTROINTESTINAL INFECTIONS. « Preventing person-to-person spread following gastrointestinal infections: guidelines for public health physicians and environmental health officers », *Communicable disease and public health*, vol. 7, n° 4, 2004, p. 362-384.

Feuille d'information pour le public

Prévention de la gastroentérite à Norovirus

Que sont les Norovirus ?

Les Norovirus appartiennent à une famille de virus (Norovirus, Norwalk, Norwalk-like) qui causent des gastroentérites.

Les virus sont des agents infectieux très différents des bactéries (ex. : *Salmonella* responsable de la Salmonellose ou *Shigella* responsable de la shigellose) ou des parasites (ex. : *Giardia* responsable de la giardiase) qui peuvent aussi causer des gastroentérites. D'abord, les virus sont beaucoup plus petits que les bactéries ou les parasites et, surtout, les antibiotiques n'ont aucun effet sur les virus.

Quelle est la maladie causée par les Norovirus ?

La maladie causée par les Norovirus a plusieurs appellations (ex. : gastroentérite virale épidémique, diarrhée virale) mais elle est, le plus souvent, appelée **gastroentérite virale**. La gastroentérite est une inflammation des parois de l'estomac et de l'intestin.

Est-ce que l'infection à Norovirus est grave ?

La gastroentérite causée par les Norovirus n'est généralement pas grave même si les personnes atteintes se sentent très malades à cause de la diarrhée et des vomissements. La très grande majorité des personnes malades se sentent mieux en un à deux jours, sans complication. Parfois, des personnes malades sont incapables de boire en quantité suffisante pour remplacer les pertes de liquide causées par les vomissements et les diarrhées. Ces personnes, principalement les jeunes enfants et les personnes âgées peuvent alors se déshydrater et nécessiter des soins médicaux.

Quels sont les symptômes causés par une infection à Norovirus ?

La gastroentérite à Norovirus a habituellement un début soudain. Les symptômes les plus souvent observés sont des nausées, des vomissements, de la diarrhée et des crampes abdominales. La fièvre, si elle est présente, est peu élevée. Parfois, des frissons, des maux de tête, des douleurs musculaires et de la fatigue peuvent être ressentis. Quelques personnes infectées par les Norovirus ne présentent aucun symptôme.

À quel moment les symptômes de l'infection à Norovirus apparaissent-ils ?

Les symptômes apparaissent habituellement de 24 à 48 heures après l'ingestion du virus.

Comment se transmet l'infection à Norovirus ?

Les Norovirus se transmettent facilement de personne à personne. Les selles diarrhéiques et les vomissures d'une personne malade contiennent de très grande quantité de Norovirus. Lors des vomissements, de fines gouttelettes projetées dans l'air peuvent se déposer sur des surfaces environnantes et les contaminer. Des aliments et des boissons peuvent être contaminés directement par les mains contaminées d'une personne malade ou indirectement par contact avec une surface contaminée. Les Norovirus sont très stables dans l'environnement : ils peuvent conserver leur pouvoir infectieux même s'ils sont exposés à la congélation ou à un chauffage à 60°C (140°F).

Une personne peut s'infecter de plusieurs façons :

- En ayant un contact direct avec une personne malade (ex. : prendre soin d'une personne malade, partager des aliments, des boissons ou des ustensiles avec elle).
- En touchant des surfaces ou des objets contaminés par des Norovirus et en portant ensuite ses doigts à la bouche (ex. : surfaces, poignées ou robinets contaminés de la salle de toilette);
- En mangeant des aliments ou en buvant des liquides contaminés par des Norovirus (ex. : un manipulateur d'aliments malade qui contamine les aliments ou les boissons).

Pendant combien de temps les personnes malades peuvent-elles transmettre l'infection ?

Les personnes infectées par les Norovirus peuvent transmettre l'infection dès le début des symptômes jusqu'à au moins 48 heures après leur fin. Parfois, chez certaines personnes ayant été malades, des Norovirus restent présents dans leurs selles jusqu'à deux semaines après l'arrêt des symptômes. Par conséquent, le lavage des mains est primordial, pendant toute cette période, pour toute personne qui fait une gastroentérite surtout après être allée à la toilette, avant de préparer un repas et avant de manger.

Qui peut être infecté par les Norovirus ?

N'importe qui peut être infecté par les Norovirus. L'immunité causée par les Norovirus est de très courte durée. Par conséquent, une personne peut se réinfecter et faire une gastroentérite à Norovirus plus d'une fois au cours de sa vie.

Quels sont les traitements disponibles pour les Norovirus ?

Aucune médication antivirale n'existe actuellement pour traiter les infections à Norovirus ni de vaccin pour prévenir l'infection. Les antibiotiques, utiles pour combattre les infections causées par des bactéries, sont inefficaces contre les Norovirus.

Il est important que la personne malade prenne beaucoup de liquide pour prévenir la déshydratation : eau avec un peu de sel et de sucre (comme les boissons dites sportives ou autres produits qu'on trouve en pharmacie), jus, soupe claire ou plus consistante selon la tolérance.

Peut-on prévenir les infections à Norovirus ?

Il est possible de prévenir les infections à Norovirus en appliquant les différentes mesures suivantes :

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon pendant au moins 15 secondes et bien les assécher, surtout après être allé à la toilette, après avoir changé une couche, pris soin d'une personne faisant une gastroentérite ou nettoyé les espaces et objets souillés, avant de préparer un repas ou de manger ;
- Laver avec soin les fruits et les légumes;
- Bien nettoyer puis désinfecter les surfaces contaminées immédiatement (ex. : vomissures, selles diarrhéiques) en utilisant l'eau de Javel (solution composée d'une partie d'eau de Javel commerciale à 5 ou 6 % pour 9 parties d'eau) (à utiliser avec la prudence habituelle);
- Retirer immédiatement et nettoyer, à l'eau chaude avec un détergent, les vêtements, les draps ou autres tissus souillés par une personne faisant une gastroentérite;
- Éliminer dans la toilette les vomissures et les selles diarrhéiques et s'assurer que la zone environnante est toujours propre.

Les personnes infectées par des Norovirus et, tout particulièrement les manipulateurs d'aliments, ne devraient pas préparer d'aliments pendant qu'ils présentent des symptômes et pour au moins 48 heures après la fin des symptômes. Les aliments qui ont pu être contaminés par une personne malade, doivent être jetés. Il est très important de respecter le lavage des mains en tout temps et, notamment, dans les semaines qui suivent une gastroentérite à Norovirus.

_____	_____	_____
Infirmière scolaire	Téléphone	Date

[**Source :** le présent document a été adapté de : CDC answers your questions about Norovirus, CDC answers your questions about Norovirus and food handlers, 2004 par la Direction de santé publique de Montréal, janvier 2005]

Prevention of Norovirus infection (viral gastroenteritis)

What are Noroviruses?

Noroviruses belong to a family of viruses (Norovirus, Norwalk, Norwalk-like) that cause gastroenteritis (or stomach flu).

These viruses are infectious agents that are very different from bacterial agents (e.g. *Salmonella*, which causes Salmonellosis, or *Shigella,* which causes shigellosis) or parasites (e.g. *Giardia,* which causes giardiasis) that can also cause gastroenteritis. Viruses are much smaller than bacteria or parasites and are not affected by treatment with antibiotics.

What is the name of the illness caused by Noroviruses?

The illness cause by Noroviruses has several names (e.g. epidemic viral gastroenteritis, viral diarrhoea) but most of the time it is called **viral gastroenteritis**. Gastroenteritis is an inflammation of the stomach and intestines.

Is Norovirus infection serious?

Gastroenteritis caused by Noroviruses is usually not serious, although people may feel very sick because of the diarrhoea and vomiting. Most people feel better within a day of two and have no complications. Sometimes, people who are sick are unable to drink enough to replace the liquids they lost because of vomiting and diarrhoea. These people, usually young children and the elderly, can become dehydrated and need medical care.

What are the symptoms caused by Norovirus infection?

Norovirus gastroenteritis often begins suddenly. The most common symptoms are nausea, vomiting, diarrhoea and stomach cramps. If there is fever, it is often low-grade. Sometimes people also have chills, headaches, muscle aches and a sense of tiredness. Some people who are infected with Noroviruses have no symptoms at all.

When do symptoms of Norovirus infection appear?

Symptoms usually appear 24 to 48 hours after ingestion of the virus.

How does Norovirus infection spread?

Noroviruses spread easily from person to person. Large quantities of Norovirus are found in the diarrhoeal stool and vomit of a person who is sick. When the person vomits, small droplets are projected into the air and can land on nearby surfaces and contaminate them. Food and liquids can be directly contaminated by the hands of a person who is sick, or indirectly contaminated through contact with a contaminated surface. These viruses are relatively stable in the environment and can survive freezing and heating to 60°C (140°F).

A person can become infected in several ways:

- By having direct contact with someone who is sick (e.g. caring for someone who is sick, sharing food, drinks or utensils with a sick person).
- By touching surfaces or objects contaminated by Noroviruses (e.g. contaminated surfaces, doorknobs or taps in the bathroom) and then putting his or her fingers in the mouth;
- By eating food or drinking liquids contaminated with Noroviruses (e.g. a food handler who is sick and contaminates food or drinks).

For how long can people who are sick spread the infection?

People infected with Noroviruses can spread the virus from the moment they have symptoms until at least 48 hours after they recover. Sometimes people who have been sick can be contagious for up to two weeks after their symptoms disappear because the virus stays in the stool. Therefore, it is very important for people who have had gastroenteritis to wash their hands very well during this whole period, especially after going to the toilet, before preparing a meal and before eating.

Who can get Noroviruses?

Anyone can become infected with Noroviruses. The immunity that develops following a Norovirus episode lasts just a short while. Therefore, a person can become reinfected and have Norovirus gastroenteritis more than once during a lifetime.

What treatment is available for Noroviruses?

Currently, there is no antiviral medication available to treat Norovirus infections and no vaccine to prevent the infection. Antibiotics, which are used to fight bacterial infections, do not work against Noroviruses.

It is important that a person with Norovirus illness drinks a lot of fluids to prevent dehydration: water with a bit of salt and sugar (like sports drinks or other products sold in pharmacies), juices, broths or thicker soups, if tolerated.

Can Norovirus infections be prevented?

Norovirus infections can be prevented by applying the following measures:

- Wash hands with soap and water for at least 15 seconds and dry them well, especially after going to the toilet, changing a diaper, caring for someone with gastroenteritis or cleaning soiled objects or places, and before preparing or eating a meal;
- Wash fruit and vegetables carefully;
- Thoroughly clean and disinfect contaminated surfaces (e.g. vomit, diarrhoeal stools) by using bleach (mix a solution of one part 5% or 6% commercial bleach to 9 parts water) (use with habitual precautions);
- Immediately remove clothing, sheets or other linens soiled by a person with gastroenteritis and wash these items in hot water and detergent;
- Flush any vomit and diarrhoeal stool and make sure the surrounding area is always kept clean.

