

**PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS
DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE - GUIDE D'INTERVENTION**

ÉDITION NOVEMBRE 2008

Mises à jour de novembre 2012

(Version électronique)

Mois	Année	Chapitre	Section	Sujets : principaux changements - nouveautés	Pages à changer
Novembre	2012		Table des matières	Ajout de l'annexe 4 intitulée <i>Protocole de nettoyage et de désinfection en cas d'éclosion de cryptosporidiose</i> .	xiii et xiv
Novembre	2012	V Maladies infectieuses	Cryptosporidiose	Dans la sous-section <i>Environnement</i> de la section <i>Mesures à prendre</i> , référence à l'annexe 4 pour le nettoyage et la désinfection à l'aide d'une solution de peroxyde d'hydrogène pendant les éclosions en service de garde.	127 et 128
Novembre	2012	V Maladies infectieuses	<i>Hæmophilus influenzae</i> de type b (Infection invasive à)	Modification à la 2 ^e puce de la sous-section <i>Contacts familiaux</i> de la section <i>Mesures à prendre</i> pour tenir compte du fait que le vaccin Hiberix n'est pas commercialisé seul au Canada mais plutôt sous la forme d'un vaccin combiné Infanrix-hexa. Modification de la sous-section <i>Ceftriaxone</i> de la section <i>Mesures à prendre</i> ; l'âge d'administration de la dose pédiatrique de Ceftriaxone est passé de 15 ans à 12 ans.	183 et 184
Novembre	2012	V Maladies infectieuses	Pédiculose (poux)	Mise à jour de la section en fonction de la mise à jour du <i>Protocole d'intervention sur la pédiculose</i> révisé en juillet 2012.	289 à 298
Novembre	2012	V Maladies infectieuses	Rougeole	Mise à jour de la section en fonction de la mise à jour de la <i>Fiche technique pour la gestion des cas et des contacts</i> révisée en octobre 2011.	337 à 342 et ajout des pages 342A et 342B

Mois	Année	Chapitre	Section	Sujets : principaux changements - nouveautés	Pages à changer
Novembre	2012	V Maladies infectieuses	Streptocoque β -hémolytique du groupe A (Infection invasive à)	Modification des deux sous-sections suivantes : <i>Traitement et Méthodes diagnostiques</i> .	367 à 376
Novembre	2012		Bibliographie	Mise à jour de la bibliographie.	469 à 508 et ajout des pages 508A à 508C
Novembre	2012		Annexes	Ajout de l'annexe 4 intitulée <i>Protocole de nettoyage et de désinfection en cas d'éclosion de cryptosporidiose</i> .	509-510 et ajout des pages 515B à 515E

Salmonellose	349
Shigellose	357
Staphylococcus aureus résistant a la méthicilline (SARM)	363
Streptocoque β -hémolytique du groupe A	367
Tétanos	379
Tinea capitis ou teigne	383
Tinea corporis	389
Tinea pedis	395
Toxocarose	401
Tuberculose	405
Varicelle et zona	413
Verrues	423
Vers intestinaux (infection par des).....	425
Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	429
Virus du nil occidental (VNO)	433
Yersiniose	435

Chapitre VI

CONDITIONS PARTICULIÈRES ASSOCIÉES AUX SERVICES DE GARDE

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

BIBLIOGRAPHIE.....	469
--------------------	-----

ANNEXES

ANNEXE 1 Aide-mémoire : nettoyage et désinfection dans un service de garde.....	511
ANNEXE 2 Atchoum! Microbes rebelles, aux poubelles (affiche).....	513
ANNEXE 3 Ouste les microbes! La mousse à la rescousse (affiche)	515
ANNEXE 4 Protocole de nettoyage et de désinfection en cas d'écllosion de cryptosporidiose.....	515B

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

INDEX.....	527
------------	-----

LISTE DES FIGURES

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

LISTE DES TABLEAUX

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

◆ Contacts :

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

Environnement

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

Les oocystes de *Cryptosporidium* sont très résistants. Pendant les éclosions en service de garde, il est recommandé de désinfecter à l'aide d'une solution de peroxyde d'hydrogène (voir annexe 4). L'eau de Javel est inefficace.

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

Suivi

Surveiller l'apparition de cas secondaires.

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

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Cryptosporidiose

Chers parents,

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

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

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

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

◆ **Contacts**

Remettre une lettre aux parents des enfants considérés comme contacts et aux membres du personnel.

Contacts familiaux

- Considérer comme contact toute personne vivant dans la même maison que le sujet ou qui a été exposée à celui-ci quatre heures ou plus par jour pendant au moins cinq des sept jours précédant l'hospitalisation.
- Donner une chimioprophylaxie à tous les contacts, peu importe leur âge ou leur statut vaccinal contre l'Hib, si la maison compte, en excluant le sujet :
 - o un enfant de moins de 12 mois qui n'a pas reçu ses trois doses de la série primaire;
 - o un enfant âgé entre 12 et 48 mois et n'ayant pas reçu de dose de vaccin après l'âge de 15 mois;
 - o un enfant immunosupprimé, peu importe son âge ou son statut vaccinal.

Les enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés doivent recevoir une dose de vaccin. Leur calendrier d'immunisation doit ensuite être complété.

Service de garde en milieu familial

Utiliser la même approche que pour les contacts familiaux si le sujet fréquente le service de garde 20 heures ou plus par semaine.

Service de garde en installation

- Si le sujet fréquente le service de garde 20 heures ou plus par semaine, considérer comme contacts les enfants du même groupe et le personnel qui s'en occupe.
- En présence d'un cas d'infection invasive à Hib, l'indication d'une chimioprophylaxie est controversée.
- Pour les enfants de moins de 2 ans, l'intervention est la même que pour les contacts familiaux. Les enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés pour leur âge doivent compléter leur calendrier vaccinal.
- Si le service de garde n'accueille pas d'enfants de moins de 2 ans, la chimioprophylaxie n'est pas indiquée, peu importe le statut vaccinal des enfants. Toutefois, les enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés pour leur âge doivent compléter leur calendrier vaccinal.
- Si deux cas se déclarent à l'intérieur d'une période de 60 jours, administrer une chimioprophylaxie à tous les enfants et au personnel du service de garde.

Chimioprophylaxie

Une chimioprophylaxie à la rifampicine devrait être administrée aux contacts le plus rapidement possible. L'efficacité de la chimioprophylaxie pour prévenir les cas secondaires a été démontrée, même lorsqu'elle est commencée sept jours ou plus après l'hospitalisation du cas.

Rifampicine

- Enfant < 1 mois : 10 mg/kg/jour en une dose quotidienne, pendant quatre jours.
- Enfant > 1 mois : 20 mg/kg/jour en une dose quotidienne, pendant quatre jours (max. 600 mg/jour).

La rifampicine peut être préparée en suspension par le pharmacien. Dans ce cas, il est recommandé de prendre préalablement une entente avec lui.

Informez la personne des effets secondaires possibles : nausées, vomissements, diarrhée, étourdissements, céphalées dans 20 % des cas, coloration orangée des urines et des larmes, coloration permanente des lentilles cornéennes souples et diminution de l'efficacité des contraceptifs oraux.

Ne pas administrer ce médicament aux femmes enceintes (remplacer par de la ceftriaxone).

Ceftriaxone

Elle sera utilisée lorsque la rifampicine est contre-indiquée.

- Adulte : 250 mg, IM, en dose unique.
- Enfant < 12 ans : 125 mg, IM, en dose unique.

Environnement

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

Suivi

Pendant les deux mois qui suivent l'apparition d'un cas, n'admettre au service de garde que les enfants vaccinés adéquatement pour leur âge.

PÉDICULOSE (DU CUIR CHEVELU)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La pédiculose est une infestation parasitaire des régions pileuses du corps par les poux, dont il existe trois espèces : le pou de corps (*Pediculus humanus corporis*), le pou de tête, ou du cuir chevelu (*Pediculus humanus capitis*), et le pou du pubis (*Phthirus pubis*). Une étude a rapporté que, chez des individus fortement infestés et vivant dans des conditions de précarité, les poux de tête sont capables de migrer, de se transformer en poux de corps et de coloniser les vêtements. De nouvelles recherches seront nécessaires pour vérifier cette hypothèse, qui pourrait avoir un intérêt de santé publique car les poux de corps sont capables de transmettre des agents infectieux. Il ne sera question ici que des poux de tête; ceux-ci sont responsables de la pédiculose du cuir chevelu, une infestation en recrudescence à l'échelle mondiale.

Cycle de vie

Le cycle de vie des poux comprend trois stades, ou formes, de l'insecte : la lente, la nymphe et le pou adulte. Les lentes sont des œufs de pou; elles prennent environ dix jours pour éclore (entre sept et douze jours) et pour libérer les nymphes. Ces dernières doivent se nourrir de sang dans les 24 heures pour survivre. Leur processus de maturation, en trois stades lui aussi, dure également environ dix jours (de neuf à onze jours). Selon les conditions de leur habitat, notamment le taux d'humidité du cuir chevelu, les poux adultes peuvent vivre jusqu'à 30 jours. Les femelles sont plus grandes que les mâles et elles peuvent pondre en moyenne cinq lentes par jour.

Tableau clinique

La majorité des personnes infestées sont asymptomatiques. Il peut s'écouler de quatre à six semaines avant que les démangeaisons (symptôme le plus fréquent) ne soient ressenties. Les poux et les lentes se trouvent particulièrement derrière les oreilles, à la partie postérieure et inférieure de la tête (occiput) et, parfois, dans les sourcils. Les lentes vivantes sont souvent collées près de la racine des cheveux (à moins de 6 mm du cuir chevelu). L'infestation touche particulièrement les enfants âgés de 3 à 11 ans, avec un pic autour de 8 ou 9 ans.

Complications

La pédiculose peut entraîner des excoriations ainsi qu'une infection secondaire au grattage. D'autres complications, moins fréquentes, sont possibles, notamment des adénopathies locales ou cervicales, une conjonctivite ou un eczéma du cuir chevelu.

Durée de la maladie

La pédiculose dure tant qu'un traitement efficace n'a pas été administré.

Mode d'acquisition et de transmission

Acquisition

L'être humain est le seul réservoir du pou. Les nymphes du troisième stade et les jeunes adultes, étant les plus mobiles et physiologiquement les mieux développés, seraient les principaux responsables de la transmission de l'infestation à un nouvel hôte.

L'infestation se fait principalement par contact avec une personne infestée, et plus précisément de tête à tête. La transmission par contact avec des effets personnels (une brosse, un peigne ou un chapeau, par exemple) de cette personne est possible, mais elle est moins fréquente. Il n'existe pas de preuves scientifiques d'acquisition ou de transmission des poux de tête par les tapis, les draps ou les taies d'oreiller.

Transmission

- Contact direct (le mode le plus important)
- Contact indirect (possible)



Période d'incubation

Pour la pédiculose du cuir chevelu, la période d'incubation est difficile à préciser; on peut cependant l'estimer entre sept et douze jours, soit le temps que prend une lente pour éclore.

Période de contagiosité

La période de contagiosité s'étend jusqu'à la destruction, par un traitement efficace, des lentes et des poux vivants trouvés sur une tête infestée.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter la pédiculose. Toutefois, on rapporte que la prévalence de l'infestation est plus élevée chez les filles que chez les garçons du primaire. Cela semble s'expliquer par le comportement social et relationnel des filles.

Immunité

La pédiculose ne confère pas d'immunité.

Méthodes diagnostiques

◆ **Habituelles**

Sur la base du tableau clinique, il faut procéder à l'examen du cuir chevelu et des cheveux avec une loupe et un peigne fin.

L'infestation active est confirmée seulement par la présence d'au moins un pou (stade de nymphe ou adulte) vivant sur la tête. La présence de lentes n'est indicative que d'une infestation passée, laquelle peut être active ou non. Ainsi, la présence de lentes à moins de 6 mm du cuir chevelu, surtout derrière les oreilles et à l'occiput, laisse croire à une infestation probable, mais elle ne la confirme pas.

L'utilisation du peigne fin sur les cheveux humides a été jugée plus efficace que la seule observation visuelle pour le dépistage de l'infestation active.

◆ **Exceptionnelles**

Aucune.

Cependant, pour le diagnostic de la résistance des poux aux pyréthrine (recherche du gène *kdr*, pour *knock-down resistance*), il existe des techniques de biologie moléculaire (séquençage de première génération, réaction en chaîne par polymérase et pyroséquençage).

Traitement

Il est très important d'établir un bon diagnostic avant d'entreprendre un traitement. On doit traiter seulement les cas d'infestation active confirmés. L'observation de lentes seules demande une évaluation clinique individuelle avant qu'un traitement ne soit envisagé. Le traitement « préventif » est fortement déconseillé.

Les différents produits homologués contre les poux de tête sont regroupés en deux catégories, selon le nombre d'applications recommandé :

Produits de catégorie « deux applications » : diméthicone 100cSt, 50 % p/p (NYDA[®]); perméthrine (Kwellada-P[®] 1 %, Nix[®] 1 %); pyréthrine et butoxyde de pipéronyle (R et C[®], Pronto[®]). En raison de leur pouvoir pédiculicide et ovicide, ces produits sont employés deux fois, soit au jour 0 et au jour 9 du traitement.

Produits de catégorie « trois applications » : huiles d'anis étoilé et de noix de coco fractionnée, huile essentielle de cananga odorata (ylang-ylang) et alcool isopropylique (Zap[®]); myristate d'isopropyle et ST-cyclométhicone (Resultz[®]). En raison de leur pouvoir pédiculicide et de leur pouvoir ovicide faible ou nul, ces produits sont employés trois fois, soit au jour 0, au jour 7 et au jour 14 du traitement.

Afin de maximiser les chances de succès des traitements mentionnés ci-dessus, il est important de prendre les mesures complémentaires suivantes :

- Aux jours 2, 11 et 17 après le début du traitement : examen visuel des cheveux mouillés, sur lesquels on a appliqué du revitalisant (sauf si l'on utilise de la perméthrine, parce que le revitalisant pourrait en diminuer l'efficacité), et utilisation d'un peigne fin pour enlever tous les poux, toutes les nymphes et toutes les lentes, morts ou vivants, retrouvés sur la tête.
- Au 17^e jour après le début du traitement : vérification du succès (ni pou, ni nymphe ne sont retrouvés) ou de l'échec de la thérapie (présence de poux ou de nymphes vivants). En cas d'échec, il faut en déterminer les causes probables, apporter les correctifs appropriés et consulter un professionnel de la santé, s'il y a lieu. Si des lentes vivantes sont retrouvées, une évaluation individuelle par un professionnel de la santé est recommandée.
- Si l'on soupçonne une résistance au pédiculicide utilisé, il faut consulter un professionnel de la santé. À la suite d'une évaluation du cas, cette personne pourra recommander d'entreprendre un nouveau traitement avec un produit de composition différente en suivant le schéma qui correspond à celui-ci OU de procéder au traitement mécanique (peigne fin sur des cheveux mouillés), tous les trois ou quatre jours, jusqu'à ce que trois séances de suite de ce traitement démontrent qu'il n'y a aucune infestation (absence de poux, de nymphes et de lentes vivants).

Des échecs du traitement s'expliquent par une mauvaise application du produit (omission d'appliquer le produit sur les régions touchées ou fréquence du traitement recommandée non respectée) ou par une résistance de l'insecte au produit utilisé. Dans une étude menée récemment au Canada, on a observé la fréquence élevée (chez 97 % des poux recueillis) du gène *kdr*, montrant la résistance aux pyréthrinés (synthétiques et naturelles synergisées), parmi un petit échantillon de patients infestés par des poux de tête. Des études plus représentatives seront nécessaires avant de conclure que des échecs du traitement observés sur le terrain sont dus à la résistance génétique des poux.

En général, la décision de recourir à des traitements répétés (plus de deux cycles complets de traitement) devrait être prise par le professionnel de la santé, car cela pourrait exposer l'enfant à une amplification des effets indésirables.

Si les sourcils sont atteints, il faut appliquer de la gelée de pétrole (par exemple, Vaseline[®] ou Lacri-lube[®]) en couches épaisses deux fois par jour pendant une semaine. On retirera les lentes à l'aide d'une pince à sourcils ou d'un peigne fin à dents courtes.