People infected with Noroviruses, and especially food handlers, should not prepare food while they have symptoms and for at least 48 hours after symptoms disappear. Food that may have been contaminated by a person who is sick should be thrown out. It is very important to follow good hand washing practices at all times, especially in the weeks following an episode of Norovirus gastroenteritis.

_____	_____	_____
School nurse	Telephone	Date

[**Source:** this document is adapted from: CDC answers your questions about Norovirus, CDC answers your questions about Norovirus and food handlers, 2004 by the Montreal Public Health Department, January 2005]

ANNEXE VII

Listes des maladies à déclaration obligatoire (MADO)

- *Par le médecin*
- *Par le laboratoire*

Liste des maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire (MADO)

Médecins

Maladies à surveillance extrême

À déclarer d'urgence par téléphone ou par télécopieur simultanément au directeur national de santé publique et au directeur de santé publique de votre territoire et à confirmer par écrit dans les 48 heures.

- Botulisme
- Choléra
- Fièvre jaune
- Fièvres hémorragiques virales*
  (ex.: fièvre Ébola, fièvre de Marburg, fièvre de Crimée-Congo, fièvre de Lassa)
- Maladie du charbon (anthrax)
- Peste
- Variole

À déclarer dans les 48 heures au directeur de santé publique de votre région.

Les caractères gras dans la liste ci-dessous indiquent les maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoires (MADO) récemment ajoutées.

Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse

Babésiose*
Brucellose*
Chancre mou
Coqueluche
Diphtérie
Éclosion à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)
Éclosion au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)
Encéphalite virale transmise par arthropodes* (ex.: VNO, dengue)
Fièvre Q*
Fièvre typhoïde ou paratyphoïde
Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée
Granulome inguinal
Hépatites virales* (ex.: VHA, VHB, VHC)
Infection à *Chlamydia trachomatis***Infection à Hantavirus**
Infection à Plasmodium (malaria)*
Infection gonococcique
Infection invasive à *Escherichia coli*
Infection invasive à *Hæmophilus influenzæ*
Infection invasive à méningocoques
Infection invasive à streptocoques du groupe A
Infection invasive à *Streptococcus pneumoniæ* (pneumocoque)
Infection par le VIH seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus*
Infection par le virus du Nil occidental*
Légionellose
Lèpre
Lymphogranulomatose vénérienne
Maladie de Chagas*
Maladie de Creutzfeldt-Jakob et ses variantes*
Maladie de Lyme*
Oreillons
Paralysie flasque aiguë
Poliomyélite
Psittacose
Rage*
Rougeole
Rubéole
Rubéole congénitale
Sida: seulement si la personne atteinte a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus*
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
Syphilis*
Tétanos
Toxi-infection alimentaire et hydrique
Trichinose
Tuberculose* ◆
Tularémie
Typhus

Maladies à déclaration obligatoire d'origine non-infectieuse

Amiantose
Angiosarcome du foie
Asthme dont l'origine professionnelle a été confirmée par un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires
Atteinte broncho-pulmonaire aiguë d'origine chimique (bronchiolite, pneumonite, alvéolite, bronchite, syndrome d'irritation bronchique ou œdème pulmonaire)
Atteinte des systèmes cardiaque, gastro-intestinal, hématopoïétique, rénal,pulmonaire ou neurologique lorsque le médecin a des motifs sérieux de croire que cette atteinte est consécutive à une exposition chimique d'origine environnementale ou professionnelle par les:
- **Alcools (ex.: alcool isopropylique, alcool méthylique)**
- **Aldéhydes (ex.: formaldéhyde)**
- **Cétones (ex.: acétone, méthyle éthyle cétone)**
- **Champignons (ex.: amanites, clitocybes)**
- **Corrosifs (ex.: acide fluorhydrique, hydroxyde de sodium)**
- **Esters (ex.: esters d'acides gras éthoxylés)**
- **Gaz et asphyxiants (ex.: monoxyde de carbone, hydrogène sulfuré, acéthylène)**
- **Glycols (ex.: éthylène glycol)**
- **Hydrocarbures et autres composés organiques volatils (ex.: aliphatique, aromatique, halogéné, polycyclique)**
- **Métaux et métalloïdes (ex.: plomb, mercure)**
- **Pesticides (ex.: insecticides organophosphorés et carbamates)**
- **Plantes (ex.: datura, stramoine, digitale)**

Bérylliose
Byssinose
Cancer du poumon lié à l'amiante, dont l'origine professionnelle a été confirmée par un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires
Mésothéliome
Silicose

---

* **Le médecin doit fournir les renseignements sur les dons et réceptions de sang, produits sanguins, tissus ou organes.**

◆ **Maladie à traitement obligatoire (MATO)**

Québec

Liste des renseignements à fournir pour déclarer une MADO à la direction de santé publique selon l'article 6 du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique :

- le nom de la MADO ;
- le nom, le sexe, l'occupation, la date de naissance, l'adresse incluant le code postal, le numéro de téléphone et le numéro d'assurance maladie de la personne atteinte ;
- la date du début de la maladie ;
- la date des prélèvements et le(s) nom(s) des laboratoire(s) qui procèderont aux analyses le cas échéant ;
- pour les infections transmissibles par les produits humains (cf liste) : les informations sur les dons de sang, d'organes ou de tissus faits par la personne atteinte et les informations sur le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus reçus par la personne atteinte ;
- pour la déclaration d'un cas de syphilis : information sur le stade de la maladie (primaire, secondaire, latente de moins ou plus d'un an, congénitale, tertiaire ou d'une autre forme) ;
- l'information sur le médecin qui fait la déclaration (nom, numéro de permis d'exercice, numéros de téléphone où il peut être rejoint) ;
- la date de la déclaration.

La déclaration d'une MADO peut être faite à l'aide du formulaire AS-770 qui est disponible auprès de la direction de santé publique du territoire ou sur le site **www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub**

03-268-05

Santé
et Services sociaux
Québec

Liste des maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire (MADO)

Laboratoires

Maladies à surveillance extrême

À déclarer d'urgence par téléphone ou par télécopieur simultanément au directeur national de santé publique et au directeur de santé publique de votre territoire et à confirmer par écrit dans les 48 heures.

- Botulisme
- Choléra
- Fièvre jaune
- Fièvres hémorragiques virales
  (ex.: fièvre Ébola, fièvre de Marburg, fièvre de Crimée-Congo, fièvre de Lassa)
- Maladie du charbon (anthrax)
- Peste
- Variole

À déclarer dans les 48 heures au directeur de santé publique de votre région.

Les caractères gras dans la liste ci-dessous indiquent les maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoires (MADO) récemment ajoutées.

Maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse

Amibiase
Babésiose
Brucellose
Chancre mou
Coqueluche
Cryptosporidiose
Cyclosporose
Diphtérie
Encéphalite virale transmise par arthropodes (ex.: VNO, dengue)
Fièvre Q
Fièvre typhoïde ou paratyphoïde
Gastro-entérite à *Yersinia enterolitica*
Giardiase
Granulome inguinal
Hépatites virales
Infection à *Campylobacter*
Infection à *Chlamydia trachomatis*
Infection à *Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine
Infection à Hantavirus
Infection à HTLV type I ou II
Infection à Plasmodium
Infection au *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine (SARV)
Infection gonococcique
Infection invasive à *Escherichia coli*
Infection invasive à *Hæmophilus influenzæ*
Infection invasive à méningocoques
Infection invasive à streptocoques du groupe A
Infection invasive à *Streptococcus pneumoniæ*
Infection par le virus du Nil occidental
Légionellose
Lèpre
Leptospirose
Listériose
Lymphogranulomatose vénérienne
Maladie de Chagas
Maladie de Lyme
Oreillons
Poliomyélite
Psittacose
Rage
Rougeole
Rubéole
Salmonellose
Shigellose
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
Syphilis
Tétanos
Trichinose
Tuberculose
Tularémie
Typhus

Maladies à déclaration obligatoire d'origine non-infectieuse

Intoxications par des substances chimiques faisant partie des classes suivantes, lorsque les résultats de mesures d'indicateur biologique obtenus indiquent une valeur anormalement élevée qui dépasse les seuils reconnus en santé publique :

- **Alcools (ex. : alcool isopropylique, alcool méthylique)**
- **Cétones (ex. : acétone, méthyle éthyle cétone)**
- **Esters (ex. : esters d'acides gras éthoxylés)**
- **Gaz et asphyxiants (ex. : monoxyde de carbone, hydrogène sulfuré, acéthylène)**
- **Glycols (ex. : éthylène glycol)**
- **Hydrocarbures et autres composés organiques volatils (ex. : aliphatique, aromatique, halogéné, polycyclique)**
- **Métaux et métalloïdes (ex. : plomb, mercure)**
- **Pesticides (ex. : insecticides organophosphorés et carbamates)**

Québec

Liste des renseignements à fournir pour déclarer une MADO à la direction de santé publique selon l'article 7 du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique :

- le nom de la MADO ;
- le type de prélèvement, le site où il a été prélevé, la date où il a été fait, les analyses effectuées et les résultats obtenus ;
- le nom et le numéro du permis d'exercice du professionnel de la santé qui a demandé l'analyse ;
- le nom, le sexe, la date de naissance, l'adresse incluant le code postal, le numéro de téléphone et le numéro d'assurance maladie de la personne sur qui on a effectué le prélèvement ;
- le nom du laboratoire ou du département de biologie médicale et son adresse ;
- le nom de la personne qui déclare et les numéros de téléphone où elle peut être rejointe ;
- la date de la déclaration.

La déclaration d'une MADO peut être faite à l'aide du formulaire AS-772 qui est disponible auprès de la direction de santé publique du territoire ou sur le site **www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub**

03-268-02

Santé et Services sociaux Québec

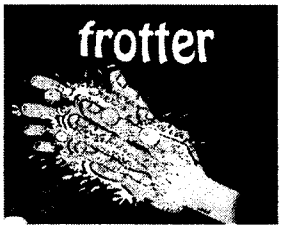
ANNEXE VIII

Technique de lavage des mains

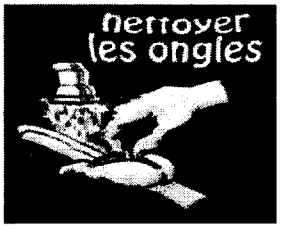
Technique de lavage des mains

1 Enlever montre et bijoux (idéalement)
Mouiller les mains et les poignets sous l'eau courante

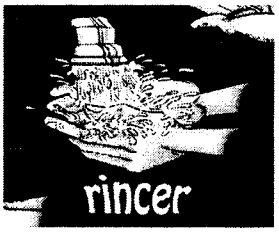
2 Ajouter du savon (3 à 5 ml ou de la grosseur d'un dollar)



3 Frotter vigoureusement les mains paume contre paume et ensuite
Frictionner le dos de chaque main et les poignets
Entrelacer les doigts et faire des mouvements d'avant-arrière



4 Frotter le bout des doigts dans la paume de la main opposée



5 Rincer abondamment sous l'eau courante

6 Bien assécher les mains et les poignets avec du papier

7 Utiliser le papier pour fermer le robinet

Source: « Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire », Direction de santé publique de l'Agence de la santé et es services sociaux de Montréal, juin 2009