Autres produits et traitements de remplacement : Des études font état de l'efficacité de certains médicaments (triméthoprim-sulfaméthoxazole, ivermectin et spinosad, notamment) contre les poux de tête. Toutefois, ces produits ne sont pas homologués au Canada pour le traitement de cette infestation et les preuves scientifiques sont encore limitées pour pouvoir les recommander dans une perspective de santé publique.

Certains produits à base de lindane (Kwellada[®] et Para[®]) ne sont plus offerts sur le marché canadien, mais d'autres sont autorisés comme médicaments sans ordonnance (Hexit[®] et PMS Lindane[®]). Toutefois, ils sont déconseillés en raison de leur faible efficacité et de leur toxicité élevée chez l'humain.

L'utilisation des produits conçus pour traiter les puces et les tiques chez les animaux n'est pas recommandée chez les humains. La concentration et la composition de ces produits diffèrent de celles des shampoings mentionnés plus haut. Même si certains ingrédients actifs sont les mêmes, l'utilisation de shampoing pour animaux peut être dangereuse et inefficace.

Les « recettes maison », les préparations commerciales et les substances « naturelles » qui ne figurent pas parmi les produits des catégories « deux applications » ou « trois applications » ne sont pas recommandées en raison du manque d'information, sur le plan scientifique, quant à leur efficacité et aux dangers qu'ils peuvent présenter.

Il n'est pas recommandé de couper les cheveux de la personne infestée. Le peigne fin doit être utilisé pour enlever les poux et les lentes.

Particularités associées aux services de garde

Les éclosions de pédiculose du cuir chevelu sont moins fréquentes dans les services de garde que dans les écoles primaires. Au Québec, on ne connaît pas la prévalence des poux de tête dans ces milieux. Cependant, elle devrait se situer en deçà de 10 %. Une proportion de plus de 20 % établie pour un groupe est un indicateur d'éclosion de pédiculose (par exemple, 4 enfants infestés dans un groupe de 15). L'opinion des intervenants locaux ayant une expertise en la matière peut aussi être considérée comme un critère valable pour intervenir.

Particularités associées à la femme enceinte

La perméthrine 1 % est le produit recommandé pour les femmes enceintes. Les pyréthrinés naturels synergisés ou le traitement mécanique (retrait des poux, des nymphes et des lentes à l'aide d'un peigne fin) sont également des choix thérapeutiques possibles. Idéalement, avant d'utiliser un pédiculicide, la femme enceinte ou qui allaite devrait consulter son médecin.

MESURES À PRENDRE

Enquête

Identifier les contacts après l'observation d'un premier cas d'infestation active confirmée.

Il est très important d'établir un bon diagnostic chez les contacts. Seulement les cas d'infestation active confirmée devront être pris en considération. L'observation de lentes seules demande une évaluation clinique individuelle avant qu'un traitement ne soit envisagé. Si le diagnostic est confirmé, appliquer les mesures recommandées.

Mesures de contrôle

◆ Sujet :

- Exclure le sujet infesté de son milieu de garde ou de son école jusqu'à la première application du traitement est une action présentement déconseillée, ceci en raison de son inefficacité en tant que mesure de prévention (la majorité des personnes infestées sont contagieuses plusieurs semaines avant le diagnostic) et de son coût social (perte de jours d'école pour les enfants et de jours de travail pour les parents). Cependant, dans des situations particulières telles qu'une infestation massive (des centaines de poux et de lentes vivantes) et persistante, elle pourrait être appliquée avec discernement et pendant une courte période. Des mesures individualisées qui permettent de traiter une telle infestation devraient être mises en place tout en respectant la dignité et les droits fondamentaux de la personne atteinte.
- S'assurer que les parents des enfants infestés ont bien compris le mode et la fréquence d'application du produit choisi ainsi que les mesures complémentaires (examen de la tête, puis retrait des poux et des lentes à l'aide d'un peigne fin).
- Pour enlever les lentes, utiliser un peigne fin dont la distance entre les dents se situe le plus près possible de 0,2 mm. La qualité et l'efficacité du peigne fin dépendent aussi du matériau et de la couleur. Ainsi, il faut privilégier un peigne fin d'une couleur claire, dont les dents sont fortes (en métal ou en plastique ABS) et adaptées à la longueur des cheveux.

La politique « sans lentes », qui vise à exclure les enfants infestés d'un milieu jusqu'à ce qu'aucune lente (viable ou morte) ne soit trouvée sur leur cuir chevelu, est à bannir en raison du manque de preuves concernant sa pertinence ou son efficacité pour le contrôle des éclosions de pédiculose du cuir chevelu et du fait qu'elle engendre des effets indésirables non négligeables (traitements multiples qui augmentent les risques d'intoxication des personnes traitées et de résistance des poux aux produits, perte inutile de jours de classe, isolement, stigmatisation et détresse sociale) pour les enfants et leurs familles.

◆ Contacts :

Considérer comme des contacts toute personne du service de garde (enfant, membre du personnel) ayant eu, dans le dernier mois, un contact direct (de tête à tête) avec une personne infestée et tous les membres de la famille habitant dans la même maison que cette personne. Les mesures recommandées pour les contacts sont les suivantes :

- Envoyer une lettre d'information à tous les parents (lettre n° 1) et informer le personnel du service de garde de la situation.
- Examiner la tête de tous les contacts.
- Envoyer une lettre aux parents des contacts infestés (lettre n° 2).
- Traiter, simultanément si possible et en suivant l'un des schémas recommandés, toutes les personnes pour qui le diagnostic d'infestation active est confirmé.

Environnement

S'assurer que les enfants ne partagent pas leurs effets personnels (peignes, brosses à cheveux, chapeaux, taies d'oreiller).

Désinfecter régulièrement (surtout en cas d'éclosion) les effets personnels utilisés par les personnes infestées. Les procédures recommandées sont les suivantes :

- peignes et brosses à cheveux : les faire tremper dans de l'eau chaude à environ 65 °C (150 °F) pendant 5 à 10 minutes ou dans un shampooing contre les poux (non dilué) pendant 1 heure ;
- chapeaux, casquettes et vêtements : les faire sécher à l'air chaud pendant 20 minutes, les faire nettoyer à sec ou les entreposer dans un sac de plastique fermé hermétiquement pendant 10 jours.

La vaporisation de la maison, des meubles ou d'autres objets de l'environnement avec un insecticide est fortement déconseillée.

Suivi

Profiter de l'occasion pour réviser les mesures d'hygiène et donner de l'information au personnel sur la pédiculose du cuir chevelu ainsi que sur son dépistage et son traitement.

Si l'éclosion persiste, visiter le service de garde (ou l'école) et chercher la cause en s'assurant que le protocole d'intervention en vigueur a été appliqué.

LETTRE AUX PARENTS DE TOUS LES ENFANTS DU SERVICE DE GARDE (lettre n° 1)

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Pédiculose (poux de tête) au service de garde

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, des enfants sont porteurs de poux de tête et de lentes. Afin d'éviter la contagion, nous vous demandons d'examiner la tête de votre enfant et des autres membres de votre famille et, si nécessaire, de traiter immédiatement les personnes infestées en suivant les recommandations données.

Vous trouverez ci-joint un dépliant du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec contenant des conseils et des renseignements pratiques sur la pédiculose du cuir chevelu. On y aborde notamment la question des traitements recommandés. **Conservez-le précieusement** pendant toute l'année scolaire (suggestion : apposez-le sur le réfrigérateur ou rangez-le avec le carnet de vaccination).

Pour plus d'information sur les poux de tête, communiquez avec votre CLSC ou avec Info-Santé, au 811.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

p. j. Brochure *Poux...poux...poux Tout savoir sur les poux de tête*

LETTRE AUX PARENTS DES ENFANTS INFESTÉS**(lettre n° 2)**

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Pédiculose (poux de tête) chez votre enfant

Chers parents,

Nous avons constaté que votre enfant souffre de pédiculose du cuir chevelu (poux de tête ou lentes vivantes, ou les deux). Bien qu'ils ne soient pas dangereux et qu'ils ne causent pas toujours des démangeaisons, les poux de tête sont dérangeants pour votre enfant, et ils peuvent causer des épidémies dans les familles, les écoles et les services de garde.

Nous vous recommandons fortement d'examiner la tête des autres membres de votre famille pour y rechercher des poux de tête. Vous devrez traiter toute les personnes infestées le même jour.

Appliquez un produit recommandé contre les poux selon les schémas montrés dans le dépliant du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ci-joint. Ce dépliant contient aussi des conseils et des renseignements pratiques sur la pédiculose du cuir chevelu. **Conservez-le précieusement**, pendant toute l'année scolaire (suggestion : apposez-le sur le réfrigérateur ou rangez-le avec le carnet de vaccination), même lorsque votre enfant aura été traité.

Nous vous demandons d'aviser les personnes de votre entourage qui ont pu être en contact avec votre enfant (personnel d'encadrement et participants des activités parascolaires, amis du voisinage, etc.) afin qu'elles se fassent examiner la tête.

Pour plus d'information sur les poux de tête, communiquez avec votre CLSC ou avec Info-Santé, au 811.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

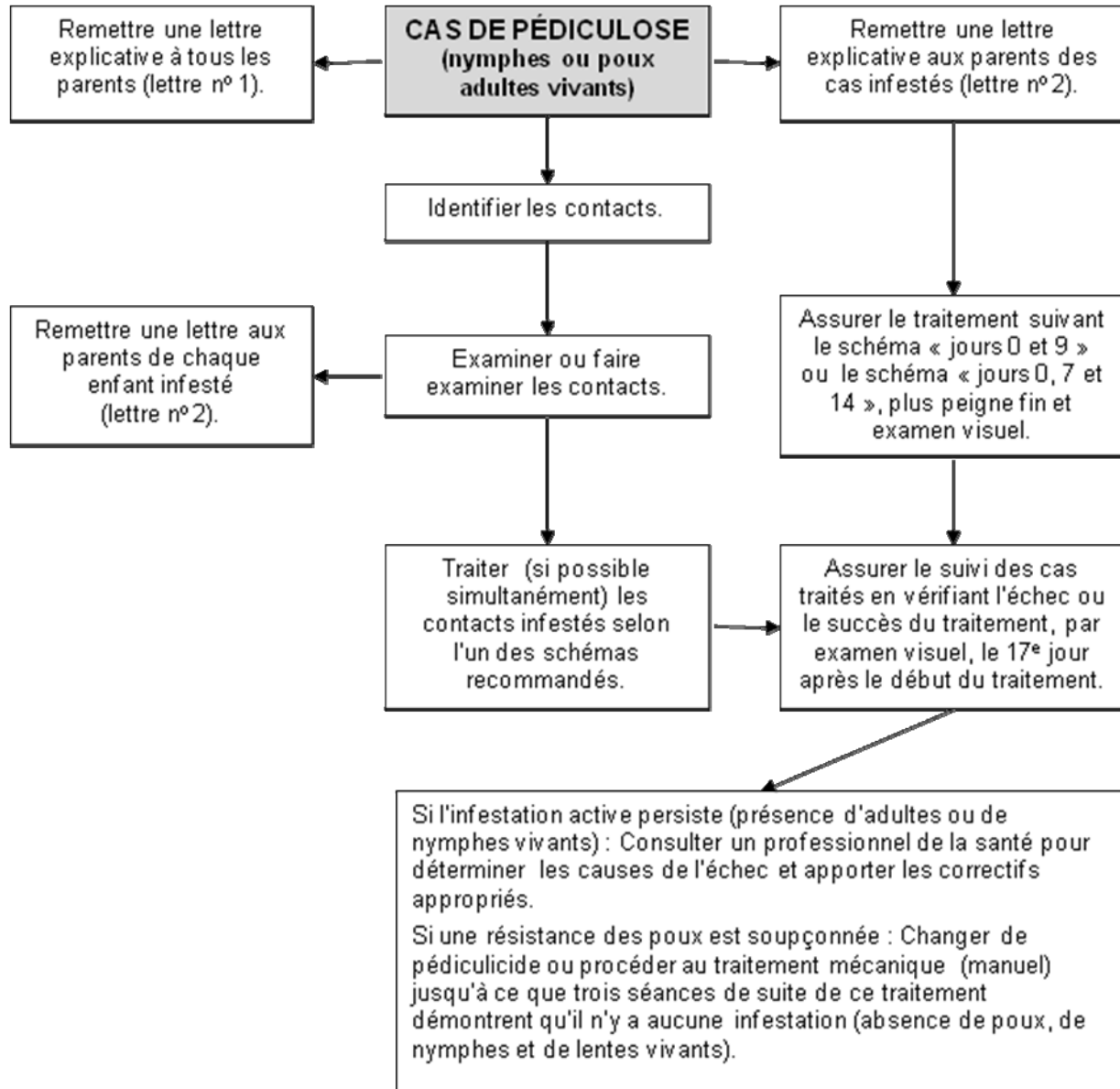
Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

p. j. Brochure *Poux...poux...poux Tout savoir sur les poux de tête*

CAS DE PÉDICULOSE (POUX DE TÊTE)

ARBRE DÉCISIONNEL



Veuillez noter que les pages 297 et 298 sont inexistantes.

ROUGEOLE

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La rougeole est une infection virale aiguë très contagieuse causée par le virus du même nom, de la famille des paramyxovirus. Les éclosions ont lieu surtout en hiver ou au début du printemps. Grâce à la vaccination, la maladie est devenue beaucoup moins fréquente au Québec. Toutefois, en 2011, une épidémie de plus de 750 cas s'y est déclarée, ce qui a justifié une vaste campagne de rattrapage de la vaccination.

Tableau clinique

La rougeole débute par une atteinte importante de l'état général, une fièvre élevée ($\geq 38,3$ °C), une conjonctivite, de la photophobie, de la rhinorrhée et de la toux (phase catharrale). De trois à cinq jours plus tard, une éruption cutanée maculopapulaire s'ajoute; elle débute au visage et au cou, puis s'étend au thorax et aux membres. Des taches blanchâtres (taches de Koplik), présentes avant ou au début de l'éruption, sont pathognomoniques de la rougeole et peuvent s'observer sur la muqueuse buccale. L'éruption dure au moins trois jours et peut aller jusqu'à sept jours.

La maladie est en général plus grave chez les nourrissons, les adultes et les immunosupprimés.

Complications

La rougeole peut entraîner les complications suivantes :

- otite moyenne (7 à 9 % des cas), infection pulmonaire, telle que laryngotrachéobronchite, bronchite et pneumonie (1 à 6 % des cas), diarrhée persistante avec entéropathie (surtout chez les jeunes nourrissons);
- encéphalite (1 cas sur 1 000 - 2 000) pouvant laisser des séquelles neurologiques;
- panencéphalite sclérosante subaiguë (1 cas sur 100 000);
- décès (1 cas sur 3 000 au Canada).

Les complications sont plus fréquentes chez les enfants de moins de 12 mois, les femmes enceintes réceptives et les immunosupprimés.

Durée de la maladie

La rougeole dure de sept à dix jours.

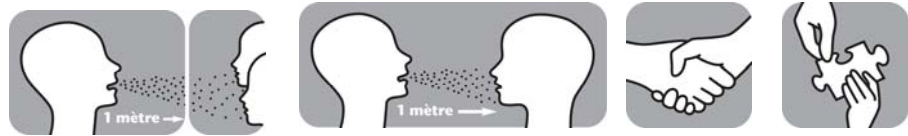
Modes d'acquisition et de transmission

Acquisition

La rougeole est une maladie très contagieuse qui s'acquiert par aspiration de gouttelettes et de microgouttelettes projetées dans l'air par une personne infectée qui tousse, qui éternue ou qui parle. Elle se transmet aussi par contact direct avec les sécrétions nasopharyngées de personnes infectées et, moins souvent, par l'entremise d'objets contaminés.

Transmission

- Aérienne
- Contact gouttelettes
- Contact direct
- Contact indirect



Note : La transmission par voie aérienne est très efficace et le seul fait d'avoir partagé le même espace qu'une personne infectée, même durant une courte période de temps, peut suffire pour contracter l'infection.