Images tirées de l'affiche du MAPAQ

ANNEXE IX

Affiche sur le lavage des mains (MAPAQ)

NOTE

Pour se procurer l'affiche sur le lavage des mains, produite par le MAPAQ, : téléphone : 1 (800) 463-5023, par courriel (dga.mapaq.gouv.qc.ca) ou par télécopieur : 1 (418) 380-2169

Numéro de publication : 06-0189

Bon de commande pour les outils sur l'hygiène

mouiller
savonner
frotter
La propreté
au bout des doigts!
nettoyer
les ongles
rincer
sécher
fermer
avec du papier
Agriculture, Pêcheries
et Alimentation
Québec

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec
Direction de santé publique

BON DE COMMANDE

Les versions imprimées des documents de ce bon de commande
sont disponibles uniquement pour les établissements et organismes de MONTRÉAL

Idem mais pour le secondaire

Idem mais pour le secondaire

1 2 3 4

D'autres outils peuvent être disponibles pour les **pré-maternelles** : ces outils sont disponibles sur le site du MFA (Ministère de la famille et des ainés) :

1. Atchoum : http://www.mfa.gouv.qc.ca/ministere/formulaires-et-publications/index.asp?categorie=1203105&type=&page=2
2. Ouste les microbes: (affiche sur le lavage des mains): http://www.mfa.gouv.qc.ca/ministere/formulaires-et-publications/index.asp?categorie=1203105&type=&page=3

RÉFÉRENCE	MATÉRIEL DISPONIBLE		AUTEUR	FRANÇAIS	ANGLAIS
1	**Affiche**	«Fais la lutte aux microbes » (enfants d'âge scolaire niveau primaire)	**ASSS Mtl**		
2	**Dépliant**	«Fais la lutte aux microbes » (enfants d'âge scolaire niveau primaire)	**ASSS Mtl**		
3	**Affiche**	«Fais la lutte aux microbes » (enfants d'âge scolaire niveau secondaire)	**ASSS Mtl**		
4	**Dépliant**	«Fais la lutte aux microbes » (enfants d'âge scolaire niveau secondaire)	**ASSS Mtl**		

Nom : _____

Établissement : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Téléphone :

Courriel :

Effectuer votre commande par télécopieur : (514) 528-2453

Note : Vous pouvez utiliser les fichiers PDF disponibles sur notre site Internet à http://www.santepub-mtl.qc.ca/

ANNEXE X

Désinfection des flûtes dans les écoles

Québec
Institut national
de santé publique
du Québec

Montréal, le 22 mars 2001

Désinfection des flûtes dans les écoles

Il a été demandé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) de produire une opinion scientifique sur le risque biologique posé par le prêt de flûtes dans les écoles ainsi que sur les procédures de désinfection qui pourraient être appliquées à ces instruments, en particulier sur le désinfectant « TWIGG ».

Afin de répondre à cette demande, une recherche d'articles scientifiques pertinents et publiés dans les 10 dernières années a été réalisée. Deux banques documentaires accessibles via internet ont été consultées (National Library of Medicine, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/ et Hardin Library for the Health Sciences de l'Université d'Iowa. De plus une consultation a été faite auprès de madame Ramona Rodrigues, infirmière experte en contrôle d'infections du CH Lakeshore et du Comité de prévention des infections dans les centres de la petite enfance du Québec. À la lumière de cette révision et consultation, selon mes connaissances en microbiologie et en santé publique voici notre avis :

Considérant que :

- le coût des flûtes musicales d'usage scolaire est bas et raisonnablement abordable (environ 10 $ l'unité) pour la majorité de parents des élèves;
- le prêt de flûtes musicales aux élèves du primaire a été introduit par une commission scolaire de la région de Chaudières-Appalaches.
- les instruments seront retournés par les élèves à la fin de l'année scolaire. Ce même instrument sera alors prêté à un nouvel élève l'année suivante;
- le risque de contamination des flûtes par des pathogènes bactériens et viraux qui pourraient être présents dans la salive et les sécrétions respiratoires de personnes infectées est réel;
- les agents pathogènes qui peuvent se trouver dans la salive et les sécrétions respiratoires d'écoliers infectés sont : Rhinovirus, parvovirus B19, cytomégalovirus, virus varicella-zoster, *Staphylococcus aureus*, streptocoque

bêta-hémolytique du groupe A, *Haemophilus influenzae* de type b, *Pseudomonas aeruginosa*, *Neisseria meningitidis*. D'autres pathogènes viraux ou bactériens sont possibles mais ils dépendront de la prévalence de l'infection dans un lieu et dans un temps donné;

- le rôle des flûtes en tant que véhicule de transmission de microorganismes potentiellement pathogènes d'une personne à une autre est inconnu;
- la présence de contaminants pathogènes sur les flûtes ne signifie pas qu'une infection sera transmise. Il existe plusieurs facteurs qui peuvent influencer la transmission ou non d'une infection par cette voie. On peut mentionner, l'inoculum, la durée de survie et la virulence de l'agent, la durée d'exposition à la flûte contaminée, la présence de facteurs endogènes antiviraux dans la muqueuse orale (anticorps spécifiques, mucine, thrombospondine, protéines solubles, protéases sécrétoires leucocytaires et autres molécules inhibitrices);
- la période des vacances d'été (environ 10 semaines) est de loin supérieure à la durée de survie des microorganismes pathogènes sur la surface du matériel (plastique) des flûtes;
- le contrôle de la transmission des agents pathogènes présents dans les flûtes contaminées est possible par des procédures de nettoyage et de désinfection disponibles et accessibles à des coûts raisonnables. Ces procédures pourraient être appliquées au début, pendant et à la fin de l'année scolaire;

Nous sommes d'avis, dans ce dossier, de suivre les recommandations suivantes :

1. limiter le prêt des flûtes à des élèves qui pour des raisons socio-économiques ne sont pas en mesure d'acheter un de ces instruments;

2. les flûtes prêtées ne devront jamais être partagées entre les élèves à l'intérieur d'une session ou d'une année scolaire;

3. le nettoyage des instruments avec de l'eau et du savon liquide devrait être fait régulièrement avant et après chaque usage;

4. la désinfection des flûtes devra toujours être faite au début et à la fin de l'année scolaire. Pendant l'année scolaire, une fois par semaine ou au moins deux fois par mois serait acceptable;

5. le désinfectant recommandé est la solution d'eau javellisée à une concentration de 1/10 (1 partie d'eau de Javel 5 à 6 % avec 9 parties d'eau). La procédure de désinfection est la suivante : rinçage à l'eau courante, nettoyage avec de l'eau et du savon s'il y a présence de détritus ou d'autres matières organiques ou saletés visibles, deuxième rinçage, désinfection avec la solution d'eau javellisée (durée d'exposition de 2 à 5 minutes selon le type ou la quantité de saleté visible), troisième rinçage;

6. d'autres désinfectants pourraient aussi être utilisés, il faut alors suivre les indications du fabricant (dilution et temps d'exposition au désinfectant). Le germicide Twigg vendu pour la désinfection des instruments à vent peut être envisagé. J'ai essayé d'obtenir la fiche de composition du produit auprès du distributeur à Montréal. On m'a fourni par fax seulement les ingrédients actifs (di-isobutylphenoxyethoxyeethyl dimethyl benzyl ammonium chloride 0,06 % et ingrédients inertes 99,94 %). Il s'agit d'un ammonium quaternaire très efficace pour la plupart des contaminants pathogènes décrits, ci-dessus. En plus, aux dilutions recommandées on peut le considérer sécuritaire pour les humains car l'ammonium quaternaire est utilisé dans la désinfection de l'équipement pour la fabrication des aliments. Il faut rincer et nettoyer les instruments avant d'utiliser ce type de désinfectant car comme la plupart des produits de cette catégorie, il peut être inactivé par la présence de matériel organique (protéines) et secrétions. La durée d'exposition recommandée pour la désinfection est de 10 minutes. Il ne faut pas oublier de rincer après la période de désinfection.

Julio C. Soto

Julio C. Soto MD, PhD

Conseiller scientifique

JS/dl-md

RÉFÉRENCES

1. Barbeau J, Ten Bokum L, Gauthier C, Prevost AP. Cross-contamination potential of salive ejectors used in dentistry. J Hosp Infect 1998; 40(4) :303-311.

2. Chin, J. Control of Communicable Diseases Manual. 17th. Edition. APHA, 2000.

3. Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde. Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance. Guide d'intervention. 2ème édition. Les publications du Québec. 1998.

4. Leung WK, Sung JJ, Ling TK, Siu KL, Cheng AF. Use of chopsticks for eating and Helicobacter pylori infection. Dig Dis Sci 1999; 44(6): 1173-1176.

5. Mejicano GC, Maki DG. Infections acquired during cardiopulmonary resuscitation : estimating the risk and defining strategies for prevention. Ann Intern Med 1998; 129(10): 813-828.

6. Rice PS, Cohen BJ. A school outbreak of parvovirus B19 infection investigated using salivary antibody assays. Epidemiol Infect 1996; 116(3): 331-338.

7. Infection control: the role of disinfection and sterilization. J Hosp Infect. 1999; 43: Suppl: S43-55.

8. Antimicrobial activity of home disinfectants and natural products against potential human pathogens. Infect Control Hosp Epidemiol. 2000; 21(1): 33-8.

9. Shugars DC, Endogenous mucosal antiviral factors of the oral cavity. J Infect Dis 1999; 179 Suppl 3 :S431-S435.

10. TWIGG Germicide. Les instruments de musique TWIGG Inc. 1230, St-Hubert, Montréal, Qc H2L 3Y7 Tél. : (514) 843-3593 et 675, Boul. Charest Est, Québec, Qc G1K 3J5 Tél. : (418) 649-0926.

ANNEXE XI

Différence entre rhume et grippe

TABLEAU DE COMPARAISON ENTRE LES SYMPTÔMES DU RHUME ET DE L'INFLUENZA

SYMPTÔMES	RHUME	INFLUENZA (Grippe)
Fièvre	Rare	Habituellement forte (38 – 40 °C); apparition soudaine, dure de 3 à 4 jours
Maux de tête	Rares	Importants
Douleurs généralisées	Bénignes	Courantes, parfois aiguës
Fatigue et faiblesse	Peu importantes	Extrêmes, peuvent durer jusqu'à un mois
Épuisement	Jamais	Rapide et important
Écoulement nasal	Courant	Courant
Éternuements	Courants	Exceptionnels
Maux de gorge	Courants	Courants
Douleurs thoraciques, toux	Faibles à modérées, toussotements	Courantes, peuvent devenir persistantes
Complications	Congestion des sinus ou maux d'oreilles	Bronchite, pneumonie ; peuvent mettre la vie en danger

Source : Adapté de l'Association pulmonaire du Québec, 2004

ANNEXE XII

Thérapies pédiculicides

Institut national de santé publique du Québec

Mise à jour de l'Institut national de santé publique concernant la thérapie pédiculicide au 1-3-2008

Nathalie Marceau, pharmacienne, M. Sc., CSSSL, Hôpital Cité-de-la-Santé de Laval

information

formation

recherche

coopération internationale

INTRODUCTION

La pédiculose est un problème commun chez les enfants de 3 à 12 ans. Le nombre d'infestations semble augmenter ainsi que les rapports sur le terrain de l'émergence d'une résistance aux pédiculicides conventionnels[1]. Par ailleurs, depuis la publication du protocole d'intervention sur la pédiculose du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (juillet 2000) et de sa mise à jour (TCNMI, août 2002) des nouveaux pédiculicides ont été introduits et d'autres ont cessé d'être distribués. Devant ce contexte, l'Institut national de santé publique (INSPQ) a reçu la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses de faire une révision de la thérapie contre les poux de tête. Le présent document fait état de cette révision.