Période d'incubation

La période d'incubation dure en moyenne 14 jours entre l'exposition au virus et l'apparition de l'éruption. Elle peut être aussi courte que 7 jours, mais elle peut atteindre 21 jours chez une personne qui a reçu des immunoglobulines après avoir été exposée au virus.

Période de contagiosité

La période de contagiosité s'étend de quatre jours avant le début de l'éruption jusqu'à quatre jours après. La contagiosité atteint son maximum avant l'apparition de l'éruption, pendant la période catarrhale.

Réceptivité

Les personnes réceptives sont celles qui sont considérées comme n'étant pas adéquatement protégées contre la rougeole. Une personne est adéquatement protégée si elle :

- est née en 1980 ou après et qu'elle a reçu, à partir de l'âge de 1 an, deux doses de vaccin contre la rougeole administrées à un intervalle minimal de quatre semaines;
- est née entre 1970 et 1979 et qu'elle a reçu une dose de vaccin contre la rougeole après l'âge de 1 an (les stagiaires et les travailleurs de la santé, les voyageurs ainsi que les recrues militaires doivent toutefois en avoir reçu deux doses);
- est née avant 1970, même si elle n'a reçu aucune dose de vaccin contre la rougeole;
- a une attestation médicale certifiant qu'elle a eu la rougeole avant le 1^{er} janvier 1996;
- a une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la rougeole.

Immunité

La rougeole confère une immunité permanente.

L'efficacité vaccinale varie entre 85 et 95 % après l'administration d'une dose de vaccin, et elle dépasse 95 % après deux doses administrées selon le calendrier.

Méthodes diagnostiques

◆ Habituelles

- Tableau clinique.
- Dosage d'anticorps d'IgM spécifiques, qui sont mesurables surtout entre le 3^e et le 28^e jour après le début de l'éruption.
- Recherche d'anticorps IgG (technique ELISA). Si le premier test effectué dès l'apparition du rash est positif, considérer que l'enfant n'a pas la rougeole, qu'il est protégé et ne pas répéter le test. Si le premier test est négatif, il doit être répété quatorze jours après le début des symptômes.
- Culture virale des sécrétions de la gorge ou des sécrétions nasopharyngées prélevées quatre jours ou moins après le début de l'éruption.
- Culture virale de l'urine prélevée sept jours ou moins après le début de l'éruption.

- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur des sécrétions de la gorge ou du nasopharynx prélevées quatre jours ou moins après le début de l'éruption.
- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur l'urine prélevée sept jours ou moins après le début de l'éruption.

◆ **Exceptionnelles**

Aucune.

Traitement

◆ **Spécifique**

Aucun.

◆ **De soutien**

- Antipyrétiques.
- Antibiotiques en présence d'une infection bactérienne secondaire.
- Des suppléments de vitamine A sont souvent recommandés chez les enfants.

Particularités associées au service de garde

Il est fortement recommandé que les personnes travaillant dans les services de garde soient protégées contre la rougeole. Si une personne non protégée est exposée au virus dans son propre milieu familial, il faudra considérer de la retirer du service de garde où elle travaille, et ce, jusqu'à quatorze jours après son dernier contact avec un cas contagieux.

Particularités associées à la femme enceinte

La femme enceinte qui contracte la rougeole voit augmenter son risque d'avorter spontanément, d'accoucher prématurément ou de donner naissance à un bébé de petit poids.

Le vaccin vivant contre la rougeole est contre-indiqué pour la femme enceinte.

Pour informations complémentaires, voir, au chapitre VI, la rubrique « La femme enceinte ».

MESURES À PRENDRE

Enquête

- Vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant et s'assurer que les prélèvements appropriés sont acheminés au laboratoire.
Note : On doit aviser le centre de prélèvement ou le médecin vers lequel on dirige un éventuel cas de rougeole, à cause du danger de transmission du virus dans la salle d'attente.
- Un seul cas confirmé (par laboratoire ou par lien épidémiologique) dans un service de garde suffit pour considérer qu'il s'agit d'une éclosion.
- Identifier les contacts.

Mesures de contrôle

Les mesures suivantes doivent être prises lorsque le diagnostic est confirmé.

◆ Sujet

Exclure le sujet du service de garde jusqu'à quatre jours inclusivement après le début de l'éruption.

◆ Contacts

- Considérer comme un contact toute personne exposée au virus de la rougeole pendant la période de contagiosité d'une personne atteinte.
 - Dans tous les services de garde : les contacts sont les enfants et le personnel ainsi que les personnes ayant circulé dans les espaces utilisés régulièrement par les enfants (y compris celles qui vont conduire et viennent chercher les enfants) durant les heures d'activité.
 - Dans un service de garde en milieu familial : s'ajoutent aux contacts énumérés précédemment les personnes vivant dans la résidence en question.
- Remettre une lettre à tous les contacts identifiés.
- Identifier les contacts pour lesquels le risque est le plus élevé, soit : les enfants âgés de moins de 12 mois, les femmes enceintes réceptives et les personnes immunosupprimées (voir, au chapitre VI, section « enfants immunosupprimés »).
 - Pour les enfants ayant entre 6 et 12 mois :
 - ◇ Administrer le vaccin lorsque le premier contact remonte à moins de trois jours. Les enfants qui ont reçu une dose de vaccin avant l'âge de 12 mois sont considérés comme protégés advenant une éclosion dans leur service de garde. Cependant, ils doivent recevoir deux doses de vaccin contre la rougeole après l'âge de 12 mois pour continuer à être considérés comme protégés.
 - ◇ Administrer des immunoglobulines (IG) si le premier contact remonte à plus de trois jours mais à moins de sept jours. Après l'âge de 12 mois, les enfants devront recevoir deux doses de vaccin, conformément aux recommandations du PIQ, au plus tôt cinq mois après avoir reçu des IG.
 - Pour les enfants de moins de 6 mois, les femmes enceintes réceptives et les personnes immunosupprimées :
 - ◇ Administrer des immunoglobulines, par voie IM, le plus tôt possible lorsque le premier contact remonte à moins de sept jours.
 - ◇ Selon les recommandations du PIQ, s'il y a lieu, mettre la vaccination à jour cinq mois après l'administration des IG.

Lorsqu'une éclosion se déclare dans un service de garde, le risque de développer la maladie est de 50 % pour les personnes qui ont reçu des immunoglobulines. En conséquence, elles devraient être retirées du service de garde pendant une période d'au moins trois semaines après l'administration des immunoglobulines. Toutefois, s'il existe toujours un risque pour elles de contracter la maladie dans le service de garde, le médecin traitant peut prolonger la période de retrait.
- Avant de recevoir les vaccins contre la rougeole et contre la varicelle, la personne qui a reçu des immunoglobulines devra attendre cinq mois si la dose était de 0,25 ml/kg, et six mois si la dose était de 0,50 ml/kg.
- Toute personne considérée comme réceptive à la maladie (voir la section « Réceptivité », p. 338) devrait être vaccinée (deux doses de vaccin après l'âge de 1 an, à un intervalle minimal de quatre semaines).
- Surveiller l'apparition des symptômes chez les contacts et diriger ces derniers vers un médecin ou le CLSC, s'il y a lieu.

Note : On doit aviser le centre de prélèvement ou le médecin vers lequel on dirige un éventuel cas de rougeole, à cause du danger de transmission du virus dans la salle d'attente.

- Envisager le retrait des contacts réceptifs pour une période allant jusqu'à quatorze jours après le dernier jour de présence dans les locaux du dernier cas contagieux ou jusqu'à ce que ces contacts soient vaccinés, selon les recommandations de la DSP. Celle-ci évaluera la pertinence de cette mesure en considérant la couverture vaccinale et les facteurs propres au milieu ; par exemple la présence de plusieurs enfants susceptibles d'être protégés sans preuve vaccinale (ex. : proviennent de pays où la rougeole est endémique), service de garde logé dans un établissement (ex. : CH) plus susceptible d'exposer les personnes vulnérables, etc.
- Dans un service de garde en milieu familial, envisager, pour les membres de la maisonnée considérés comme réceptifs, leur retrait du milieu scolaire (primaire et secondaire), d'un autre milieu de garde ou d'un milieu de soins qu'ils fréquentent, en fonction de leur exposition au cas.

Environnement

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

Aérer les locaux.

Suivi

Assurer le suivi jusqu'à 28 jours après l'apparition du dernier cas

LETTRE AUX PARENTS

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Rougeole

Chers parents,

Votre enfant a été en contact avec une personne ayant la rougeole. C'est une maladie sérieuse et très contagieuse qui peut être évitée par un vaccin.

La personne qui attrape la rougeole a de la fièvre, une sensibilité des yeux à la lumière, le nez qui coule et elle tousse; puis des rougeurs apparaissent sur son visage et sur son corps. Ces symptômes durent une ou deux semaines. La rougeole peut aussi causer des otites, une pneumonie ou de la diarrhée. Plus rarement, elle peut donner une encéphalite (infection au cerveau) et laisser des séquelles comme la surdité ou un retard mental.

Au Québec, deux doses de vaccin contre la rougeole sont prévues pour tous les enfants. La première dose est donnée un peu après l'âge de 12 mois et la seconde, à 18 mois.

Vérifiez que votre enfant et tous les membres de votre famille ont été vaccinés contre la rougeole. En cas de doute, informez-vous auprès de votre médecin ou de votre CLSC.

Si votre enfant n'a pas reçu les vaccins recommandés, il est possible qu'il ait la maladie. Pour cette raison, la Direction de santé publique décidera peut-être de le retirer du service de garde pour un temps limité.

Si votre enfant a moins de 12 mois ou s'il est immunosupprimé (il a une maladie qui diminue sa capacité à se défendre contre les infections), il devra recevoir, pour sa protection, une injection d'immunoglobulines (anticorps) ou un vaccin. Adressez-vous sans délai à : _____

Si, pour une raison liée ou non à la rougeole, vous devez consulter un médecin avec votre enfant :

- TÉLÉPHONEZ à la clinique médicale, au CLSC ou à l'urgence avant de vous y présenter et mentionnez le contenu de la présente lettre à la personne qui vous répondra;
- dès votre arrivée, remettez la lettre à la personne qui vous accueillera. La rougeole étant très contagieuse, des mesures seront mises en place pour prévenir la transmission (isolement dans une pièce fermée et port d'un masque).

Si votre enfant, vacciné ou non, présente des symptômes de la maladie :

- consultez un médecin pour être sûrs du diagnostic;
- suivez les recommandations précédentes;
- avisez le service de garde de la situation.

Les femmes enceintes et les personnes immunosupprimées qui sont venues au service de garde entre le _____ et le _____ doivent, aussitôt que possible, demander à leur médecin ou à leur CLSC si elles doivent recevoir un traitement préventif.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

p. j. La rougeole et les immunoglobulines. Renseignements et conseils pratiques

LA ROUGEOLE ET LES IMMUNOGLOBULINES

RENSEIGNEMENTS ET CONSEILS PRATIQUES

Rougeole

La rougeole est une maladie virale très contagieuse qui se transmet par l'inhalation de microgouttelettes ou de gouttelettes, ou par contact avec des sécrétions venant du nez ou de la gorge d'une personne infectée. Elle s'accompagne fréquemment d'une otite, d'une infection pulmonaire ou, dans 1 cas sur 1 000 à 2 000, d'une complication cérébrale (encéphalite) qui cause souvent des dommages permanents au cerveau et un retard mental. La mort survient dans 1 cas sur 3 000.

Immunoglobulines

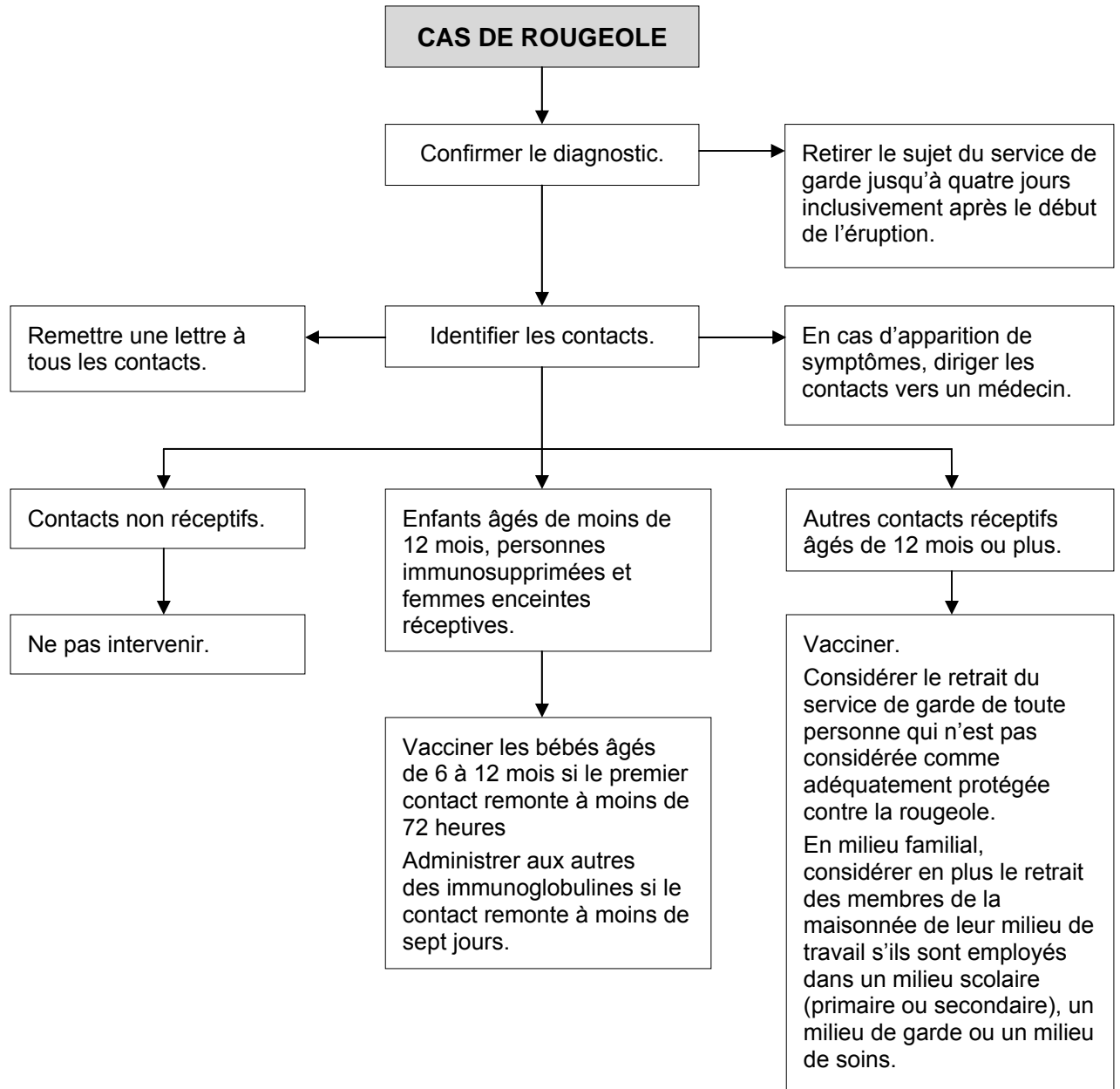
Les immunoglobulines sont des anticorps extraits du sang de plusieurs donneurs. Quand quelqu'un reçoit des immunoglobulines, on parle d'immunisation « passive » parce qu'elle ne fait pas appel aux mécanismes de défense comme dans le cas d'une vaccination. C'est pourquoi la durée de la protection est très limitée dans le temps. Seul le vaccin protège à long terme.

La méthode d'extraction et de préparation des immunoglobulines à partir de sang humain et leur traitement détruisent les virus qui auraient pu échapper aux tests de dépistage.

Après l'administration des immunoglobulines, il faut attendre au moins cinq ou six mois (en fonction de la dose reçue) avant de recevoir le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons ou un vaccin contre la varicelle.

On peut en effet prévenir la rougeole en administrant des immunoglobulines humaines (gammaglobulines) aux personnes qui ont été en contact une première fois avec un cas de rougeole depuis moins de sept jours. Les immunoglobulines sont recommandées si ce sont des personnes à risque. Cependant, dans la majorité des cas, on recommande d'administrer le vaccin contre la rougeole.

ROUGEOLE
ARBRE DÉCISIONNEL



STREPTOCOQUE β -HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A (INFECTION INVASIVE À)

MADO

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

L'infection à Streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGA) est une infection causée par la bactérie du même nom se manifestant par une infection invasive ou non. Les infections sont considérées comme invasives lorsque le SGA est isolé d'un site normalement stérile. Elles sont considérées comme invasives graves dans les cas suivants : nécrose des tissus mous (*fasciite nécrosante, myosite ou gangrène*), pneumonie, méningite, choc toxique streptococcique ou décès. Les infections non invasives sont les plus fréquentes. Les infections des voies respiratoires supérieures (*pharyngite, scarlatine, amygdalite, sinusite et otite*) et celles de la peau et des tissus mous (*impétigo, érysipèle, cellulite*) en sont des exemples. Les infections graves sont rares et ont une fréquence estimée entre 1,7 et 3,7 cas par 100 000 habitants. L'incidence est beaucoup plus élevée dans les régions du nord du Québec (*Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James*).

L'infection invasive est associée à certaines souches de SGA, particulièrement les souches du sérotype M1. Elle touche surtout les jeunes enfants (< 4 ans) et les personnes âgées (60 ans ou plus).

Chez les enfants, la varicelle est le facteur de risque le plus souvent identifié puisqu'elle porte atteinte à l'intégrité de la peau. En effet, 15 à 25 % des cas pédiatriques d'infections invasives à SGA surviennent chez des enfants atteints de varicelle. Ce risque demeure plus élevé dans les deux semaines suivant le début de l'infection à varicelle.

Tableau clinique

Les manifestations cliniques de l'infection invasive à SGA peuvent être graves. Un choc toxique (*hypotension, coagulopathie, insuffisance rénale*) peut survenir.

Fasciite ou myosite nécrosante

La fasciite est l'infection de la gaine musculaire (*fascia*) tandis que la myosite est l'infection du muscle lui-même. Le tableau clinique est le suivant : fièvre, malaise général, bleuissement cutané, apparition de bulles sur la peau, inflammation cutanée grave se répandant rapidement (*la vitesse pouvant atteindre trois centimètres à l'heure*), douleur musculaire importante. Comme ce type d'infection commence profondément dans le fascia et le muscle, les changements cutanés (rougeur et bleuissement) sont initialement moins prédominants que la douleur, l'œdème et la toxicité systémique.

Autres infections invasives

Les autres infections invasives se traduisent par de la fièvre et des manifestations variant selon le site atteint. Voici des exemples d'autres infections invasives : bactériémie, arthrite septique ou ostéomyélite, empyème, infection post-partum (*endométrite*) et méningite.

Complications

L'infection invasive à SGA peut entraîner la mort dans 15 à 25 % des cas. La létalité est plus élevée chez les personnes âgées et en présence d'un choc toxique.

Durée de la maladie

La durée de l'infection invasive à SGA varie selon la réponse au traitement.

Modes d'acquisition et de transmission

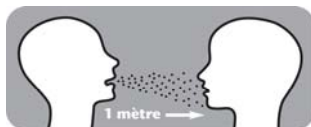
Acquisition

L'infection invasive à SAG peut s'acquérir à la suite :

- de l'inspiration de gouttelettes projetées dans l'air par une personne infectée qui tousse ou qui éternue;
- d'un contact avec une lésion infectée;
- d'un contact avec des mains ou objets contaminés par les exsudats d'une plaie infectée.

Transmission

- Gouttelettes
- Contact direct
- Contact indirect



Période d'incubation

La période d'incubation est généralement très courte, soit de un à trois jours. La plupart des cas d'infections invasives avec choc toxique streptococcique se sont développés dans les 24 à 72 heures suivant un traumatisme mineur non pénétrant. Les cas subséquents apparaissent à l'intérieur de 1 à 14 jours. Cependant, la majorité se produisent dans les sept jours suivant le dernier contact avec le cas index.

Période de contagiosité

La période de contagiosité d'une infection à SGA non compliquée et non traitée varie de 10 à 21 jours. La contagiosité maximale est atteinte durant la phase aiguë de la maladie et dure jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique.

Réceptivité

Tout le monde est susceptible de contracter une infection invasive à SGA.

Immunité

L'infection à SGA confère une immunité seulement contre le sérotype en cause.

Il n'existe aucun vaccin. Cependant, le vaccin contre la varicelle diminue les cas d'infections invasives à SGA chez les enfants.

Méthodes diagnostiques

◆ Habituelles

- Tableau clinique.
- Hémoculture et culture d'autres liquides biologiques selon le site atteint.
- Imagerie (tomodensitométrie et IRM).

◆ Exceptionnelles

Sérotypage et génotypage de la souche de SGA au Centre national du streptocoque par l'entremise du LSPQ.

Traitement

◆ Spécifique

- Antibiothérapie.
- Considérer les immunoglobulines par voie IV.
- Procéder à un débridement chirurgical si nécessaire.

◆ De soutien

Traitement de l'état de choc.

◆ Prophylactique

- Premier choix : administration d'une céphalosporine de première génération (céphalexine ou céfadroxil) pendant dix jours.
 - Céphalexine 25 à 50 mg/kg/jour *po* divisés en deux doses (max. : 500 mg *po* bid) pour 10 jours, ou céfadroxil 30 mg/kg/jour *po* administré en une dose ou deux doses (max. 1 g *die*) pour dix jours. Ce médicament n'est pas disponible en suspension.
- Personnes allergiques à la pénicilline : la clindamycine ou la clarithromycine peuvent être utilisées. Un antibiogramme de la souche du cas est nécessaire afin d'établir le meilleur choix pour la prophylaxie. Si la souche est sensible à la clindamycine et aux macrolides, la clindamycine ou la clarithromycine peuvent être recommandées. Si la souche est résistante à la clindamycine et aux macrolides, il est recommandé de ne pas donner de prophylaxie ou de la cesser.
- La pénicilline V ou l'amoxicilline peuvent également être utilisées, mais semblent moins efficaces pour éradiquer un état de porteur que les céphalosporines.
- Contacts étroits : qu'ils reçoivent ou non une prophylaxie antibiotique, les contacts étroits devraient être informés des symptômes d'une infection à streptocoque et être avisés de consulter rapidement un médecin si ces symptômes apparaissent dans les 30 jours suivant l'exposition.

Particularités associées au service de garde

Des cas d'infection non invasive à SGA (par exemple : la pharyngite, la scarlatine, l'impétigo) peuvent se propager facilement dans les services de garde à l'enfance (SGE) mais les éclosions d'infection invasive à SGA sont rares chez les enfants qui fréquentent des SGE.

Le plus souvent, l'infection à SGA chez les enfants survient à la suite d'une infection par le virus de la varicelle.

Particularités associées à la femme enceinte

Aucune.

MESURES À PRENDRE**Enquête**

Pendant l'enquête, on doit :

- vérifier le diagnostic auprès du médecin traitant et s'assurer qu'il correspond à la définition nosologique d'une infection invasive à SGA. Pour ce faire, on peut se référer au protocole provincial Infections invasives à streptocoque du groupe A : *Situation, orientations et recommandations* (2012). Vérifier s'il s'agit d'un cas avec manifestations invasives graves ou comportant d'emblée un degré de contagiosité plus élevé ; ces cas comprennent les personnes décédées d'une infection invasive, celles ayant souffert d'une infection invasive avec choc toxique, les cas confirmés de pneumonie, de myosite ou de fasciite nécrosante et les cas de méningite;
- vérifier la présence de varicelle au service de garde dans les deux dernières semaines;
- identifier les contacts.

Mesures de contrôle

◆ **Sujet**

Exclure le sujet jusqu'à ce que son état général lui permette de réintégrer le service de garde et, au plus tôt, 24 heures après le début du traitement antibiotique.

◆ **Contacts**

Remettre une lettre à tous les parents et membres du personnel.

Dans un service de garde en milieu familial : considérer comme contacts les enfants fréquentant ce service (à temps plein ou à temps partiel) et les personnes de la maison ayant des contacts avec les enfants.

Dans un service de garde en installation : considérer comme contacts les enfants et les éducatrices appartenant au même groupe (à temps plein ou à temps partiel) que le cas d'infection invasive à SGA.

A) En l'absence de cas de varicelle :

- Dans un service de garde en milieu familial, il est recommandé d'administrer une antibioprofylaxie à toutes les personnes considérées comme des contacts si l'on se trouve en présence d'un cas avec manifestations invasives graves ou comportant d'emblée un degré de contagiosité plus élevé, tel que défini ci-dessus.
- Dans un service de garde en installation, il n'est pas conseillé d'administrer une antibioprofylaxie aux contacts. Une antibioprofylaxie est recommandée lorsqu'un premier cas d'infection invasive grave à SGA est suivi d'un ou de plusieurs cas d'infections invasives, graves ou non, parmi les enfants ou le personnel dans les 30 jours suivants le premier cas. La décision d'élargir le traitement aux autres groupes doit être prise au cas par cas.

B) En présence de cas de varicelle :

En raison de l'association entre la varicelle et l'infection invasive à SGA, il est conseillé d'administrer une antibioprofylaxie aux contacts lorsqu'il y a eu un cas de varicelle ou plus dans le service de garde dans les deux semaines précédant ou dans les sept jours suivant le début des symptômes du cas d'infection invasive grave à SGA. De façon générale, l'intervention devrait être limitée au groupe de l'enfant présentant une infection invasive grave à SGA. La décision d'élargir le traitement aux autres groupes doit être prise au cas par cas.

Il est par ailleurs recommandé de profiter de l'occasion pour favoriser le rattrapage de la vaccination contre la varicelle pour tout enfant âgé de 1 an ou plus qui ne serait pas encore vacciné.

L'antibioprofylaxie doit être commencée le plus rapidement possible et, préférablement, dans les 24 heures suivant le diagnostic de la maladie invasive chez le sujet.

Environnement

Renforcer l'hygiène respiratoire (voir chapitre IV).

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

Suivi

Aviser la direction de santé publique de la région si d'autres cas d'infection invasive à SGA, graves ou non, se déclarent dans le service de garde dans les 30 jours suivant le dernier cas. Surveiller l'apparition des symptômes chez les contacts et diriger vers un médecin ou vers le CLSC ceux qui présentent des symptômes compatibles avec une infection à SGA (fièvre, pharyngite, pneumonie, cellulite, etc.).

LETTRE AUX PARENTS**Service de garde en milieu familial**

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection invasive à Streptocoque β -hémolytique du groupe A

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, une personne est atteinte d'une infection grave causée par une bactérie appelée le Streptocoque β -émolytique du groupe A. Cette maladie, rare chez les enfants, se manifeste le plus souvent par de la fièvre, un malaise général, des maux de tête et parfois, une infection de la peau accompagnée d'une douleur importante. Le traitement, qui consiste principalement en l'administration d'antibiotiques, doit être instauré rapidement.

Le streptocoque peut se trouver dans la gorge ou sur la peau de certaines personnes sans causer, chez elles, de maladie mais peut également causer une infection de la gorge (pharyngite ou amygdalite) ou de la peau (impétigo). Un enfant qui fait la varicelle a un risque plus grand de faire une infection grave à streptocoque.

Il existe un très faible risque qu'un autre cas d'infection grave se déclare parmi les personnes de la même famille ou parmi celles qui ont été en contact étroit, régulier et prolongé avec la personne malade. Pour prévenir ce risque, des antibiotiques sont recommandés aux enfants fréquentant le service de garde en milieu familial et aux adultes de la maison ayant des contacts avec les enfants. Nous recommandons donc que votre enfant reçoive un traitement antibiotique puisqu'il a été en contact régulier avec la personne malade. Afin de recevoir l'ordonnance, veuillez prendre contact avec : _____.

Nous vous demandons de vérifier si votre enfant a reçu le vaccin contre la varicelle administré habituellement à l'âge de 12 mois. S'il n'a pas été vacciné et s'il n'a pas encore eu la varicelle, le vaccin est recommandé.

Si, au cours des 30 prochains jours, votre enfant présente de la fièvre, des maux de gorge ou de tête, un malaise général ou une infection cutanée accompagnée d'une douleur importante, consultez rapidement un médecin ou rendez-vous à votre CLSC en y apportant cette lettre. Avisez également, sans tarder, le milieu de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

LETTRE AUX PARENTS

Service de garde en installation en l'absence de varicelle – Groupe du cas index

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection invasive à Streptocoque β -hémolytique du groupe A

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, une personne du même groupe que votre enfant est atteinte d'une infection grave causée par une bactérie appelée Streptocoque β -hémolytique du groupe A. Cette maladie, rare chez les enfants, se manifeste le plus souvent par de la fièvre, un malaise général, des maux de tête et une infection de la peau accompagnée d'une douleur importante. Le traitement, qui consiste principalement en l'administration d'antibiotiques, doit être instauré rapidement.

Le streptocoque peut être retrouvé dans la gorge ou sur la peau de certaines personnes sans causer, chez elles, de maladie mais peut également causer une infection de la gorge (pharyngite ou amygdalite) ou de la peau (impétigo). Un enfant qui fait la varicelle a un risque plus grand de faire une infection grave à streptocoque.

Il existe un très faible risque qu'un autre cas d'infection grave survienne parmi les personnes de la même famille ou parmi celles qui ont été en contact étroit, régulier et prolongé avec la personne malade. Après évaluation de la situation, aucun traitement préventif n'est recommandé pour votre enfant. Nous vous demandons toutefois de vérifier si votre enfant a reçu le vaccin contre la varicelle administré habituellement à l'âge de 12 mois. S'il n'a pas été vacciné et s'il n'a pas déjà eu la varicelle, le vaccin est recommandé.

Si, au cours des 30 prochains jours, votre enfant présente de la fièvre, des maux de gorge ou de tête, un malaise général ou une infection cutanée accompagnée d'une douleur importante, consultez rapidement un médecin ou rendez-vous à votre CLSC en y apportant cette lettre. Avisez également, sans tarder, le milieu de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

LETTRE AUX PARENTS**Service de garde en installation en présence de varicelle – Groupe du cas index**

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection invasive à Streptocoque β -hémolytique du groupe A

Chers parents,

Actuellement, au service de garde, une personne du même groupe que votre enfant est atteinte d'une infection grave causée par une bactérie appelée le Streptocoque β -hémolytique du groupe A. Cette maladie, rare chez les enfants, se manifeste le plus souvent par de la fièvre, un malaise général, des maux de tête et une infection de la peau accompagnée d'une douleur importante. Le traitement, qui consiste principalement en l'administration d'antibiotiques, doit être instauré rapidement.

Le streptocoque peut être retrouvé dans la gorge ou sur la peau de certaines personnes sans causer, chez elles, de maladie mais peut également causer une infection de la gorge (pharyngite ou amygdalite) ou de la peau (impétigo). Un enfant qui fait la varicelle a un risque plus grand de faire une infection grave à streptocoque.

Il existe un très faible risque qu'un autre cas d'infection grave se déclare parmi les personnes de la même famille ou parmi celles qui ont été en contact étroit, régulier et prolongé avec la personne malade. Pour prévenir ce risque, des antibiotiques sont recommandés à votre enfant parce qu'il est dans le même groupe que la personne malade et parce que des cas de varicelle au service de garde. Nous recommandons donc que votre enfant reçoive un traitement antibiotique, puisqu'il a été en contact régulier avec la personne malade. Afin de recevoir l'ordonnance, veuillez prendre contact avec : _____.

Nous vous demandons aussi de vérifier si votre enfant a reçu son vaccin contre la varicelle administré habituellement à l'âge de 12 mois. S'il n'a pas été vacciné et s'il n'a pas déjà eu la varicelle, le vaccin est recommandé.

Si, au cours des 30 prochains jours, votre enfant présente de la fièvre, des maux de gorge ou de tête, un malaise général ou une infection cutanée accompagnée d'une douleur importante, consultez rapidement un médecin ou rendez-vous à votre CLSC en y apportant cette lettre. Avisez également, sans tarder, le milieu de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

LETTRE AUX PARENTS**Service de garde en installation en présence de varicelle
Autres groupes que celui du cas index**

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection invasive à Streptocoque β -hémolytique du groupe A

Chers parents,

Une personne du service de garde est actuellement atteinte d'une infection grave causée par une bactérie appelée le Streptocoque β -hémolytique du groupe A. Cette maladie, rare chez les enfants, se manifeste le plus souvent par de la fièvre, un malaise général, des maux de tête et une infection de la peau accompagnée d'une douleur importante. Le traitement, qui consiste principalement en l'administration d'antibiotiques, doit être instauré rapidement.