1. Burkhart CG. « Relationship of treatment-resistant head lice to the Safety and efficacy of pediculicides. » *Mayo Clin Proc* 2004; 79 :661-6.

Québec

RÉVISION DE LA THÉRAPIE

Actuellement, le protocole d'intervention sur la pédiculose du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec[2] recommande en première ligne de traitement la perméthrine 1 % (Nix[MD], Kwellada-P[MD]) et en deuxième ligne de traitement les pyréthrines naturelles synergisées par le butoxide de pipéronyle (Pronto[MD], R&C[MD]).

Les pyréthrines synergisées par le butoxide de pipéronyle, la perméthrine et le lindane, ont tous fait l'objet d'une résistance au traitement pédiculicide. Cependant, au Canada, on ne connaît pas l'ampleur du problème puisque aucune étude contrôlée ne semble avoir été effectuée sur le sujet. De plus, comme l'utilisation d'un pédiculicide varie selon les régions, la résistance suspectée dans une région donnée n'émerge pas nécessairement ailleurs. Par ailleurs, il a aussi été rapporté que les échecs au traitement attribués à la résistance peuvent être causés par d'autres facteurs tels qu'un mauvais diagnostic, le non respect des indications d'administration, la présence de d'autres contacts infestés, etc.[3,4].

Les pyréthrines naturelles et synthétiques dérivent des fleurs de chrysanthèmes. Leur action pédiculicide est due à une modification du fonctionnement des canaux sodiques, retardant la polarisation de la membrane cellulaire, ce qui provoque la paralysie et la mort du pou. Le butoxide de pipéronyle agit comme agent synergique. Les pyréthrines naturelles étaient très efficaces dans les années 80 lorsqu'elles ont été commercialisées, mais plusieurs études indiquent que leur efficacité diminue[1].

Lorsqu'elle a été commercialisée en 1986, la perméthrine démontrait un effet résiduel significatif qui lui permettait de détruire les poux et leurs lentes. L'efficacité était près de 95 % et aurait diminuée avec le temps. Les pyréthrines sont très bien tolérées. Leur absorption percutanée est faible. Les effets indésirables sont rares et incluent irritation de la peau, rash, rougeur, enflure[5].

En 2002, le protocole d'intervention sur la pédiculose recommandait l'emploi des pyréthrines synergisées par le butoxyde de pipéronyle en première ligne de traitement chez la femme enceinte. Une étude prospective, comparative, publiée en 2005, portant sur le résultat de 113 grossesses chez des femmes traitées à la perméthrine à quelque trimestre de leur grossesse n'a pas démontré de différence significative sur le résultat de la grossesse versus un groupe contrôle[6]. Aucune autre étude semblable n'a été publiée concernant l'emploi des autres pédiculicides lors de la grossesse.

Le lindane a été employé pour traiter la pédiculose depuis plus de cinquante ans. Il agit en stimulant le système nerveux central, entraînant des convulsions puis la mort du pou. Son profil d'innocuité a été sévèrement critiqué dans les dernières années. Les effets indésirables majeurs attribués au lindane sont la neurotoxicité (ex. : étourdissements, convulsions, maux de tête et paresthésie)[4]. La résistance au lindane est répandue et contribue à sa plus faible efficacité. Certains produits à base de lindane (Kwellada[MD]), de bioalléthine et de butoxyde de pipéronile (Para[MD]) ne sont plus disponibles sur le marché

2. Ministère de la Santé et des services sociaux. *La pédiculose, protocole d'intervention.* Juillet 2000, 36 p.
3. Pollack RJ, Kiszewski A, Armstrong P, Hahn C, Wolfe N, Rahman HA, Laserson K, Telford SR III, Spielman A. Differential Permethrin Susceptibility of Head Lice Sampled in the United States and Borneo.Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.1999;153:969-973.
4. Pollack RJ, Kiszewski A, Spielman A. Overdiagnosis and consequent mismanagement of head louse infestations in North America. Pediatric Infectious Disease Journal. 2000; 19:689-693
5. Micromedex® Healthcare Series, (electronic version). Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado, USA. Available at: http://www.thomsonhc.com.
6. Kennedy D, Hurst V, Konradsdottir E, et coll. « Pregnancy Outcome following exposure to permethrin and use of teratogen information. » American Journal of Perinatalogy 2005; 22(2):87-90.

Cette situation entraîne l'ajout d'un nouvel agent (myristate d'isopropyl) de mécanisme d'action différent, dont le profil d'innocuité est, selon les quelques études réalisées, sécuritaire ou équivalent à ceux déjà présents dans le protocole d'intervention sur la pédiculose. Cependant la documentation concernant le myristate d'isopropyl étant encore limitée, son emploi est suggéré comme mesure exceptionnelle après échec aux traitements conventionnels. Il serait donc justifié lors de résistance aux pédiculicides traditionnels, après la perméthrine et les pyréthrines naturelles qui demeurent les premiers choix thérapeutiques.

AUTRES CONSIDÉRATIONS

L'INSPQ recommande que le premier choix de traitement de la pédiculose chez la femme enceinte soit la perméthrine 1 %. Les pyréthrines synergisées deviennent un deuxième choix de traitement dans cette condition.

Mise à jour de l'Institut national de santé publique concernant la thérapie pédiculicide au 1-3-2008

Auteure

Nathalie Marceau, pharmacienne, M. Sc., CSSSL, Hôpital Cité-de-la-Santé de Laval

Révisé par :

Julio C. Soto, médecin spécialiste, M.D., Ph. D., CSPQ

Richard J. Côté, médecin spécialiste, M.D., FRCPC

N° de publication : 784

Institut national de santé publique
Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : http://www.inspq.qc.ca.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2e trimestre 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-53135-7 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2008)

canadien. Par rapport au lindane, en raison de sa toxicité et de la résistance, son utilsation est présentement déconseillée par plusieurs experts et associations dont l'Association canadienne de pédiatrie et le Comité provincial de prévention des infections et des services de garde à l'enfance du Québec pour traiter les poux de tête.

Depuis 2006, le myristate d'isopropyl commercialisé sous le nom de Resultz[MD] est disponible sur le marché canadien. Il s'agit d'un produit dont l'ingrédient fait partie de plusieurs produits cosmétiques et dermatologiques. Son mécanisme d'action diffère des pédiculicides traditionnels. Il dissout la chitine qui recouvre l'exosquelette du pou, provoquant la déshydratation puis la mort du parasite[7]. Il est peu probable qu'une résistance s'y développe. On doit l'appliquer sur les cheveux à deux reprises à sept jours d'intervalle comme pour les autres agents. L'efficacité du Resultz[MC] repose sur deux études de phase II publiées[8], sur des données d'« abstracts »[9] et des données internes de la compagnie. Le pouvoir ovicide (lentes) de ce produit n'a pu être établi. Quant à son efficacité pédiculicide, elle est très variable, soit de 46 à 96 %. Ce dernier taux de réussite a été rapporté dans une étude réalisée chez 60 sujets avec groupe témoin. À différence de la plupart d'études, le peigne fin y a été employé pendant une durée de 10 minutes après les applications). Le devis de ces études et la méthodologie peu explicite font en sorte qu'il est difficile d'en établir la valeur thérapeutique du produit sur cette prémisse, le Conseil du médicament a rejeté son inscription à la liste des médicaments remboursé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Le myristate d'isopropyl se compare aux pyréthrines quant à ses effets indésirables qui comprennent : éruption cutanée, picotement, sensation de brûlure, irritation et prurit du cuir chevelu, érythème[4, 5]. Pour le moment, il est indiqué au Canada pour le traitement des poux de tête chez les enfants de quatre ans et plus. Le myristate d'isopropyl (Resultz) n'a pas été étudié lors de grossesse ou allaitement. Le passage du peigne fin pour retirer les lentes serait à recommander lors de son utilisation.

Dans la littérature scientifique mondiale, on retrouve l'emploi d'autres produits, mais ils ne sont pas encore homologués au Canada pour le traitement des poux de tête. Ces produits sont : le malathion 0,5 %, le crotamiton 10 %, l'ivermectine, la perméthrine 5 % (Kwellada-P 5 %, Nix 5 %), le triméthoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX, Septra, Bactrim) associé à la perméthrine 1 % et certains traitements occlusifs.

RECOMMANDATION DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

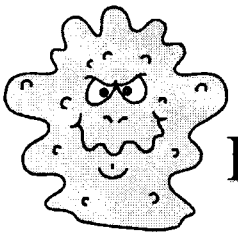
Les données de réduction d'efficacité dont fait part la documentation scientifique concernant les pédiculicides traditionnels sont préoccupantes. Il est probable que les nombreux rapports d'échecs aux traitements pédiculicides reflètent l'émergence d'une résistance au Québec. Malheureusement, aucune donnée exacte n'est disponible pour estimer ce problème. Il reste aussi vrai que les échec au traitement peuvent être causés par des facteurs autres qu'une résistance aux pédiculicides.

7. « New over-the-counter head lice treatment : ResultzMC. » Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter 2006; 22(9):220919.
8. Kaul N, Palma KG, Silagy SS, Goodman JJ et coll. « North American efficacy and safety of a novel pediculicide rinse, isopropyl myristate 50% (ResultzMC). » Journal of Cutaneous Medicine and Surgery 2007; 11(5):161-7.
9. Kaul N, Palma KG, Bergman JN et coll. « Evaluation of the comparative efficacy of 50% isopropyl myristate (IPM) vs two marketed pediculicides in a phase 2 clinical design. » Abstract présenté au 82nd Annual Canadian Dermatology Association Meeting June 29 – July 4th, 2007, Toronto, Canada.

ANNEXE XIII

Lettres types selon les maladies infectieuses
Versions française et anglaise

- *Érythème infectieux*
  (5e maladie)
- *Impétigo*
- *Pédiculose*
- *Pédiculose (éclosion persistante)*
- *Pharyngite à streptocoque*
- *Scarlatine*
- *Teigne du cuir chevelu*
  *(*tinea capitis*)*
- *Teigne corporelle*
  *(*tinea corporis*)*
- *Varicelle*
- *Zona*



Informations aux parents

ÉRYTHÈME INFECTIEUX

(5e MALADIE)

Votre enfant a possiblement été en contact avec un cas d'érythème infectieux à l'école.

QU'EST-CE QUE C'EST ?

- Maladie peu sévère, causée par un virus.
- Survient surtout l'hiver et le printemps.
- Dure trois semaines ou plus.