Le streptocoque peut être retrouvé dans la gorge ou sur la peau de certaines personnes sans causer, chez elles, de maladie, mais peut également causer une infection de la gorge (pharyngite ou amygdalite) ou de la peau (impétigo). Un enfant qui fait la varicelle a un risque plus grand de faire une infection grave à streptocoque.

Il existe un très faible risque qu'un autre cas d'infection grave se déclare parmi les personnes de la même famille ou parmi celles qui ont été en contact étroit, régulier et prolongé avec la personne malade. Après évaluation de la situation, aucun traitement préventif n'est recommandé pour votre enfant.

Nous vous demandons toutefois de vérifier si votre enfant a reçu le vaccin contre la varicelle administré habituellement à l'âge de 12 mois. S'il n'a pas été vacciné et s'il n'a pas déjà eu la varicelle, le vaccin est recommandé.

Si, au cours des 30 prochains jours, votre enfant présente de la fièvre, des maux de gorge ou de tête, un malaise général ou une infection cutanée accompagnée d'une douleur importante, consultez rapidement un médecin ou rendez-vous à votre CLSC en y apportant cette lettre. Avisez également, sans tarder, le milieu de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

LETTRE AUX PARENTS**Service de garde en installation en l'absence de varicelle
(deux cas et plus d'infections invasives)**

Date : _____

Service de garde : _____

Objet : Infection invasive à Streptocoque β -hémolytique du groupe A – deuxième cas

Chers parents,

Un deuxième cas d'infection invasive à Streptocoque β -hémolytique du groupe A s'est déclaré au service de garde que fréquente votre enfant. Cette maladie, qui demeure rare chez les enfants, se manifeste le plus souvent par de la fièvre, un malaise général, des maux de tête et une infection de la peau accompagnée d'une douleur importante. Le traitement, qui consiste principalement en l'administration d'antibiotiques, doit être instauré rapidement.

Le streptocoque peut être retrouvé dans la gorge ou sur la peau de certaines personnes sans causer, chez elles, de maladie mais peut également causer une infection de la gorge (pharyngite ou amygdalite) ou de la peau (impétigo). Un enfant qui fait la varicelle a un risque plus grand de faire une infection grave à streptocoque.

Compte tenu de l'apparition de ce deuxième cas, nous recommandons à votre enfant de recevoir un traitement antibiotique, puisqu'il a été en contact régulier avec la personne malade. Afin de recevoir l'ordonnance, veuillez prendre contact avec : _____.

Nous vous demandons aussi de vérifier si votre enfant a reçu le vaccin contre la varicelle administré habituellement à l'âge de 12 mois. S'il n'a pas été vacciné et s'il n'a pas déjà eu la varicelle, le vaccin est recommandé.

Si, au cours des 30 prochains jours, votre enfant présente de la fièvre, des maux de gorge ou de tête, un malaise général ou une infection cutanée accompagnée d'une douleur importante, consultez rapidement un médecin ou rendez-vous à votre CLSC en y apportant cette lettre. Avisez également, sans tarder, le milieu de garde.

Merci de votre collaboration.

Nom : _____

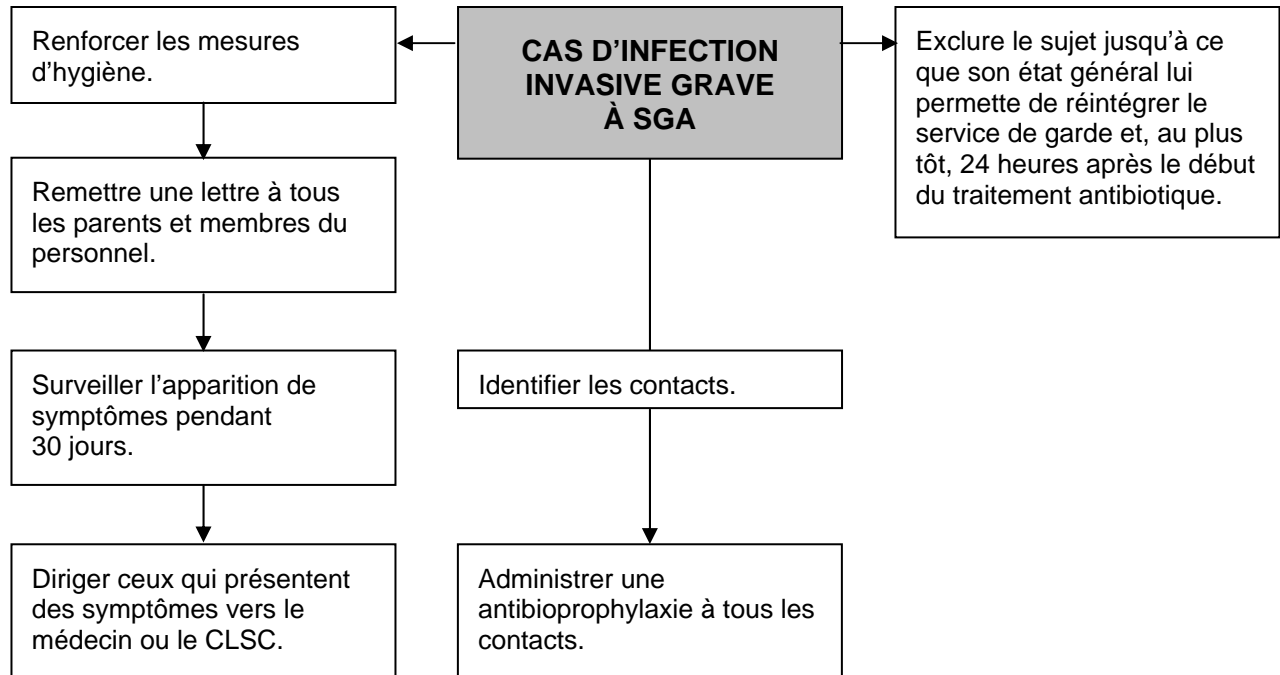
(en lettres moulées)

Signature : _____

Téléphone : _____ - _____ - _____

STREPTOCOQUE β -HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A
ARBRE DÉCISIONNEL

Service de garde en milieu familial



BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

Ces ouvrages ont été utilisés pour la révision de plusieurs chapitres du guide. Se référer à la bibliographie spécifique de chaque chapitre pour connaître les autres ouvrages utilisés.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION et NATIONAL RESOURCE CENTER FOR HEALTH AND SAFETY IN CHILD CARE AND EARLY EDUCATION (2002). *Caring for Our Children: National Health and Safety Performance Standards: Guidelines for Out-of-Home Child Care Programs*, 2nd Edition, [En ligne], Elk Grove Village, American Academy of Pediatrics; Washington, American Public Health Association,. [nrc.uchsc.edu/CFOC/].

ARONSON, S. S., et T. R. SHOPE (2005). *Managing Infectious Diseases in Child Care and Schools: A Quick Reference Guide*, American Academy of Pediatrics.

CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY (1999). *Well Beings: A Guide to Promote the Physical Health, Safety and Emotional Well-Being of Children in Child Care Centres and Family Day Care Homes*, 2nd Ed., Canadian Pediatric Society.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2007). *La prévention des infections chez les personnes travaillant en service de garde à l'enfance, y compris les stagiaires*, ministère de la Famille et des Aînés, 24 p.

FEIGIN, R. D., et J. D. CHERRY, dir. (2004). *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*, 5th Ed., Philadelphia, Saunders.

GILBERT, David N., et autres (2005). *The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2005*, 35th Ed., Antimicrobial Therapy.

GYORKOS, T. W., MACLEAN J. D. , SERHIR B, WARD B. (2003). *Prevalence of parasites in Canada and Alaska; epidemiology, past and present. dans Parasites of the Colder Climates. Chap 7*. Edited by Akuffo H, Linder E, Ljungstrom I., Wahlgren M. London:Taylor & Francis. P. 77-88.

HEYMANN, David L. (2004). *Control of Communicable Diseases Manual*, 18th Ed., Washington, American Public Health Association.

MANDELL, G. L., J. E. BENNETT et R. DOLIN (2005). *Principles and Practices of Infectious Diseases*, 6th Ed., Philadelphie, Elsevier Churchill Livingstone.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Protocole d'immunisation du Québec*, [En ligne], ministère de la Santé et des Services sociaux. [msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/a61341010d1b912885256e82006cc1bc?OpenDocument&Highlight=0,protocole,immunisation].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : définitions nosologiques*, 6^e édition, ministère de la Santé et des Services sociaux.

PICKERING, L. K., dir. (2006). *Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 27th Ed., American Academy of Pediatrics.

- QUÉBEC (2006). **Loi sur les centres de la petite enfance et autres services de garde à l'enfance : L.R.Q., chapitre C-8.2, remplacée le 1er juin**, [En ligne], Éditeur officiel du Québec. www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_8_2/C8_2.html].
- QUÉBEC (2008a). **Loi sur la santé publique : L.R.Q., chapitre S-2.2, à jour au 1er avril**, [En ligne], Éditeur officiel du Québec. [\[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html\]](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html).
- QUÉBEC (2008B). **Loi sur les produits alimentaires : L.R.Q., chapitre P-29, à jour au 1er avril**, [En ligne], Éditeur officiel du Québec. [\[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FP_29%2FP29.htm\]](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FP_29%2FP29.htm).
- QUÉBEC (2008c). **Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance : L.R.Q., chapitre S-4.1.1, à jour au 1er avril**, [En ligne], Éditeur officiel du Québec. [\[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FS_4_1_1%2FS4_1_1.htm\]](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FS_4_1_1%2FS4_1_1.htm).
- QUÉBEC (2008d). **Règlement d'application de la Loi sur la santé publique, S-2.2, r. 1, 23 février**, [En ligne], Éditeur officiel du Québec. [\[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_2_2/S2_2R1.htm\]](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_2_2/S2_2R1.htm).
- QUÉBEC (2008e). **Règlement sur les centres de la petite enfance, C-8.2, r. 2, 23 février**, [En ligne], Éditeur officiel du Québec. [\[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_8_2/C8_2R2.htm\]](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_8_2/C8_2R2.htm).
- QUÉBEC (2008f). **Règlement sur les garderies, C-8.2, r. 5.1, 23 février**, [En ligne], Éditeur officiel du Québec. [\[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_8_2/C8_2R5_1.htm\]](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_8_2/C8_2R5_1.htm).
- QUÉBEC (2008g). **Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance, S-4.1.1, r. 2, 23 février**, [En ligne], Éditeur officiel du Québec. [\[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FS_4_1_1%2FS4_1_1.htm\]](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FS_4_1_1%2FS4_1_1.htm).
- RASHED, S., et autres (2008). *Médecine tropicale, santé internationale et santé de l'enfant immigrant*, Éditions santé internationale, 792 p.
- REMINGTON, J. S., et autres, dir. (2006). *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant*, 6th Ed., Philadelphie, Elsevier Saunders.
- THE MEDICAL LETTER (2007). "Drugs for Parasitic Infections", *Treatment Guidelines from The Medical Letter*, vol. 5, suppl., p. 1-15.
- TURGEON, J., et autres, dir. (2008). *Dictionnaire de thérapeutique pédiatrique Weber*, 2^e éd., Montréal, Les Éditions de la Chenelière.
- VILLENEUVE, Alain.; (2003). *Les zoonoses parasitaires*, Les Presses de l'Université de Montréal; Montréal, 499 p.

BIBLIOGRAPHIE SPÉCIFIQUE À CHAQUE CHAPITRE

Les chapitres qui incluent des références bibliographiques en complément de la bibliographie générale sont présentés ici.

Chapitre I

LE RESEAU DE LA SANTE ET LES SERVICES DE GARDE A L'ENFANCE

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE DU QUÉBEC (2004). *La femme enceinte et les infections en service de garde*, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 6 p.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE DU QUÉBEC (2008). *Aide-mémoire : nettoyage et désinfection dans un service de garde*, ministère de la Famille et des aînés, 1 p.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE DU QUÉBEC (2003b). *Lavage des mains*, ministère de la Famille et de l'Enfance, 1 p.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES CENTRES DE LA PETITE ENFANCE DU QUÉBEC (2002). *Changement de couche*, ministère de la Famille et de l'Enfance, 1 p.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2007). *Ouste les microbes! La mousse à la rescousse*, ministère de la Famille et des Aînés, 1 p.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2006). *Atchoum! Microbes rebelles, aux poubelles!*, ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 1 p.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2005). *Pas de poils, pas de plumes, pas de nageoires! Mise à jour de l'avis sur la présence d'animaux en service de garde*, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 25 p.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (1998-). *Bye-bye les microbes!*, ministère de la Famille et des Aînés, vol. 1, n° 1, septembre. Accessible en ligne : www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/index.asp.

Chapitre II

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

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (1999). « Guide de prévention des infections : pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 25, supplément n° 4, juillet. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/99vol25/25s4/index_f.html].

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2007). "Infection Prevention and Control in Pediatric Ambulatory Settings", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 120, n° 3, septembre. [www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/3/650].

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2007). *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007*, [En ligne]. [www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_isolation.html].

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2003). *Respiratory Hygiene/Cough Etiquette in Healthcare Settings*, [En ligne]. [www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/resphygiene.htm].

LEE, G. M., et autres (2005). "Illness Transmission in the Home: A Possible Role for Alcohol-Based Hand Gels", *Pediatrics*, vol. 115, n° 4, avril, p. 852-860.

LU, N., et autres (2004). "Child day care risks of common infectious diseases revisited", *Child: Care, Health and Development*, vol. 30, n° 4, juillet, p. 361-368.

SENNERSTAM, R. B., et autres (2004). "Relationship between illness-associated absence in day-care children and weather parameters", *Public Health*, vol. 118, n° 5, juillet, p. 349-353.

Chapitre III

LA PREVENTION ET LE CONTROLE DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE A L'ENFANCE

- DIONNE, J. C. (1999a). « La qualité de l'air intérieur dans les services de garde », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 2, n° 1, mars, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/NO21/ARTICLE2.ASP].
- DIONNE, J. C. (1999b) « La qualité de l'air dans les services de garde (suite et fin) », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 2, n° 4, décembre, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/NO24/ARTICLE2.ASP].
- SOTO, J. C. (2005). « La prévention, chez nous et ailleurs pour toujours! », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 8, n° 1, mars, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/No81/article1.asp].
- POIRIER, L., et M. AZNAR (2003). « Tableau d'exclusion à l'intention des centres de la petite enfance et des garderies », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 6, n° 3, septembre, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/No63/outils.asp].
- RICHARDSON, M., et autres (2001). "Evidence base of incubation periods, periods of infectiousness and exclusion policies for the control of communicable diseases in schools and preschools", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 20, n° 4, avril, p. 380-391.

Chapitre IV

MESURES D'HYGIÈNE

LE BROSSAGE DES DENTS

Se référer à la bibliographie générale.

LE CHANGEMENT DE COUCHES

BAER, E. L., M. W. DAVIES et K. J. EASTERBROOK (2006). "Disposable nappies for preventing napkin dermatitis in infants", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [En ligne], n° 3. [Art. n° : CD004262. DOI : 10.1002/14651858.CD004262.pub2].

HOLADAY, B., et autres (1995). "Fecal contamination in child day care centers: cloth vs paper diapers", *American Journal of Public Health*, vol. 85, no 1, janvier, p. 30-33.

KUBIAK, M., et autres (1993). "Comparison of Stool Containment in Cloth and Single-Use Diapers Using a Simulated Infant Feces", *Pediatrics*, vol. 91, n° 3, mars, p. 632-636.

LA DÉSINFECTION DES OBJETS, DES SURFACES ET DES LOCAUX

BLOCK, S. S. (1991). *Disinfection, Sterilization, and Preservation*, 4th Edition, Philadelphia, Lea & Febiger.

SEHULSTER, L. M., et autres (2003). *Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)*, [En ligne], Chicago, American Society for Healthcare Engineering; Chicago, American Hospital Association. [www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_environinfection.html].

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2006). « Les produits antimicrobiens à domicile : le problème de l'antibiorésistance », *Paediatrics & Child Health*, vol. 11, n° 3, mars, p. 177-182.

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

BISSON, Élisabeth (2000). « À la bonne vôtre », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 3, n° 4, décembre, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no34/article1.asp].

BISSON, Élisabeth, et Denis GAUVIN (2006). « **Le bon usage et le choix d'un humidificateur; pour le bien-être des enfants** », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 9, n° 1, hiver, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no91/article3.asp].

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL et ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR L'HYGIÈNE, LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (2000). *La qualité de l'air dans les services de garde préscolaires : guide d'intervention*, 49 p.

D'HALEWYN, M.-A., et autres (2002). *Les risques à la santé associés à la présence de moisissures en milieu intérieur*, Institut national de santé publique du Québec, 165 p.

GAUTHIER, Johanne (2004). « Penser à désinfecter les refroidisseurs d'eau... tous les deux mois! », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 7, n° 3, novembre, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/No73/outils.asp].

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DES PÊCHERIES ET DE L'ALIMENTATION. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA QUALITÉ DES ALIMENTS ET DE LA SANTÉ ANIMALE (1996). *Les eaux et la glace commerciales*, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, 6 p.

SANTÉ CANADA (2003). *Votre santé et vous : humidificateurs à vapeur froide*, Santé Canada, 2 p.

L'HYGIÈNE À LA CUISINE ET L'HYGIÈNE DES ALIMENTS

AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS (2007). *Risques que comportent les germes pour la santé*, [En ligne]. [www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/specif/sproutsf.shtml].

AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS (2006a). *Faits concernant la salubrité des aliments : le cantaloup*, [En ligne]. [www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/specif/cantaf.shtml].

AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS (2006b). *Fiche de renseignements : faits concernant la salubrité des aliments : les fruits et légumes frais*, [En ligne]. [www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/specif/fruvegf.pdf].

AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS (2005). *Jus de fruit non pasteurisé*, [En ligne]. [www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/specif/juicef.shtml].

CENTRE QUÉBÉCOIS D'INSPECTION DES ALIMENTS ET DE SANTÉ ANIMALE (2007a). *Guide des exploitants d'établissements de restauration et de vente au détail d'aliments*, [En ligne]. [www.mapaq.gouv.qc.ca/Fr/Restauration/md/Publications/guideexploitants.htm].

CENTRE QUÉBÉCOIS D'INSPECTION DES ALIMENTS ET DE SANTÉ ANIMALE (2007b). *Guide du manipulateur d'aliments*, [En ligne]. [www.mapaq.gouv.qc.ca/Fr/Restauration/md/Publications/guidemanipulateur.htm].

CENTRE QUÉBÉCOIS D'INSPECTION DES ALIMENTS ET DE SANTÉ ANIMALE (2007c). *Nettoyage et assainissement dans les établissements alimentaires*, [En ligne]. [www.mapaq.gouv.qc.ca/Fr/Restauration/md/Publications/nettoyageassainissement.htm].

CENTRE QUÉBÉCOIS D'INSPECTION DES ALIMENTS ET DE SANTÉ ANIMALE (2007d). *Thermoguide : frais... c'est meilleur!*, [En ligne]. [www.mapaq.gouv.qc.ca/NR/exeres/FA13DEC4-6165-4976-8BCD-D153A059B13D,frameless.htm].

CENTRE QUÉBÉCOIS D'INSPECTION DES ALIMENTS ET DE SANTÉ ANIMALE. *Votre guide du consommateur*, [En ligne]. [www.mapaq.gouv.qc.ca/NR/rdonlyres/98DE0914-B865-4BFB-8670-BA97F98BB253/0/MAPAQ_guide_consommateur.pdf].

LAVOIE, M., B. LÉVESQUE et D. SERGERIE (2003). *Prévention des cas de brûlures et de légionelloses associés à l'eau chaude du robinet dans les résidences privées*, 2^e édition, Institut national de santé publique du Québec, 50 p.

SANTÉ CANADA (2006). *Risques associés à la consommation de lait cru*, [En ligne], Santé Canada. [www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/_2006/2006_65_f.html].

SANTÉ CANADA (2005). « Le miel et le botulisme infantile », *Le botulisme infantile*, [En ligne], Santé Canada. [www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/diseases-maladies/botu_f.html#le].

SANTÉ CANADA (2002-). *Avis, mises en garde et retraits*, [En ligne]. [www.hc-sc.gc.ca/fn-an/advisories-avis/index_f.html].

L'HYGIÈNE RESPIRATOIRE

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2006). "Preventing the Spread of Influenza **Erreur ! Signet non défini.** (the Flu) in Child Care Settings: Guidance for Administrators, Care Providers, and Other Staff", *Guidelines and Recommendations*, [En ligne]. [www.cdc.gov/flu/professionals/pdf/childcaresettings.pdf].

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2006). *Recommandations du Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec (CPISGEQ) en regard de la pandémie appréhendée d'influenza*, 7 p. [Document interne non publié].

LAMBERT, D. (2007). « *Atchoum! Microbes rebelles, aux poubelles!* », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 10, n° 1, hiver, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no101/outils2.asp].

PARÉ, R., et M. FORTIER (2006). « Prévention de la transmission des infections respiratoires chez les enfants en milieu scolaire », *Chronique PPM – Prévention en pratique médicale*, [En ligne], Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique. [www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/chronique/2006/27022006.html].

SOTO, J. C. (2006). « Hygiène respiratoire », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 9, n° 3, automne, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no93/article2.asp].

LE LAVAGE DES MAINS ET LAVAGE DES MAINS À L'EAU ET AU SAVON

ASSOCIATION FOR PROFESSIONALS IN INFECTION CONTROL AND EPIDEMIOLOGY (2005). *APIC Text of Infection Control & Epidemiology: The Definitive Source for Clinical Standards in Infection Prevention and Patient Safety*, 2nd Edition, Washington, Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology.

BOYCE, J. M., et D. PITTET (2002). "Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force", *MMWR Recommendations and Reports*, [En ligne], vol. 51, n° RR-16, 25 octobre, Centers for Disease Control and Prevention. [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5116a1.htm].

MAYHALL, C. G. (2004). *Hospital Epidemiology and Infection Control*, Third Edition, Pennsylvania, Lippincott Williams & Wilkins.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2005). *Alliance mondiale pour la sécurité des patients – Recommandations OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins (version avancée)* :

synthèse – *Des mains propres sont des mains sûres*, [En ligne], Organisation mondiale de la santé. [whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_EIP_SPO_QPS_05.2_fre.pdf].

PROVOST, S. (1998). « Le lavage des mains : simple mais efficace », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 1, n° 2, décembre, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no12/article1.asp].

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2001). *De l'information sur la santé des enfants donnée par des pédiatres canadiens*, [En ligne], Société canadienne de pédiatrie. [www.soinsdenosenfants.cps.ca/index.htm].

ST-MARTIN, L. (2005). « Se laver les mains... malgré les obstacles quotidiens », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 8, n° 3, novembre, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/No83/article2.asp].

Se référer à la bibliographie générale et aux consultations d'experts.

LE LAVAGE DES MAINS SANS EAU

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2008). *Le risque de toxicité des rince-mains à base d'alcool dans les services de garde*. MSSS, 10 pages.

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

BISSON, Élisabeth, et autres (2002a). « Conseils pour éviter la prolifération des moisissures dans la gouache », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 5, n° 1, mars, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/NO51/OUTILS.ASP].

BISSON, Élisabeth, et autres (2002b). « Histoire des gouaches, odeurs et moisissures », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 5, n° 1, mars, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/NO51/LETTRES.ASP].

LE MAQUILLAGE DES ENFANTS

BISSON, Élisabeth, et Odette NADEAU (2005). « Le maquillage des enfants est-il sans risque? », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 8, n° 3, novembre, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no83/outils.asp#maquillage].

BISSON, Élisabeth, et Susan CLOUTIER (2001). « Le maquillage des enfants », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 4, n° 3, septembre, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/NO43/ARTICLE1.ASP].

DESMARAIS, Nadia, Louise POIRIER et Sandra PALMIERI (2004). « Le lavage des mains sans eau en service de garde », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 7, n° 2, juillet, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/No72/article1.asp].

Chapitre V

MALADIES INFECTIEUSES

AMIBIASE

STANLEY, S. L. (2003). "Amoebiasis", *The Lancet*, vol. 361, n° 9362, 22 mars, p. 1025-1034.

ANKYLOSTOMIASE

BETHONY, J., et autres (2006). "Soil-transmitted helminth infections: Ascariasis, trichuriasis, and hookworm", *The Lancet*, vol. 367, n° 9521, 6 mai-12 mai, p. 1521-1532.

ASCARDIASE

BETHONY, J., et autres (2006). "Soil-transmitted helminth infections: Ascariasis, trichuriasis, and hookworm", *The Lancet*, vol. 367, n° 9521, 6 mai-12 mai, p. 1521-1532.

BRONCHIOLITE À VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL

BREESE HALL, Caroline (2001). "Respiratory Syncytial Virus and Parainfluenza Virus", *The New England Journal of Medicine*, vol. 344, n° 25, 21 juin, p. 1917-1928.

FALSEY, Ann R., et autres (2005). "Respiratory Syncytial Virus Infection in Elderly and High-Risk Adults", *The New England Journal of Medicine*, vol. 352, n° 17, 28 avril, p. 1749-1759.

HÉMA-QUÉBEC (2007). *Rappel sur la disponibilité du Synagis®*, [En ligne], 4 septembre, Héma-Québec. [www.hema-quebec.qc.ca/media/francais/hopitaux/07-044.pdf].

MCCARTHY, Carol A., et Caroline BREESE HALL (2003). "Respiratory Syncytial Virus: Concerns and Control", *Pediatrics in Review*, vol. 24, n° 9, septembre, p. 301-309.

RIVARD, Georges, et Jacques BOUCHARD (2004). "La bronchiolite", *Le Médecin du Québec*, vol. 39, n° 9, septembre, p. 75-81.

SETHI, Sanjay, et Timothy F. MURPHY (2005). "RSV Infection – Not for Kids Only", *The New England Journal of Medicine*, vol. 352, n° 17, 28 avril, p. 1810-1812.

CAMPYLOBACTÉRIOSE

BATZLER, J. P. (2004). "Campylobacter, from obscurity to celebrity", *Clinical Microbiology and Infection*, vol. 10, n° 10, octobre, p. 868-876.

Candidose **Erreur ! Signet non défini.** (moniliase buccale ou muguet)

DECONINCK, S., et autres (2003). "Incidence and management of oral conditions in general practice", *The British Journal of General Practice*, vol. 53, n° 487, février, p. 130-132.

ROZKIEWICZ, D., et autres (2006). "Oral *Candida albicans* carriage in healthy preschool and school children", *Advances in Medical Sciences*, vol. 51, suppl. n° 1, p. 187-190.

SEGAL, E. (2005). "Candida, still number one - what do we know and where are we going from there?", *Mycoses*, vol. 48, suppl. n° 1, avril, p. 3-11.

CHLAMYDIA ET CHLAMYDOPHILA (INFECTION À)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 149 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Prévenir et enrayer... Situation et orientations : les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 104 p.

CLOSTRIDIUM DIFFICILE (INFECTION À)

JOYCE, D., et autres (1991). "Positive Role of *Clostridium difficile* Infection in Diarrhea in Infants and Children", *American Journal of Gastroenterology*, vol. 86, n° 6, p. 685-689.

KIM, K., H. L. DUPONT et L. K. PICKERING (1983). "Outbreaks of diarrhea associated with *Clostridium difficile* and its toxin in day-care centers: Evidence of person-to-person spread", *The Journal of Pediatrics*, vol. 102, n° 3, mars, p. 376-382.

MATSUKI, S., et autres (2005). "Colonization by *Clostridium difficile* of neonates in a hospital, and infants and children in three day-care facilities of Kanazawa, Japan", *International Microbiology*, vol. 8, n° 1, mars, p. 43-48.

CONJONCTIVITE

BUZNACH, N., R. DAGAN et D. GREENBERG (2005). "Clinical and Bacterial Characteristics of Acute Bacterial Conjunctivitis in Children in the Antibiotic Resistance Era", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 24, n° 9, septembre, p. 823-828.

LANGLEY, J. M. (2005). "Adenoviruses", *Pediatrics in Review*, vol. 26, n° 7, juillet, p. 244-249.

MAH, F. (2006). "Bacterial conjunctivitis in pediatrics and primary care", *Pediatric Clinics of North America*, vol. 53, suppl. n° 1, mai, p. 7-10.

WALD, E. R. (2004). "Periorbital and Orbital Infections", *Pediatrics in Review*, vol. 25, n° 9, septembre, p. 312-320.

COQUELUCHE

ALTUNAJI, S., et autres (2005). "Antibiotics for whooping cough (pertussis)", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [En ligne], n° 1. [Art. n° : CD004404. DOI : 10.1002/14651858.CD004404.pub3].

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2005). "Recommended Antimicrobial Agents for Treatment and Postexposure Prophylaxis of Pertussis", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 54, n° RR-14, 9 décembre, 17 p.

DE SERRES, G. (2005). *Utilisation du vaccin acellulaire contre la coqueluche chez les adolescents et les adultes québécois*, Institut national de santé publique du Québec, 35 p.

HALPERIN, S. A., et autres (1999). "A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Erythromycin Estolate Chemoprophylaxis for Household Contacts of Children With Culture-Positive *Bordetella pertussis* Infection", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 104, n° 4, octobre. [pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/104/4/e42].

HALPERIN S. A., et autres (1997). "Seven Days of Erythromycin Estolate is as Effective as Fourteen Days for the Treatment of *Bordetella pertussis* Infections", *Pediatrics*, vol. 100, n° 1, juillet, p. 65-71.

HOPPE, J. E. (1999). "Update on respiratory infection caused by *Bordetella parapertussis*", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 18, n° 4, avril, p. 375-381.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Guide d'intervention contre la coqueluche*. [Document interne].

SANTÉ CANADA (2003). « Conférence de concertation sur la coqueluche », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 2953, avril. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/03pdf/29s3f.pdf].

SRUGO, I., et autres (2000). "Pertussis Infection in Fully Vaccinated Children in Day-Care Centers, Israel", *Emerging Infectious Diseases*, vol. 6, n° 5, septembre-octobre, p. 526-529.

WHEELER, J. G., et A. L. SIMMONS (2005). "Pertussis Update", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 24, n° 9, septembre, p. 829-830.

COXSACKIE (INCLUANT PIEDS-MAINS-BOUCHE) (INFECTION À)

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2006). *Hand, Foot, & Mouth Disease*, [En ligne], Centers for Disease Control and Prevention. [www.cdc.gov/ncidod/dvrd/revb/enterovirus/hfhf.htm].

CRYPTOSPORIDIOSE

GYORKOS, T. W., et autres (2003). "Prevalence of parasites in Canada and Alaska", dans AKUFFO, H., et autres. *Parasites of the Colder Climates*, London, Taylor & Francis, p. 77-88.

HUANG, D. B., C. CHAPPELL et P. C. OKHUYSEN (2004). "Cryptosporidiosis in children", *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, vol. 15, n° 4, octobre, p. 253-259.