QUELS SONT LES SYMPTÔMES ?

- Malaises, maux de tête;
- Éruption cutanée en trois étapes :
  1. joues très rouges;
  2. plaques rouges sur le corps et les membres;
  3. au cours des trois semaines qui suivent, les rougeurs apparaissent et disparaissent lors d'exposition au soleil ou à la chaleur (bains chauds, frictions, exercices physiques).

COMMENT CETTE MALADIE SE TRANSMET-ELLE ?

- De la même manière qu'un rhume;
- Par contact avec des mains ou des objets contaminés par des sécrétions du nez et de la bouche;
- Elle est contagieuse 1 à 3 jours **AVANT** l'apparition des rougeurs;
- Elle n'est plus contagieuse quand les rougeurs apparaissent.

COMMENT LA PRÉVENIR ?

- Lavage des mains.
- Aucun vaccin pour cette maladie.

QUEL EST LE TRAITEMENT ?

- Aucun traitement, aucun médicament.
- L'enfant peut continuer à fréquenter l'école.

RECOMMANDATIONS

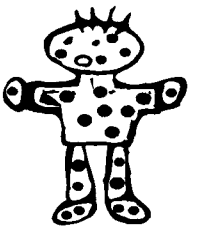
<u>Quand doit-on consulter un médecin?</u>

- ▶ Si votre enfant présente une éruption au cours des prochains jours;
- ▶ S'il a une maladie qui affaiblit le système immunitaire;
- ▶ S'il souffre d'anémie hémolytique chronique ou prend de la cortisone liquide ou en comprimé, de façon régulière.
- ▶ Si vous êtes enceinte et que vous êtes en contact avec un cas d'érythème infectieux

Si vous avez des questions, vous pouvez consulter une infirmière du service Info-Santé de votre CLSC.

Infirmière scolaire	Téléphone	Date

2009-03-12



Informations aux parents

IMPÉTIGO

Votre enfant a possiblement été en contact avec un cas d'impétigo.

QU'EST-CE QUE C'EST ?

- Infection de la peau causée par une bactérie;
- Elle se transmet surtout :
  - par contact direct avec les plaies;
  - parfois par contact avec des objets contaminés.

QUELS SONT LES SYMPTÔMES ?

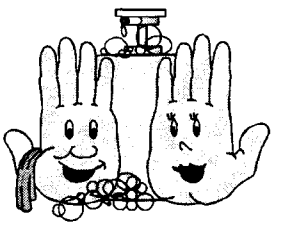
- Plaies bien délimitées avec du pus; surtout au visage (menton, autour du nez et de la bouche);
- Peut s'étendre sur le corps, les fesses et les mains;
- Les plaies font des croûtes.

QUEL EST LE TRAITEMENT ?

- Cette maladie se traite avec des antibiotiques en onguent et parfois par la bouche;
- Elle guérit en général sans cicatrice;
- La maladie dure rarement plus de 7 jours si elle est bien traitée.

COMMENT PRÉVENIR LA TRANSMISSION ?

- L'enfant malade doit se laver souvent les mains.
- S'assurer de bien se laver les mains à l'eau savonneuse si on touche aux plaies.
- Lorsque c'est possible, recouvrir les plaies de l'enfant atteint avec un pansement.



QUOI ENCORE ?

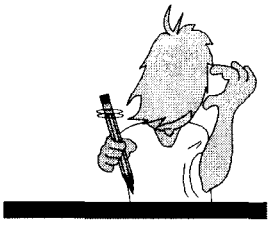
▶ Si le traitement est un <u>onguent appliqué sur les plaies</u>, la maladie est contagieuse jusqu'à ce que les plaies soient sèches;

ou

▶ S'il y a un traitement <u>avec des antibiotiques par la bouche</u>, c'est contagieux jusqu'à 24 à 48 heures après le début du traitement.

Si vous avez des questions, vous pouvez consulter une infirmière du service Info-Santé de votre CLSC.

_____	_____	_____
Infirmière scolaire	Téléphone	Date



Informations aux parents

PÉDICULOSE

(POUX DE TÊTE)

Votre enfant a possiblement été en contact avec un cas de pédiculose (poux de tête) détecté à l'école.

QU'EST-CE QUE C'EST ?

- C'est un problème qui touche la plupart des écoles et des milieux de garde à l'enfance;
- Elle se retrouve autant chez les riches que chez les pauvres;
- Elle est plus fréquente à l'automne avec le retour en classe;
- Elle touche autant les cheveux propres que les cheveux sales;
- Elle résiste au shampooing régulier;
- Elle est causée par des parasites désagréables mais qui ne transmettent pas de maladies.

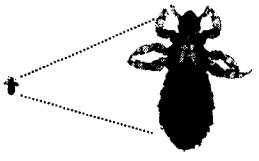
COMMENT SE TRANSMET-ELLE ?

- Elle se transmet d'une personne à une autre par contact direct de tête à tête;
- La transmission par des objets personnels (chapeau, taies d'oreillers, peigne, brosse) est très rare mais possible.
- Il n'y a **pas** d'évidence de transmission par des dossiers de divans, les tapis, les draps, les lunettes, les écouteurs, etc.

QU'EST-CE QU'UN POUX ?

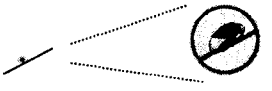
C'est un insecte à peine plus gros qu'une tête d'épingle, de couleur grisâtre, sans ailes :

- qui vit près de la racine des cheveux;
- qui se nourrit du sang humain;
- la femelle pond jusqu'à 10 oeufs (lentes) par jour;
- qui a une durée de vie d'un mois;
- qui peut survivre 24 à 36 heures en dehors du corps humain.



QU'EST-CE QU'UNE LENTE ?

- C'est un œuf d'un blanc grisâtre, luisant, ressemblant à une pellicule gonflée.
- Elle colle au cheveu et se situe tout près de la racine des cheveux;
- Chaque lente est un futur pou dont l'éclosion peut survenir en 4 à 10 jours.
- Après un traitement, la lente vide (morte) est pâle, plutôt desséchée et mate. Elle est <u>non</u> contagieuse.



COMMENT LA PRÉVENIR ?

- Examiner régulièrement les cheveux de l'enfant ainsi que ceux des autres membres de la famille :
  - apporter une attention particulière à l'arrière de la tête et à la région derrière les oreilles, un bon éclairage et une loupe peuvent aider;
- Se rappeler que la démangeaison est le premier symptôme.
- Il y a souvent des personnes qui n'ont pas de symptômes .

Verso ☞

QUEL EST LE TRAITEMENT ?

1. Qui traiter ?
Étant donné que l'on utilise des insecticides, il faut traiter seulement les personnes infestées, (celles qui ont des poux et des lentes vivantes) et suivre les précautions et conseils d'usage donnés par un professionnel de la santé (pharmacien, infirmière, médecin).

2. Avec quoi ?
- 1er choix : La perméthrine 1% (l'après-shampooing Nix® et Kwellada-P^MD) est le plus efficace et le moins toxique.
- 2e choix : Les produits à base de pyréthrines et butoxyde de pipéronyle.

3. Comment ?
Perméthrines :
- D'abord, se laver les cheveux avant avec un shampooing sans revitalisant ni conditionneur ;
- appliquer et laisser le produit 10 minutes ;
- rincer à l'eau tiède et sécher les cheveux.

Pyréthrines et butoxyde de pipéronyle :
- Appliquer le produit sur les cheveux secs ;
- laisser reposer 10 minutes ;
- ajouter de l'eau tiède jusqu'à la formation d'une mousse ;
- rincer à l'eau tiède et sécher.

4. Répéter le traitement ?
- Dans les milieux scolaire et de garde, le traitement complet avec la perméthrine ou la pyréthrine comporte deux applications entre 7 à 10 jours d'intervalle.

5. Quoi d'autre ?
- Dans les 10 jours qui suivent le traitement, n'utiliser qu'un shampooing SANS conditionneur afin de ne pas enlever le médicament qui reste sur les cheveux.
- Pour enlever les lentes, le vinaigre est déconseillé car il peut aussi enlever le produit et nuire à son effet à long terme. Un peigne fin ou les doigts peuvent être utilisés au besoin.
- Réexaminez la tête de votre enfant 48 heures après la 1ère application. S'il y a encore des poux vivants, reprendre le traitement avec un autre produit de composition différente car il est possible que le parasite résiste au produit utilisé. Dans ce cas, il faut toujours faire deux applications d'un nouveau produit entre 7 à 10 jours d'intervalle.

6. Et la famille ?
Il faut examiner toutes les personnes de la maisonnée (frères, soeurs et parents) pour traiter ceux qui ont des poux.

7. Écoles, garderies ?
- Après la première application du traitement, les enfants peuvent retourner à l'école ou à la garderie.
- Si votre enfant présente encore des poux et des lentes vivantes après l'application de 2 produits différents, il **sera retiré** de l'école et devra consulter un professionnel de la santé qui déterminera le moment du retour à l'école.

8. Nettoyer, désinfecter ?
Le plus important, c'est de bien traiter toutes les personnes qui ont des poux. Si l'école vous demande de désinfecter les objets personnels, il faut :
- désinfecter les objets qui ont pu être en contact avec la tête et avec les poux, tels que : serviette de bain, chapeau, casquette, peigne, brosse à cheveux, taie d'oreiller; en les faisant tremper dans l'eau très chaude (65°C/150°F) pendant 5 à 10 minutes ou dans une solution contenant un shampooing contre les poux **non dilué** pendant 1 heure.
- Pour les vêtements ou objets non lavables, nettoyer à sec ou déposer dans un sac de plastique fermé pendant 10 jours. La sécheuse (cycle chaud, 20 min.) peut aussi être utilisée.

Il est fortement déconseillé de vaporiser des insecticides dans l'environnement. Cette mesure n'est pas nécessaire et demeure très toxique.

Infirmière scolaire	Téléphone	Date

ÉCLOSION PERSISTANTE

Informations aux parents

PÉDICULOSE

(POUX DE TÊTE)

Le problème de la pédiculose (poux de tête) semble persister dans le groupe de votre enfant; plusieurs enfants ont encore des poux (insectes) ou des lentes (oeufs) vivantes. Il y a différentes raisons pour expliquer ceci et il est possible que le pou se défende contre les shampoings utilisés et y résiste. Nous devons reprendre et réajuster le traitement. Votre collaboration est essentielle.

EN PREMIER LIEU

Examinez la tête de votre enfant en utilisant un peigne fin (de préférence en métal surtout pour les enfants les plus jeunes), avec un bon éclairage et une loupe : vérifier particulièrement l'arrière de la tête et derrière les oreilles.

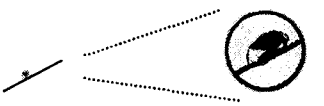
SI VOUS TROUVEZ DES POUX

- Informer l'école;
- Si votre enfant a déjà eu un traitement, recommencez avec un **autre produit** recommandé; au besoin, consultez l'infirmière scolaire, le pharmacien ou votre médecin;
- Il faut **toujours** faire 2 applications du produit à 7 à 10 jours d'intervalle.

L'enfant reviendra à l'école seulement après la 1re application et après avoir enlevé les lentes restantes.

SI VOUS TROUVEZ DES LENTES

- vérifiez si elles sont vivantes ou mortes avant de traiter : consulter l'infirmière scolaire qui peut vous aider;
- si les lentes sont mortes : enlevez-les avec un peigne fin avant de retourner l'enfant à l'école;
- si les lentes sont vivantes, le traitement doit être repris comme s'il y avait des poux.



QU'EST-CE QUE FAIRE?

Il faut que tous les membres de la famille soient examinés et traités s'ils ont des poux ou des lentes.

1- Avec quoi?

Choisissez un produit différent de celui que vous avez déjà utilisé.

Les plus recommandés sont :

- l'après shampoing Nix[md], les shampoings Para[md], Kwellada[md], R&C[md].

En cas d'échec avec les traitements recommandés ci-haut, la solution de rinçage myristate d'isopropyle 50% (Resultz) pourrait être utilisée, selon les indications et le mode d'emploi du fabricant

2- Comment?

- suivez les indications recommandées pour chaque produit;
- n'oubliez pas la nuque et derrière les oreilles.;
- répétez un deuxième traitement 7 à 10 jours après la première application.

3- Quoi d'autre?

Nettoyez tous les effets personnels (peignes, brosses à cheveux, chapeaux, casquettes, taies d'oreillers, autres) utilisés régulièrement par les personnes infestées. Vous pouvez utiliser soit :

- le shampoing contre les poux pendant une heure;
- de l'eau chaude (environ 65°C ou 165° F) pendant 5 à 10 minutes;
- le nettoyage à sec ou l'entreposage dans un sac de plastique pendant 10 jours.

Il est fortement déconseillé de vaporiser des insecticides dans l'environnement. Cette mesure n'est pas nécessaire et elle est très toxique.

Soyez attentif à toute lettre ou appel venant de l'infirmière scolaire.

Infirmière scolaire	Téléphone	Date

Informations aux parents

PHARYNGITE À STREPTOCOQUE

Votre enfant a peut-être été en contact avec un cas de pharyngite à streptocoque à l'école.

QU'EST-CE QUE C'EST ?

- C'est une infection causée par une bactérie appelée streptocoque.
- Peut se compliquer, si elle n'est pas traitée.

QUELS SONT LES SYMPTÔMES ?

- Fièvre (souvent forte), maux de gorge.
- Nausées et même vomissements dans les cas les plus sévères.

COMMENT SE TRANSMET-ELLE ?

- Habituellement de personne à personne, de la même manière qu'un rhume.
- Quelquefois par des objets contaminés.
- Après 24 heures de traitement, elle n'est plus contagieuse.

QUEL EST LE TRAITEMENT ?

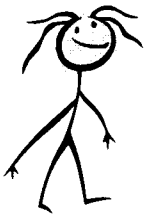
- Un antibiotique soulage les symptômes et aide surtout à prévenir les complications.
- Acétaminophène pour la fièvre.

RECOMMANDATIONS

Si votre enfant présente ces symptômes :

- ▶ Gardez-le à la maison.
- ▶ Consultez votre médecin ou votre CLSC (un diagnostic peut se faire par une culture de gorge).
- ▶ L'enfant malade doit demeurer à la maison au moins jusqu'à 24 heures après le début du traitement.
- ▶ Avisez l'école.
- ▶ Si vous avez des questions, vous pouvez consulter une infirmière du service Info-Santé de votre CLSC.

Infirmière scolaire	Téléphone	Date



Informations aux parents

SCARLATINE

Votre enfant a peut-être été en contact avec un cas de scarlatine à l'école.

Qu'est-ce que c'est ?

- C'est une infection causée par une bactérie appelée streptocoque.
- Peut se compliquer, si elle n'est pas traitée.

Quels sont les symptômes ?

- Fièvre (souvent forte), maux de gorge.
- Nausées et même vomissements dans les cas les plus sévères.
- Petits boutons rouges (éruptions) qui blanchissent sous la pression, au cou, au corps.

Comment se transmet-elle ?

- Habituellement de personne à personne, de la même manière qu'un rhume.
- Quelquefois par des objets contaminés.
- Après 24 heures de traitement, elle n'est plus contagieuse.

Quel est le traitement ?

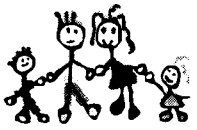
- Un antibiotique soulage les symptômes et aide surtout à prévenir les complications.
- Acétaminophène pour la fièvre.

Recommandations

Si votre enfant présente ces symptômes :

- ▶ Gardez-le à la maison.
- ▶ Consultez votre médecin ou votre CLSC (un diagnostic peut se faire par une culture de gorge).
- ▶ L'enfant malade doit demeurer à la maison au moins jusqu'à 24 heures après le début du traitement.
- ▶ Avisez l'école.
- ▶ Si vous avez des questions, vous pouvez consulter une infirmière du service Info-Santé de votre CLSC.

Infirmière scolaire	Téléphone	Date



Informations aux parents

TINEA CAPITIS OU TEIGNE DU CUIR CHEVELU

Qu'est-ce que c'est?

Le Tinea capitis est causé par un champignon qui se loge au niveau du cuir chevelu.

Quels sont les symptômes?

Le Tinea capitis se manifeste par des cheveux cassants, une perte de cheveux qui laisse des plaques dénudées sur le cuir chevelu, de nombreuses pustules pouvant quelquefois être accompagnées de fièvre et d'une enflure des ganglions.

Comment cette maladie se transmet-elle?

- La maladie se transmet par contact peau à peau avec une personne infectée, par des objets contaminés (ex. : peignes, brosses, chapeaux. poupées), ou par des cheveux humains ou des poils d'animaux infectés.
- La teigne est contagieuse aussi longtemps que les lésions persistent.

Quel est le traitement?

- La personne infectée devra prendre un médicament par voie orale pendant quatre à six semaines. Un shampooing au sulfure de sélénium pourra aider à diminuer la dissémination de l'infection et à prévenir la transmission.
- **La personne sous traitement peut continuer à fréquenter l'école.**

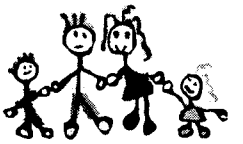
Complications

La teigne du cuir chevelu peut amener une perte de cheveux permanente (sous forme de plaques).

Recommandations

- En même temps que l'on applique le traitement, il faut nettoyer et désinfecter les objets (ex. : brosses, peignes, poupées, chapeaux, draps, etc.) ayant été en contact avec des cheveux ou des poils infectés.
- Il faut également s'assurer que les membres de la famille ne partagent pas leurs brosses à cheveux, peignes et chapeaux.
- Pendant l'hiver, s'assurer de nettoyer tuques et capuchon régulièrement 1 fois par semaine durant le traitement.
- Les animaux domestiques, spécialement les chats et les chiens, doivent être examinés par un vétérinaire, et traités si nécessaire.

Infirmière scolaire | Téléphone | Date



Informations aux parents

TINEA CORPORIS OU TEIGNE CORPORELLE

Qu'est-ce que c'est?

Le Tinea corporis est causé par un champignon qui atteint toutes les parties du corps à l'exception du cuir chevelu, des régions pileuses, des aines, des mains et des pieds.

Quels sont les symptômes?

Il se manifeste par des lésions plates de forme arrondie. Le pourtour est rougeâtre et peut être sec et peler ou être humide et croûteux. La démangeaison est fréquente.

Comment cette maladie se transmet-elle?

- Il se transmet par contact avec les lésions de personnes et d'animaux infectés ou avec des surfaces ou objets contaminés.
- La teigne corporelle est contagieuse tant que les lésions persistent.

Quel est le traitement?

- La personne infectée est habituellement traitée à l'aide d'un onguent.
- Un médicament par voie orale peut également être administré pendant quatre semaines.
- Des bains à l'eau savonneuse facilitent l'élimination des petites peaux sèches et des croûtes, et favorisent la guérison.
- **La personne sous traitement peut continuer à fréquenter l'école.**

Complication

Aucune

Recommandations

- La personne infectée doit s'abstenir de fréquenter la piscine jusqu'à la guérison de ses lésions (environ deux semaines), à moins que les lésions ne soient couvertes.
- En même temps qu'on applique le traitement, il faut nettoyer et désinfecter tous les objets et surfaces qui ont été en contact avec la personne infectée (ex. : literie, serviettes, vêtements, jouets).
- Les animaux domestiques doivent être examinés par un vétérinaire et traités, si nécessaire.

Infirmière scolaire	Téléphone	Date

Informations aux parents

VARICELLE

(« PICOTE »)

Votre enfant a possiblement été en contact avec un cas de varicelle à l'école.

QU'EST-CE QUE C'EST?

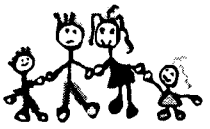
- C'est une maladie très contagieuse, causée par un virus;
- Habituellement sans complication pour les enfants en bonne santé;
- Dure de 7 à 10 jours.

QUELS SONT LES SYMPTÔMES?

- Fièvre, le plus souvent légère;
- Boutons rouges avec un centre rempli de liquide;
- Les boutons apparaissent sur le corps, puis sur les bras et les jambes;
- Démangeaisons importantes au niveau des boutons;
- Après quelques jours, les boutons sèchent et se couvrent de croûtes.

COMMENT CETTE MALADIE SE TRANSMET-ELLE?

- De personne à personne, de la même manière qu'un rhume;
- Par contact avec le liquide des boutons;
- Elle est surtout contagieuse 1 ou 2 jours **AVANT** l'apparition des boutons.
- Elle n'est plus contagieuse lorsque les boutons sont tous croûtés.



QUEL EST LE TRAITEMENT?

SI FIÈVRE :

- donner de l'acétaminophène (Tempra, Tylénol, Atasol, etc.); selon son poids (consulter le pharmacien);
- **NE PAS** donner de l'acide acétylsalicylique (Aspirine).

SI DÉMANGEAISONS :

- prendre un bain tiède avec du bicarbonate de soude (soda).

RECOMMANDATIONS

Note : Il existe un vaccin contre la varicelle. Ce vaccin fait maintenant partie d'un programme gratuit au Québec. Il peut se donner à partir de l'âge d'un an. Lorsqu'il est administré dans les jours suivant l'exposition, il peut prévenir la maladie.

Si votre enfant développe la varicelle :

▶ Il n'est pas nécessaire de l'isoler de ses frères et sœurs. Il peut fréquenter l'école, dès que son état de santé le permet.

Par contre, consultez rapidement votre médecin ou votre CLSC, et apportez cette lettre si :

▶ Votre enfant a une maladie qui affaiblit le système immunitaire.

▶ Votre enfant prend de la cortisone liquide ou en comprimé, de façon régulière.

▶ Vous êtes enceinte et n'avez jamais eu la varicelle mais avez été en contact avec une personne qui fait la maladie.

En effet, dans ces cas, il se peut que le vaccin ne puisse être administré. Le médecin évaluera les indications d'administrer les immunoglobulines (VZIG) en prévention ou de recevoir un traitement antiviral si la maladie se développe.