-
- PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA (2001). *Material Safety Data Sheet – Infectious Substances*, [En ligne], Health Canada. [www.phac-aspc.gc.ca/msds-ftss/msds48e.html].
- VILLENEUVE, A. (2003). *Les zoonoses parasitaires : l'infection chez les animaux et chez l'homme*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 506 p.
- WEBER, D. J., et W. A. RUTALA (2001). "The Emerging Nosocomial Pathogens *Cryptosporidium*, *Escherichia coli* O157:H7, *Helicobacter pylori*, and Hepatitis C: Epidemiology, Environmental Survival, Efficacy of Disinfection, and Control Measures", *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 22, n° 5, mai, p. 306-315.
- WEIR, S. C., et autres (2002). "Efficacy of Common Laboratory Disinfectants on the Infectivity of *Cryptosporidium parvum* Oocysts in Cell Culture", *Applied and Environmental Microbiology*, vol. 68, n° 5, mai, p. 2576-2579.
- CYTOMÉGALOVIRUS (INFECTION À)**
- ADLER, S. P. (1992a). "Cytomegalovirus and Pregnancy, Current Opinion", *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, vol. 4, n° 5, p. 670-675.
- ADLER, S. P. (1992b). "Cytomegalovirus Transmission and Child Day Care", *Advances in Pediatric Infectious Diseases*, vol. 7, p. 109-122.
- ADLER, S. P. (1991). "Cytomegalovirus and Child Day Care: Risk Factors for Maternal Infection", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 10, no 8, p. 590-594.
- ADLER, S. P. (1989). "Cytomegalovirus and child day care. Evidence for an increased infection rate among day-care workers", *The New England Journal of Medicine*, vol. 321, n° 19, 9 novembre, p. 1290-1296.
- ADLER, S. P. (1988a). "Cytomegalovirus Transmission among Children in Day Care, their Mothers and Caretakers", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 7, n° 4, p. 1290-1296.
- ADLER, S. P. (1988b). "Molecular Epidemiology of Cytomegalovirus: Viral Transmission among Children Attending a Day Care Center, their Parents, and Caretakers", *The Journal of Pediatrics*, vol. 112, n° 3, mars, p. 366-372.
- ADLER, S. P., et autres (2004). "Prevention of child-to-mother transmission of cytomegalovirus among pregnant women", *The Journal of Pediatrics*, vol. 145, n° 4, octobre, p. 485-491.
- ADLER, S. P., et autres (1996). "Prevention of Child-to-Mother Transmission of Cytomegalovirus by Changing Behaviors: A Randomized Controlled Trial", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 15, n° 3, mars, p. 240-246.
- BALE, J. F., et autres (1999). "Cytomegalovirus Transmission in Child Care Homes", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 153, n° 1, janvier, p. 75-79.
- BOPPANA, S. B., et autres (2001). "Intrauterine transmission of cytomegalovirus to infants of women with preconceptual immunity", *The New England Journal of Medicine*, vol. 344, n° 18, 3 mai, p. 1366-1371.
- CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY (1990). "Cytomegalovirus Infection in Day-Care Centres: Risks to Pregnant Women", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 142, n° 6, 15 mars, p. 547-549.

- DANIEL, E., et autres (2005). "Cytomegalovirus Excretion in Children Attending Day-Care Centers", *Archives of Medical Research*, vol. 36, n° 5, septembre-octobre, p. 590-593.
- FAIX, R. G. (1985). "Survival of Cytomegalovirus on Environmental Surfaces", *The Journal of Pediatrics*, vol. 106, n° 4, avril, p. 649-652.
- FORD-JONES, E. L., et autres (1996). "Cytomegalovirus Infections in Toronto Child-Care Centers: A Prospective Study of Viral Excretion in Children and Seroconversion among Day-Care Providers", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 15, n° 6, juin, p. 507-514.
- JACKSON, L. A., et autres (1996). "Risk of Infection with Hepatitis A, B or C, Cytomegalovirus, Varicella or Measles among Child Care Providers", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 15, n° 7, juillet, p. 584-589.
- JOSEPH, S. A., et autres (2005). "Risk factors for cytomegalovirus seropositivity in a population of day care educators in Montréal, Canada", *Occupational Medicine*, vol. 55, n° 7, octobre, p. 564-567.
- MURPH, J. R. (1993). "Day Care Associated Cytomegalovirus: Risk for Working Women", *Journal of American Medical Association*, vol. 48, n° 3, p. 79-82.
- MURPH, J. R., et autres (1991). "The Occupational Risk of Cytomegalovirus Infection among Day-Care Providers", *Journal of the American Medical Women's Association*, vol. 265, n° 5, p. 603-608.
- PASS, R. F. (1991). "Day-Care Centers and the Spread of Cytomegalovirus and Parvovirus B19", *Pediatric Annals*, vol. 20, n° 8, p. 419-426.
- PASS, R. F., et autres (1990). "Increased Rate of Cytomegalovirus Infection among Day Care Center Workers", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 9, n° 7, p. 465-470.
- SOTO, J. C., et autres (1994). "Cytomegalovirus Infection as an Occupational Hazard Among Women Employed in Day-Care Centers", *Pediatrics*, vol. 94, n° 6, décembre, p. 1031.
- TOOKEY, P., et C. S. PECKHAM (1991). "Does Cytomegalovirus Present an Occupational Risk?", *Archives of Diseases in Childhood*, vol. 66, n° 9, septembre, p. 1009-1010.

DERMATITE DE COUCHES

- ALBERTA, Lauren, Susan M. SWEENEY et Karen Wiss (2005). "Diaper Dye Dermatitis", *Pediatrics*, vol. 116, no 3, septembre, p. 450-452.
- BAER, E. L., M. W. DAVIES et K. J. EASTERBROOK (2006). "Disposable nappies for preventing napkin dermatitis in infants", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [En ligne], no 3. [Art. no : CD004262. DOI : 10.1002/14651858.CD004262.pub2].
- DAVIES, M. W., A. J. DORE et K. L. PERISSINOTTO (2005). "Topical Vitamin A, or its derivatives, for treating and preventing napkin dermatitis in infants", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [En ligne], no 4. [Art. no : CD004300. DOI : 10.1002/14651858.CD004300.pub2].
- SCHEINFELD, N. (2005). "Diaper Dermatitis: A Review and Brief Survey of Eruptions of the Diaper Area", *American Journal of Clinical Dermatology*, vol. 6, no 5, p. 273-81.

DIARRHÉE (D'ORIGINE INFECTIEUSE)

- AKIHARA, S., et autres (2005). "Existence of multiple outbreaks of viral gastroenteritis among infants in a day care center in Japan", *Archives of Virology*, vol. 150, n° 10, octobre, p. 2061-2075.
- BARTLETT, A. V., et autres (1988). "Diarrheal Illness among Infants and Toddlers in Day Care Centers: Effects of Active Surveillance and Staff Training without Subsequent Monitoring", *American Journal of Epidemiology*, vol. 127, n° 4, avril, p. 808-817.
- BUTZ, A. M., et autres (1990). "Occurrence of Infectious Symptoms in Children in Day Care Homes", *American Journal of Infection Control*, vol. 18, n° 6, décembre, p. 347-353.
- CARABIN, H., et autres (1999). "Effectiveness of a training program in reducing infections in toddlers attending day care centers", *Epidemiology*, vol. 10, n° 3, mai, p. 219-227.
- CORNELIUS, W. Van Niel (2005). "Probiotics: Not Just for Treatment Anymore", *Pediatrics*, vol. 115, n° 1, janvier, p. 174-177.
- HILLIS, S. D., et autres (1992). "Day Care Center Attendance and Diarrheal Morbidity in Colombia", *Pediatrics*, vol. 90, n° 4, octobre, p. 582-588.
- HOLADAY, B., et autres (1990). "Patterns of Fecal Contamination in Day-Care Centers", *Public Health Nursing*, vol. 7, n° 4, décembre, p. 224-228.
- KOTCH, J. B., et autres (2007). "Hand-Washing and Diapering Equipment Reduces Disease Among Children in Out-of-Home Child Care Centers", *Pediatrics*, vol. 120, n° 1, juillet, p. 29-36.
- LABORDE, D. J., et autres (1993). "Effect of Fecal Contamination on Diarrheal Illness Rates in Day-Care Centers", *American Journal of Epidemiology*, vol. 138, n° 4, 15 août, p. 243-255.
- MORROW, A. L., I. T. TOWNSEND et L. K. PICKERING (1991). "Risk of Enteric Infection Associated with Child Day Care", *Pediatric Annals*, vol. 20, n° 8, p. 427-433.
- MUSHER, D. M., et B. L. MUSHER (2004). "Medical Progress: Contagious Acute Gastrointestinal Infections", *The New England Journal of Medicine*, vol. 351, n° 23, 2 décembre, p. 2417-2427.
- PONKA, A., et autres (1991). "Infections and Other Illnesses of Children in Day-Care Centers in Helsinki I: Incidences and Effects of Home and Day-Care Center Variables", *Infection*, vol. 19, n° 4, p. 203-206.
- REVES, R. R., et autres (1993). "Child Day Care Increases the Risk of Clinic Visits for Acute Diarrhea and Diarrhea Due to Rotavirus", *American Journal of Epidemiology*, vol. 137, n° 1, 1^{er} janvier, p. 97-107.
- ROBERTS, Leslee, et autres (2000). "Effect of Infection Control Measures on the Frequency of Diarrheal Episodes in Child Care: A Randomized, Controlled Trial", *Pediatrics*, vol. 105, n° 4, avril, p. 743-746.
- ROSENFELDT, V., et autres (2005). "Viral Etiology and Incidence of Acute Gastroenteritis in Young Children Attending Day-Care Centers", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 24, no 11, novembre, p. 962-965.

- ROSENFELDT, V., et autres (2002). "Effect of probiotic Lactobacillus strains on acute diarrhea in a cohort of nonhospitalized children attending day-care centers", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 21, no 5, mai, p. 411-416.
- STAAT, M. A., et autres (1991). "Diarrhea in Children Newly Enrolled in Day-Care Centers in Houston", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 10, n° 4, p. 282-286.
- SULLIVAN, P., et autres (1984). "Longitudinal study of occurrence of diarrheal disease in day care centers", *American Journal of Public Health*, vol. 74, no 9, 1er septembre, p. 987-991.
- TEITELBAUM, J. E. (2005). "Probiotics and the Treatment of Infectious Diarrhea", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 24, no 3, mars, p. 267-268.
- THOMPSON, S. C. (1994). "Infectious Diarrhoea in Children: Controlling Transmission in the Child Care Setting », *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 30, n° 3, p. 210-219.
- VAN, R., et autres (1991a). "The Effect of Diaper Type and Overclothing on Fecal Contamination in Day-Care Centers", *Journal of the American Medical Association*, vol. 265, n° 14, 10 avril, p. 1840-1844.
- VAN, R., et autres (1991b). "Environmental Contamination in Child Day-Care Centers", *American Journal of Epidemiology*, vol. 133, n° 5, 1^{er} mars, p. 460-470.
- WEIZMAN, Zvi, Asli GHALEB et Alsheikh AHMED (2005). "Effect of a Probiotic Infant Formula on Infections in Child Care Centers: Comparison of Two Probiotic Agents", *Pediatrics*, vol. 115, n° 1, janvier, p. 5-9.
- WENIGER, B. G., et autres (1983). "Fecal coliforms on environmental surfaces in two day care centers", *Applied and Environmental Microbiology*, vol. 45, n° 2, février, p. 733-735.

DIPHTÉRIE

- HOLMES, R. K. (2002). « Diphthérie, autres infections à corynebactéries et charbon », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences, p. 909-912.
- LONG, S. S. (2004). "Diphtheria (*Corynebacterium diphtheriae*)", dans BEHRMAN, R. E., R. M. KLIEGMAN et H. B. JENSON, dir. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders, p. 886-889.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2005). *Control of diphtheria, pertussis, tetanus, haemophilus influenzae type b and hepatitis B: Field guide*, Washington, Pan American Health Organization (Scientific and Technical Publication; 604).
- VALIQUETTE, L., et D. DESHAIES (1999). *Diphthérie respiratoire et diphthérie cutanée*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 45 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION = ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006). "Diphtheria vaccine" = « Vaccin antidiphthérique », *Weekly epidemiological record = Relevé épidémiologique hebdomadaire*, vol. 81, n° 3, 20 janvier, p. 24-31.

ÉRYTHÈME INFECTIEUX (CINQUIÈME MALADIE)

- AL-KHAN, A., A. CALIGIURI et J. APUZZIO (2003). "Parvovirus B-19 infection during pregnancy", *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, vol. 11, n° 3, p. 175-179.

GILBERT, N. L., et autres (2005). "Seroprevalence of parvovirus B19 infection in daycare educators", *Epidemiology and Infection*, vol. 133, n° 2, avril, p. 299-304.

SERVEY, J. T., B. V. REAMY et J. HODGE (2007). "Clinical Presentations of Parvovirus B19 Infection", *American Family Physician*, vol. 75, n° 3, 1^{er} février, p. 373-376.

ESCHERICHIA COLI ENTÉROHÉMORRAGIQUE (GASTROENTÉRITE À)

AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS (2007). *La bactérie E. coli O157:H7 : conseils pour préserver la salubrité des aliments – Prévention des toxi-infections alimentaires*, [En ligne]. [www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/cause/ecolif.shtml].

ALLABY, M. A. K., et R. MAYON-WHITE (1995). "Escherichia coli O 157: outbreak in a day nursery", *CDR Review: Communicable Disease Report*, vol. 5, n° 1, 6 janvier, p. R4-R6.

BELONGIA, E. A., et autres (1993). "Transmission of Escherichia coli 0157:H7 infection in Minnesota child day-care facilities", *Journal of the American Medical Association*, vol. 269, n° 7, 17 février, p. 883-888.

BOWER, J. R., et autres (1989). "Escherichia Coli 0114: Nonmotile as a Pathogen in an Outbreak of Severe Diarrhea Associated with a Day Care Center", *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 160, n° 2, p. 243-247.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA (2003). "Investigation of an *E. coli* 0157:H7 outbreak in Brooks, Alberta, June-July 2002: The role of occult cases in the spread of infection within a daycare setting", *Canada Communicable Disease Report*, [En ligne], vol. 29, n° 3, 1^{er} février. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/03vol29/dr2903ea.html].

O'DONNELL, J. M., et autres (2002). "Outbreak of Vero cytotoxin producing *Escherichia coli* O157 in a child day care facility", *Communicable Disease and Public Health*, vol. 5, n° 1, p. 54-58.

RAFFAELLI, R. M., et autres (2007). "Child care-associated outbreak of Escherichia coli O157:H7 and hemolytic uremic syndrome", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 26, n° 10, octobre, p. 951-953.

REIDA, P., et autres (1994). "An Outbreak Due to Enterohaemorrhagic Escherichia coli 0157:H7 in a Child Day Care Centre Characterized by Person-to-Person Transmission and Environmental Contamination", *International Journal of Medical Microbiology*, vol. 281, n° 4, p. 534-543.

SEEMA, S., et autres (1996). "Prolonged Fecal Shedding of Escherichia Coli 0157:H7 During an Outbreak at a Day Care Center", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 23, p. 835-836.

FOLLICULITE ET FURONCLE

Se référer à la bibliographie générale.

GALE

CHOSIDOW, O. (2006). "Scabies", *The New England Journal of Medicine*, vol. 354, n° 16, 20 avril, p. 1718-1727.

HENGGE, U. R., et autres (2006). "Scabies: A Ubiquitous Neglected Skin Disease", *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 6, n° 12, décembre, p. 769-779.

SHELLEY, F. W., et B. J. CURRIE (2007). "Problems in Diagnosing Scabies, a Global Disease in Human and Animal Populations", *Clinical Microbiology Reviews*, vol. 20, n° 2, avril, p. 268-279.

TABLE DE CONCERTATION NATIONALE EN MALADIES INFECTIEUSES et TABLE DE CONCERTATION NATIONALE EN SANTÉ PUBLIQUE (2002). *Guide d'intervention pour le contrôle de la gale*. [Document interne].

GIARDIASE

HUANG, D. B., et A. C. WHITE (2006). "An Updated Review on *Cryptosporidium* and *Giardia*", *Gastroenterology Clinics of North America*, vol. 35, n° 2, juin, p. 291-314.

GONORRHÉE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 149 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Prévenir et enrayer... Situation et orientations : les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 104 p.

HÆMOPHILUS INFLUENZÆ TYPE B (INFECTION INVASIVE À)

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. ÉQUIPE MÉPI (2005). *Protocole d'intervention pour les infections invasives à *Hæmophilus influenzae* de type b*, 20 p. [Document interne non publié].

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006). *Guide canadien d'immunisation*, 7^e édition, Travaux publics et services gouvernementaux Canada.

BEHRMAN, R. E., R. M. KLIEGMAN et H. B. JENSON, dir. (2004). *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders.