Si vous avez des questions, vous pouvez consulter une infirmière du service Info-Santé de votre CLSC.

Infirmière scolaire	Téléphone	Date

Informations aux parents

ZONA

Votre enfant a possiblement été en contact avec un cas de zona à l'école.

QU'EST-CE QUE C'EST?

- C'est une maladie contagieuse, causée par la réactivation du virus de la varicelle ou, très rarement, suite à la vaccination contre la varicelle;
- Habituellement sans complication pour les enfants en bonne santé;
- Dure de 15 à 20 jours.

QUELS SONT LES SYMPTÔMES?

- Fièvre, le plus souvent légère;
- Boutons rouges avec un centre rempli de liquide;
- Les boutons sont en ligne ou en grappe et localisés à un seul côté du corps;
- Douleurs qui peuvent être très importantes au niveau des lésions;
- Après quelques jours, les boutons sèchent et se couvrent de croûtes.

COMMENT CETTE MALADIE SE TRANSMET-ELLE?

- Transmission possible de la VARICELLE et non du zona;
- Seulement par contact avec le liquide des boutons;
- Elle n'est plus contagieuse lorsque les boutons sont tous croûtés.

QUEL EST LE TRAITEMENT?

SI FIÈVRE :

- donner de l'acétaminophène (Tempra, Tylénol, Atasol, etc.); selon son poids (consulter le pharmacien);
- **NE PAS** donner de l'acide acétylsalicylique (Aspirine).

SI DOULEUR IMPORTANTE :

- Consulter un médecin; un analgésique plus puissant peut être nécessaire.

RECOMMANDATIONS

Note : Il existe un vaccin contre la varicelle. Ce vaccin fait maintenant partie d'un programme gratuit au Québec. Il peut se donner à partir de l'âge d'un an. Lorsqu'il est administré dans les jours suivant l'exposition au zona comme à la varicelle, il peut prévenir la maladie.

Si votre enfant développe la varicelle:

▶ Il n'est pas nécessaire de l'isoler de ses frères et sœurs. Il peut fréquenter l'école, dès que son état de santé le permet.

Par contre, consultez rapidement votre médecin ou votre CLSC, et apportez cette lettre si :

▶ Votre enfant a une maladie qui affaiblit le système immunitaire.

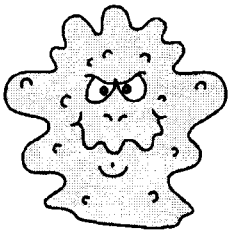
▶ Votre enfant prend de la cortisone liquide ou en comprimé, de façon régulière.

▶ Vous êtes enceinte et n'avez jamais eu la varicelle mais avez été en contact avec une personne qui a le zona.

En effet, dans ces cas, il se peut que le vaccin ne puisse être administré. Le médecin évaluera les indications d'administrer les immunoglobulines (VZIG) en prévention ou de recevoir un traitement antiviral si la maladie se développe.

Si vous avez des questions, vous pouvez consulter une infirmière du service Info-Santé de votre CLSC.

Infirmière scolaire	Téléphone	Date



Information for parents

ERYTHEMA INFECTIOSUM

(5th DISEASE)

Your child may have been in contact with someone at school who has erythema infectiosum.

WHAT IS IT?

- This disease, caused by a virus, is not very serious.
- It usually happens in the winter or spring.
- It lasts three weeks or more.

WHAT ARE THE SYMPTOMS?

- Malaise, headaches;
- Rash in three stages:
  1. very red cheeks;
  2. rash on the body and limbs;
  3. during the next three weeks, the rash can appear and disappear during exposure to the sun or to heat (hot baths, rubbing, physical exercise).

HOW DOES THIS DISEASE SPREAD?

- The same way as a cold;
- By contact with hands or objects that have been contaminated by fluid from the nose or mouth;
- It is contagious 1 to 3 days **BEFORE** the rash appears;
- It is no longer contagious once the rash appears.

HOW CAN I PREVENT IT?

- Hand washing.
- There is no vaccine for this disease.

HOW IS IT TREATED?

- No treatment, no medication.
- Children do not need to stay home from school.

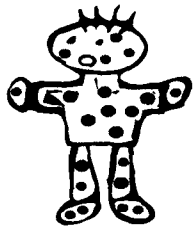
WHAT TO DO

When should I see a doctor?

- ▶ If your child gets a rash in the next few days;
- ▶ If your child has a disease of the immune system;
- ▶ If your child has chronic haemolytic anaemia or regularly takes cortisone in liquid or pill form,
- ▶ If you are pregnant and are in contact with a case of erythema infectiosum.

If you have any questions, contact a nurse from the Info-Santé service at your CLSC.

School nurse	Telephone	Date



Information for parents

IMPETIGO

Your child may have been in contact with someone who has impetigo.

WHAT IS IT?

- Skin infection caused by a bacteria;
- It spreads mostly by:
  - direct contact with sores;
  - sometimes by contact with contaminated objects.

WHAT ARE THE SYMPTOMS?

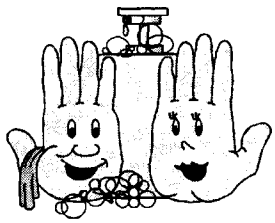
- Well-defined sores with pus; especially in the face (chin, around the nose and mouth);
- Can spread to the body, buttocks, and hands;
- Sores become crusty.

HOW IS IT TREATED?

- This disease is treated with an antibiotic cream or sometimes oral antibiotics;
- It usually heals without leaving any scars;
- The disease rarely lasts longer than 7 days if it is treated correctly.

HOW CAN IT BE PREVENTED FROM SPREADING?

- The sick child must wash his or her hands often.
- Make sure to wash your hands well with soap and water after touching the sores.
- When possible, cover the child's sores with a bandage.



WHAT ELSE DO I NEED TO KNOW?

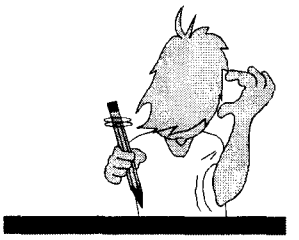
▶ If the treatment prescribed is a cream that is spread on the sores, the disease is contagious until the wounds have dried up;

or

▶ If the treatment prescribed is an oral antibiotic, it is contagious for 24 to 48 hours after treatment has started.

If you have any questions, contact an Info-Santé nurse at your CLSC.

School nurse	Telephone	Date



Information for parents

PEDICULOSIS

(HEAD LICE)

Your child may have been in contact with a case of pediculosis detected at school.

WHAT IS PEDICULOSIS?

- It is a common problem in schools and daycares;
- It happens in both rich and poor families;
- it occurs most often in the fall, when classes start;
- it likes both clean and dirty hair;
- it is resistant to regular shampoo;
- it is caused by insects which are unpleasant but don't spread diseases.

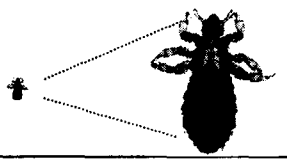
• HOW DOES IT SPREAD?

- It spreads when an infested person's hair touches someone else's hair;
- Transmission through personal objects like hats or brushes is possible, although rare;
- there is no proof that it can spread through the backs of couches, carpets, sheets, eyeglasses, headphones, etc.

WHAT ARE LICE?

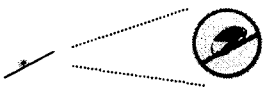
Head lice are small greyish insects without wings; they are about the size of a pinhead:

- they live very close to the hair root;
- they feed off human blood;
- females lay up to 10 eggs (nits) per day;
- they live up to a month;
- they can survive off the human body for 24 to 36 hours.



WHAT ARE NITS?

- They are shiny greyish-white eggs that look like puffy dandruff ;
- they stick to the hair and stay near the hair root;
- nits can become lice after 4 to 10 days;
- after treatment, empty nits (dead) are pale, dry, and have lost their shine. They are not contagious.



HOW CAN THEY BE PREVENTED?

- Check your child's and other family member's hair regularly:
  - pay special attention to the back of the head and behind the ears; good lighting and a magnifying glass can help;
- Remember that itching is the first symptom.
- Sometimes people don't have symptoms.

Verso ☞

How do you treat lice?

1. Who do I treat?
Because you are using an insecticide, treat only people who have living lice or nits. Make sure to follow the instructions that you are given by the health care professional (pharmacist, nurse, doctor).

2. What do I use?
- 1st choice: Permethrin 1% (Nix® and Kwellada½-P™ creme rinse) is the most effective and least toxic;
- 2nd choice: pyrethrins and Piperonyl butoxide.

3. What do I do?
Permethrin
- First, wash hair with a shampoo that does not contain conditioners;
- Apply the product and leave on hair for 10 minutes;
- rinse under warm water and dry hair.

Pyrethrins and Piperonyl butoxide
- Apply the product on dry hair
- leave on hair for 10 minutes;
- add warm water until a lather is formed;
- rinse under warm water and dry hair.

4. Do I repeat the treatment?
- For children in schools and daycares, complete treatment with permethrin or pyrethrin involves two applications, at 7 to 10 days interval.

5. Is there anything else I should know?
- For 10 days following treatment, use only shampoo that does NOT contain conditioner so that the drug that is still in the hair can have the full effect.
- Do not use vinegar to remove nits since it can also remove the drug and shorten its action. Use a fine-toothed comb or your fingers if necessary.
- Check your child's head again 48 hours after the first treatment. If there are still live lice, start the treatment again using another product made with different ingredients because the lice may be resistant to the product used. In these cases, you must apply the product twice at an interval of 7 to 10 days.

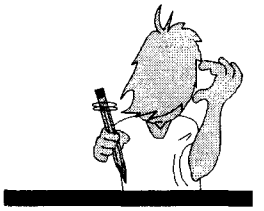
6. What about the family?
All people in the household have to be checked (brothers, sisters, and parents). Everyone who has lice should be treated.

7. When can my child return to school or daycare?
- Children can go back to school or daycare after the first application of the treatment.
- If your child still has live lice and nits after the application of two different products, he or she will be **removed** from school and will have to see a health care professional, who will decide when your child can return to school.

8. What about cleaning and disinfection?
The most important thing is to treat all those who have lice. If the school asks you to disinfect personal effects:
- disinfect objects that could have come in contact with the head and lice, such as bath towels, hats, caps, combs, hairbrushes, and pillowcases, by soaking them in very hot water (65°°°°C/150°°F) for 5 to 10 minutes or in a solution (undiluted) containing a lice shampoo for 1 hour.
- Clothes and objects that cannot be washed should be dry cleaned or stored in a closed plastic bag for 10 days. A clothes dryer (hot cycle, 20 min.) can be used.

Do not spray insecticides in your home. It is very toxic and unnecessary.

School nurse	Telephone	Date



Information for parents

PEDICULOSIS

(PERSISTENT OUTBREAK)

The pediculosis (head lice) problem seems to be persisting in your child's group; several children still have lice (insects) or live nits (eggs). There are different reasons for this and it is possible that the lice are defending themselves against the shampoo used and are resistant to. We have to change the treatment and start again. Your cooperation is essential.

WHAT DO I DO?

Examine your child's head using a fine-toothed comb (preferably made of metal, especially for younger children); make sure the lighting is good and use a magnifying glass: check the back of the head and behind the ears especially well. All family members should be examined and treated if they have head lice or nits.

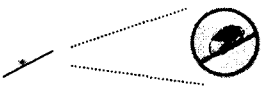
IF YOU FIND LICE

- tell the school;
- if your child has already been treated, start again using a **different product** than the one you used before;
- talk to the school nurse, pharmacist, or your doctor;
- **always** apply the product twice, at an interval of 7 to 10 days.

The child can return to school only after the first application and after leftover nits have been removed.

IF YOU FIND NITS

- check if they are alive or dead before treating: talk to the school nurse; she can help you;
- remove the nits with a fine-toothed comb before sending the child back to school;
- if nits are alive, apply the treatment again as you would if there were lice.



WHAT CAN YOU DO?

All family members should be examined and treated if they have lice or nits.

Use a different product than the one you have already tried.

The products most often recommended are

- Nix® creme rinse; Para®, Kwellada®, or R&C® shampoo

If treatment with the products recommended above fails, use 50% isopropyl myristate (Resultz) according to the manufacturer's instructions.

2- How?

- Follow the recommended instructions for each product;
- Don't forget the back of the neck and behind the ears;
- Repeat the treatment 7 to 10 days after the first application.

3- Anything else?

Clean all personal items (e.g. combs, hairbrushes, hats, caps, pillowcases) used regularly by the individuals who are infested. You can

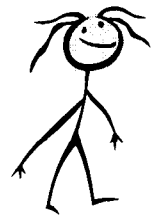
- apply lice shampoo and leave it on for an hour;
- soak the items in hot water (about 65°C or 165°F) for 5 to 10 minutes;
- dry clean the items or place them in a plastic bag for 10 days.

Using insecticide sprays is strongly discouraged. This measure is unnecessary and is very toxic.

Pay attention to any letter or phone call you may get from the school nurse.

School nurse	Telephone	Date

2009-04-21



Information for parents

STREPTOCOCCAL SORE THROAT

Your child may have been in contact with someone at school who has Streptococcal sore throat.

WHAT IS IT?

- It is an infection caused by a bacteria called streptococcus.
- Can present complications if not treated.

WHAT ARE THE SYMPTOMS ?

- Fever (often high), sore throat
- Nausea and even vomiting in the most severe cases.

HOW DOES SCARLET FEVER SPREAD ?

- Usually from person to person, just like a cold.
- Sometimes by contaminated objects.
- Not contagious after 24 hours of treatment.

HOW IS IT TREATED ?

- Antibiotics relieve symptoms and help prevent complications.
- Acetaminophen for fever.

RECOMMENDATIONS

If you notice these symptoms in your child:

- ▶ Keep him/her at home.
- ▶ Consult your physician or CLSC clinic (a diagnosis can be established using a throat culture).
- ▶ If it is a scarlet fever, a sick child must remain at home at least 24 hours following the beginning of treatment.
- ▶ Notify the school.
- ▶ If you have any questions, talk to a nurse from your CLSC's Info-Santé service.

School nurse	Telephone	Date

Information for parents

SCARLET FEVER

Your child may have been in contact with someone at school who has scarlet fever.

WHAT IS IT?

- It is an infection caused by a bacteria called streptococcus.
- Can present complications if not treated.

WHAT ARE THE SYMPTOMS?

- Fever (often high), sore throat
- Nausea and even vomiting in the most severe cases.
- Skin rash that turns white when pressure is applied (neck and body).

HOW DOES SCARLET FEVER SPREAD?

- Usually from person to person, just like a cold.
- Sometimes by contaminated objects.
- Not contagious after 24 hours of treatment.

HOW IS IT TREATED?

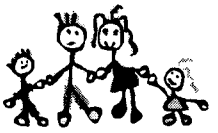
- Antibiotics relieve symptoms and help prevent complications.
- Acetaminophen for fever.

RECOMMENDATIONS

If you notice these symptoms in your child:

- ▶ Keep him/her at home.
- ▶ Consult your physician or CLSC clinic (a diagnosis can be established using a throat culture).
- ▶ If it is a scarlet fever, a sick child must remain at home at least 24 hours following the beginning of treatment.
- ▶ Notify the school.
- ▶ If you have any questions, talk to a nurse from your CLSC's Info-Santé service.

School nurse	Telephone	Date



Information for parents

TINEA CAPITIS OR RINGWORM OF THE SCALP

WHAT IS IT?

Tinea capitis is caused by a fungus that infects the scalp.

WHAT ARE THE SYMPTOMS?

Symptoms of tinea capitis include hair that breaks and hair loss that leaves bald areas on the scalp, pustules, and occasionally fever and swollen glands.

HOW DOES IT SPREAD?

- The disease spreads through skin-to-skin contact with a person who is infected, through contaminated objects (e.g. combs, brushes, hats and dolls), or through infected human or animal hair.
- Ringworm is contagious as long as there are lesions.

HOW IS IT TREATED?

- People who have the infection must take oral medication for four to six weeks. Selenium sulphide shampoo will help reduce the spread of the infection and prevent transmission.
- **A person being treated can still go to school.**

COMPLICATIONS

Ringworm of the scalp can cause permanent hair loss (bald patches).

RECOMMENDATIONS

- At the same time as the treatment is applied, other objects (e.g. brushes, combs, dolls, hats, sheets) that have been in contact with infected human or animal hair should be cleaned and disinfected.
- It is also important to ensure that family members do not share hair brushes, combs and hats.
- During winter, regularly clean tuques and hoods once a week during treatment.
- Domestic animals, especially cats and dogs, should be checked by a veterinarian and treated if needed.

School nurse Telephone Date

Information for parents

TINEA CORPORIS OR RINGWORM OF THE BODY

WHAT IS IT?

Tinea corporis is caused by a fungus that infects all body parts except for the scalp, hairy areas, groin, hands and feet.

WHAT ARE THE SYMPTOMS?

Symptoms include flat round skin lesions with reddish borders that can be dry and scaly or moist and crusty. Lesions are often itchy.

HOW DOES IT SPREAD?

- Tinea corporis spreads through contact with the lesions of infected people and animals, or with contaminated surfaces or objects.
- Ringworm is contagious as long as there are lesions.

HOW IS IT TREATED?

- Individuals who have the infection are usually treated with an ointment.
- Oral medication can also be given for a period of four weeks.
- Warm soapy baths help get rid of dry skin patches and scabs, and help heal the skin.

COMPLICATIONS

None

RECOMMENDATIONS

- The person cannot go to the pool until the lesions have healed (about two weeks), unless the lesions are covered.
- At the same time as the treatment is applied, other objects and surfaces (e.g. bedding, towels, clothes, toys) that have been in contact with the infected person must be cleaned and disinfected.
- Domestic animals should be checked by a veterinarian, and treated if necessary.

School nurse	Telephone	Date

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec
Santé publique

Information for parents

CHICKENPOX

Your child may have been in contact with someone at school who has varicella (chicken pox).

WHAT IS IT?

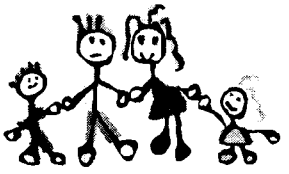
- It is a very contagious disease caused by a virus;
- It usually does not cause complications for children in good health;
- It lasts from 7 to 10 days.

WHAT ARE THE SYMPTOMS?

- Fever;
- Little red spots (rash) containing fluid in the centre;
- The rash first appears on the body then on the arms and legs;
- The rash is itchy;
- After a few days, the spots dry up and form crusts.

HOW DOES CHICKENPOX SPREAD?

- From person to person, just like a cold;
- Through contact with fluid from the spots;
- It is very contagious 1 or 2 days **BEFORE** the rash appears and until all the spots have formed crusts.



HOW IS IT TREATED?

IF FEVER::

- give acetaminophen (Tempra, Tylenol, Atasol, etc.) according to child's weight (talk to the pharmacist);
- **DO NOT** give acetylsalicylic acid (Aspirin).

IF ITCHING:

- give your child a warm bath to which you have added baking soda.

RECOMMENDATIONS

Note: A chickenpox vaccine is available. In Quebec, it has been included in a free vaccination programme. The vaccine can be given to children aged one year and over. If it is given within a few days of exposure, it can prevent the disease.

<u>If your child gets chickenpox</u>:

▶ You can let him or her stay around brothers and sisters. The child can keep going to school if his or her health permits.

<u>However, see your doctor or go to your CLSC as soon as possible, and bring this letter with you if</u> :

▶ Your child has a disease that weakens the immune system.

▶ Your child regularly takes cortisone in liquid or pill form.

▶ You are pregnant and have never had varicella, and you have been in contact with someone who has chickenpox.

In these cases, it may not be possible to administer the vaccine. The doctor will evaluate whether to administer immune globulins (VZIG) for prevention or to prescribe antiviral treatment if the disease appears.

If you have any questions, contact a nurse at your CLSC's Info-santé service.

School nurse	Telephone	Date

2009-04-06

Information for parents

HERPES ZOSTER

Your child may have come into contact with someone at school who has herpes zoster.

WHAT IS IT?

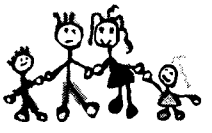
- It is a contagious disease caused by reactivation of the varicella virus or, in rare cases, following varicella vaccination.
- Usually without complications in healthy children;
- Lasts 15 to 20 days.

WHAT ARE THE SYMPTOMS

- Fever, often mild;
- Red blisters filled with fluid;
  The blisters form a line or patch and are usually limited to one side of the body;
- The blisters can be quite painful;
- After a few days, the blisters dry and form scabs.

HOW DOES IT SPREAD?

- Transmission of VARICELLA possible but not of herpes zoster;
- Only through contact with fluid from the blisters;
- No longer contagious once the blisters have all formed scabs.



HOW IS IT TREATED?

IF FEVER:

- give acetaminophen (Tempra, Tylenol, Atasol, etc.) according to weight (consult the pharmacist);
- **DO NOT** give acetylsalicylic acid (Aspirin).

IF SIGNIFICANT PAIN:

- Consult a doctor; a stronger painkiller may be required.

RECOMMENDATIONS

Note: There is a vaccine against varicella. It is now included in a free program in Québec. It can be given at the age of 12 months or older. When administered in the days following exposure to herpes zoster or varicella, the vaccine can prevent the disease.

If your child develops varicella:

▶ It is not necessary to isolate the child from his or her brothers and sisters. Your child can attend school as soon as his or her health permits.

However, see your doctor or go to your CLSC as soon as possible, and bring this letter with you if:

▶ Your child has a disease that weakens the immune system.

▶ Your child regularly takes cortisone in liquid or pill form.

▶ You are pregnant and have never had varicella, and you have been in contact with someone who has herpes zoster.

In these cases, it may not be possible to administer the vaccine. The doctor will evaluate whether to administer immune globulins (VZIG) for prevention or to prescribe antiviral treatment if the disease appears.

If you have any questions, contact a nurse at your CLSC's Info-santé service.

School nurse	Telephone	Date