CARENFELT, C., et A. SOBIN (1989). "Acute epiglottitis in children and adults: annual incidence and mortality", *Clinical Otolaryngology and Allied Sciences*, vol. 14, n° 6, décembre, p. 489-493.

LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Registre central des maladies à déclaration obligatoire*, [En ligne].

MAYOSMITH, M. F., et autres (1986). "Acute epiglottitis in adults. An eight-year experience in the state of Rhode Island", *The New England Journal of Medicine*, vol. 314, n° 18, 1^{er} mai, p. 1133-1139.

HÉPATITE A

ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES (2007). "Update: Prevention of Hepatitis A After Exposure to Hepatitis A Virus and in International Travelers", *MMWR Weekly*, vol. 56, no 41, 19 octobre, p. 1080-1084.

ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES (2006). "Prevention of Hepatitis A Through Active or Passive Immunization", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 55, no RR-07, 19 mai, p. 1-23.

DEMICHELI, V., et D. TIBERTI (2003). "The Effectiveness and Safety of Hepatitis A Vaccine: A Systematic Review", *Vaccine*, vol. 21, nos 19-20, 2 juin, p. 2242-2245.

SAGLIOCCA, L., et autres (1999). "Efficacy of hepatitis A vaccine in prevention of secondary hepatitis A infection: a randomised trial", *The Lancet*, vol. 353, no 9159, 3 avril, p. 1136-1139.

STAES, C. J., et autres (2000). "Sources of Infection Among Persons With Acute Hepatitis A and No Identified Risk Factors During a Sustained Community-Wide Outbreak", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 106, no 4, octobre. [pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/106/4/e54].

VICTOR, J. C., et autres (2007). "Hepatitis A Vaccine versus Immune Globulin for Postexposure Prophylaxis", *The New England Journal of Medicine*, vol. 357, no 17, 25 octobre, p. 1685-1694.

HÉPATITE B

BOUCHER, C., et L. POIRIER (2006). « Lorsque des enfants se mordent au service de garde », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 9, no 3, automne, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no93/article1.asp].

CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY PRACTICE (1998). "A bite in the playroom: Managing human bites in day care settings", *Paediatrics & Child Health*, vol. 3, no 5, septembre-octobre, p. 355-357.

GROUPE DE TRAVAIL AD HOC DE LA TABLE DE CONCERTATION NATIONALE EN MALADIES INFECTIEUSES (2005). *Guide d'intervention sur l'hépatite B*.

LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Registre central des maladies à déclaration obligatoire*, [En ligne].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. COMITÉ PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES EN SERVICE DE GARDE (1997). *Avis de santé publique sur le contrôle des maladies transmissibles par le sang dans le contexte d'un service de garde à l'enfance*, ministère de la Santé et des Services sociaux.

SOLOMONS, H. C., et R. ELARDO (1991). "Biting in day care centers: incidence, prevention, and intervention", *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 5, no 4, juillet-août, p. 191-206.

HÉPATITE C

DIENSTAG, J. L., et K. J. ISSELBACHER (2002). « Hépatites virales aiguës », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences, p. 1730.

FONTAINE, H. (2002). « L'hépatite C dans certaines populations de malades : les enfants, les hémophiles et les thalassémiques, les hémodialysés et les transplantés rénaux », *Gastroentérologie clinique et biologique*, vol. 26, n^o HS2, mars, p. 91-104.

LAPOINTE, N., et autres (2002). « L'infection au virus de l'hépatite C », *Programme canadien de surveillance pédiatrique*, [En ligne], Société canadienne de pédiatrie.
[www.cps.ca/francais/surveillance/pcsp/ressource/rhepatitec.htm].

SHERMAN, M., et autres (2004). "The management of chronic viral hepatitis: A Canadian consensus conference 2004", *The Canadian Journal of Gastroenterology*, vol. 18, n^o 12, décembre, p. 715-728.

SNYDER, J. D., et L. K. PICKERING (2004). "Viral hepatitis", dans BEHRMAN, R. E., R. M. KLIEGMAN et H. B. JENSON, dir. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders, p. 1329-1330.

THE GLOBAL BURDEN OF HEPATITIS C WORKING GROUP (2004). "Global Burden of Disease for Hepatitis C", *The Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 44, p. 20-29.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). *Hepatitis C*, [En ligne], World Health Organization.
[www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrlyo2003/en/index.html].

ZOU, S., M. TEPPER et A. GIULIVI (2001). « L'hépatite C au Canada », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 27, suppl. n^o 3, septembre.
[www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/01vol27/27s3/27s3f_f.html].

HÉPATITE D

DIENSTAG, J. L., et K. J. ISSELBACHER (2002). « Hépatites virales aiguës », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences, p. 1730.

SNYDER, J. D., et L. K. PICKERING (2004). "Viral hepatitis", dans BEHRMAN, R. E., R. M. KLIEGMAN et H. B. JENSON, dir. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders, p. 1330-1331.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001). *Hepatitis D*, [En ligne], World Health Organization.
[www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrncs20011/en/index.html].

HÉPATITE E

AGGARWAL, R., et K. KRAWCZYNSKI (2000). "Hepatitis E: An overview and recent advances in clinical and laboratory research", *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, vol. 15, n^o 1, janvier, p. 9-20.

BOXALL, E., et autres (2006). "Transfusion-transmitted hepatitis E in a 'nonhyperendemic' country", *Transfusion Medicine*, vol. 16, n^o 2, avril, p. 79-83.

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2007). "Chapter 4: Prevention of Specific Infectious Diseases: Hepatitis, Viral, Type E", *Travelers' Health: Yellow Book: CDC Health Information for International Travel 2008*, [En ligne]. [wwwn.cdc.gov/travel/yellowBookCh4-HepE.aspx].
- DIENSTAG, J. L., et K. J. ISSELBACHER (2006). « Hépatites virales aiguës », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 16^e éd., Paris, Flammarion médecine, p. 1822-1838.
- EMERSON, S. U., et R. H. PURCELL (2003). "Hepatitis E virus", *Reviews in Medical Virology*, vol. 13, n^o 3, mai-juin, p. 145-154.
- KHUROO, M. S., et S. KAMILI (2006). "Association of severity of hepatitis E virus infection in the mother and vertically transmitted infection in the fetus", *JK-Practitioner*, vol. 13, n^o 2, avril-juin, p. 70-74.
- MADISON DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH. PUBLIC HEALTH NURSING. *Infectious Disease in Daycare*, [En ligne]. [www.ci.madison.wi.us/health/phn/daytab.html].
- NAOUMOV, N. V. (2007). "Hepatitis A and E", *Medicine*, vol. 35, n^o 1, janvier, p. 35-38.
- NORTH DAKOTA DEPARTMENT OF HEALTH (2006). "Hepatitis E", *Disease Information*, [En ligne]. [www.ndhealth.gov/Disease/faq/Faqs.aspx].
- PANDA, S. K., D. THAKRAL et S. REHMAN (2007). "Hepatitis E virus", *Reviews in Medical Virology*, vol. 17, n^o 3, mai, p. 151-180.
- PURCELL, R. H., et S. U. EMERSON (2001). "Hepatitis E virus", dans KNIPE, D. M., et P. M. HOWLEY, dir. *Fields virology*, 4th Ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, p. 3051-3061.
- VICTORIAN STATE GOVERNMENT. DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES (2008). *Blue book: Guidelines for the control of infectious diseases*, [En ligne]. [www.health.vic.gov.au/ideas/bluebook].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001). *Hepatitis E*, [En ligne], World Health Organization. [www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsredc200112/en/print.html].
- WORN, H. C., W. H. M. VAN DER POEL et G. BRANDSTÄTTER (2002). "Hepatitis E: an overview", *Microbes and Infection*, vol. 4, n^o 6, mai, p. 657-666.

HERPÈS

- CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY. INFECTIOUS DISEASES AND IMMUNIZATION COMMITTEE (2006). "Current management of herpes simplex virus infection in pregnant women and their newborn infants", *Paediatrics & Child Health*, vol. 11, n^o 6, juillet-août, p. 363-365.

IMPÉTIGO

- PARSONNET, J. (2002). « Infections à staphylocoque », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences, p. 889-893.
- WESSELS, M. R. (2002). « Infections à streptocoque et à entérocoque », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences, p. 901-905.

INFLUENZA

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2006). *Recommandations du Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec (CPISGEQ) en regard de la pandémie appréhendée d'influenza*, 7 p. [Document interne non publié].

INTOXICATION ALIMENTAIRE

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1994). "Epidemiologic Notes and Reports Bacillus cereus Food Poisoning Associated with Fried Rice at Two Child Day Care Centers – Virginia, 1993", *MMWR Weekly*, vol. 43, n° 10, 18 mars, p. 177-178.

STASKEL, D. M., et autres (2007). "Microbial Evaluation of Foodservice Surfaces in Texas Child-Care Centers", *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 107, n° 5, mai, p. 854-859.

LARYNGITE STRIDULEUSE (FAUX CROUP)

BJORNSON, C. L., et autres (2004). "A Randomized Trial of a Single Dose of Oral Dexamethasone for Mild Croup", *The New England Journal of Medicine*, vol. 351, n° 13, 23 septembre, p. 1306-1313.

GERMAIN, V. (2006). « Qui s'endort sur un stridor? », *Le Médecin du Québec*, vol. 41, n° 12, décembre, p. 55.

SCOLNIK, D., et autres (2006). "Controlled Delivery of High vs Low Humidity vs Mist Therapy for Croup in Emergency Departments: A Randomized Controlled Trial", *Journal of the American Medical Association*, vol. 295, n° 11, 15 mars, p. 1274-1280.

LISTERIOSE INVASIVE

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2003). *Listériose*, [En ligne]. [dsol-smed.hc-sc.gc.ca/dsol-smed/ndis/diseases/list_f.html].

BRUNEAU, Anne (2003). « Listériose, un risque en cours de grossesse! », *Chronique PPM – Prévention en pratique médicale*, [En ligne], Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique. [www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/chronique/2003/15092003.html].

GAULIN, Colette, et autres (2003). « Première éclosion déclarée de *Listeria monocytogenes* dans la province de Québec, 2002 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 29, n° 21, 1^{er} novembre. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/03vol29/rm2921fa.html].

INSTITUT PASTEUR (2006). *La listériose*, [En ligne]. [www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000j-0hk/presse/fiches-sur-les-maladies-infectieuses/listeriose].

MANITOBA HEALTH. PUBLIC HEALTH (2000). *Renseignements sur la listériose*, [En ligne]. [www.gov.mb.ca/health/publichealth/cmoh/docs/listeriosis.fr.pdf].

LYME (MALADIE DE) ET MORSURES DE TIQUES

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2006). « La maladie de Lyme... une zoonose en émergence », *Sentinelles*, vol. 12, n° 2, mai, p. 1-2.
- BEHRMAN, R. E., R. M. KLIEGMAN et H. B. JENSON, dir. (2004). *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders.
- CANADIAN PUBLIC HEALTH LABORATORY NETWORK (2007). "The laboratory diagnosis of Lyme borreliosis: Guidelines of the Canadian Public Health Laboratory Network", *The Canadian Journal Infectious Diseases & Medical Microbiology*, vol. 18, n° 2, mars-avril, p. 145-148.
- COMITÉ CONSULTATIF DE LA MÉDECINE TROPICALE ET DE LA MÉDECINE DES VOYAGES (2005). « Déclaration relative aux mesures de protection individuelle pour prévenir les piqûres ou morsures d'arthropodes », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 31, n° DCC-4, 15 mai, Agence de la santé publique du Canada. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/asc-dcc-4/index_f.html].
- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (2000). « Déclaration sur la vaccination contre la maladie de Lyme », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 26, n° DCC-3, 1^{er} juillet. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26sup/dcc3.html].
- HAYES, Edward B. (2003). "Current Concepts: How Can We Prevent Lyme Disease?", *The New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 24, 12 juin, p. 2424-2430.
- INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA (2000). "Practice Guidelines for the Treatment of Lyme Disease: Guidelines from the Infectious Diseases Society of America", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 31, suppl. n° 1, 1^{er} juillet, p. S1-S14.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2006a). *Formulaire d'enquête épidémiologique : maladie de Lyme*. [Document interne non publié à l'usage des professionnels].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2006b). *Procédure pour la collecte et L'IDENTIFICATION des tiques*. [Document interne non publié à l'usage des professionnels].
- OGDEN, N. H. (2008). « La borréliose de Lyme au Canada : un problème grandissant », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 34, n° 1, 1^{er} janvier. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/08vol34/dr-rm3401-fra.php].
- ROCHFORD, Jean, et Louise TRUDEL (2002). *Maladie de Lyme*, Institut national de santé publique du Québec.
- STAFFORD III, K. C. (2007). *Tick Management Handbook: An integrated guide for homeowners, pest control operators, and public health officials for prevention of tick-associated disease*, [En ligne], The Connecticut Agricultural Experiment Station. [www.ct.gov/caes/site/default.asp].
- STEEER, Allen C. (2001). "Medical Progress: Lyme Disease", *The New England Journal of Medicine*, vol. 345, n° 2, 12 juillet, p. 115-125.

MÉNINGITE VIRALE

- BÖTTNER, A., et autres (2002). "A season of aseptic meningitis in Germany: epidemiologic, clinical and diagnostic aspects", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 21, n° 12, décembre, p. 1126-1132.
- CARROL, E. D., et autres (2006). "Clinical and diagnostic findings of an echovirus meningitis outbreak in the north west of England", *Postgraduate Medical Journal*, vol. 82, n° 963, janvier, p. 60-64.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2006). "Enterovirus Surveillance – United States, 2002-2004", *MMWR Weekly*, vol. 55, n° 6, 17 février, p. 153-156.

MÉNINGOCOQUE (INFECTION À)

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006). « Addendum : mise à jour : *Lignes directrices pour la prévention et la lutte contre les atteintes méningococciques* », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 32, n° 22, 15 novembre. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/rm3222fc.html].
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2005). « Lignes directrices pour la prévention et la lutte contre les atteintes méningococciques », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 31, suppl. n° 1, mai. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/31s1/index_f.html].
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2008). "Emergence of Fluoroquinolone-Resistant *Neisseria meningitidis* – Minnesota and North Dakota, 2007-2008". *MMWR Weekly*, vol. 57, n° 7, p.173-175.
- COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC (2002). *Pertinence de l'introduction du vaccin méningococcique dans le calendrier régulier d'immunisation au Québec*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/100_VaccinMeningoConjuge.pdf].
- DAVISON, K. L., et autres (2004). "Clusters of meningococcal disease in school and preschool settings in England and Wales: What is the risk?", *Archives of Disease in Childhood*, vol. 89, n° 3, mars, p. 256-260.
- FRASER, A., et autres (2005). "Antibiotics for preventing meningococcal infections", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [En ligne], n° 1. [Art. n° : CD004785. DOI : 10.1002/14651858.CD004785.pub3].
- GREIN, T., et D. O'FLANAGAN (2001). "Day-care and meningococcal disease in young children", *Epidemiology and Infection*, vol. 127, n° 3, décembre, p. 435-441.
- PERRON, Lina (2007). *Guide d'intervention en regard des infections invasives à méningocoque*. [Document de travail].

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

- BRAUE, A., et autres (2005). "Epidemiology and Impact of Childhood Molluscum Contagiosum: A Case Series and Critical Review of the Literature", *Pediatric Dermatology*, vol. 22, n° 4, juillet, p. 287-294.

MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE

VALIQUETTE, Louis, et Louiselle LEBLANC (2003). « Est-ce une mononucléose? », *Le clinicien*, vol. 18, n° 11, novembre, p. 103-105.

OREILLONS

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. « S'occuper des maladies infectieuses : éclosions et autres risques de transmission », *Espace Professionnels*, [En ligne]. [www.santepub-mtl.qc.ca:80/eclosion/index.html].

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2006). "Update: Multistate Outbreak of Mumps – United States, January 1-May 2, 2006", *MMWR Dispatch*, [En ligne], vol. 55, 18 mai, Centers for Disease Control and Prevention. [www.cdc.gov:80/mmwr/preview/mmwrhtml/mm55d518a1.htm].

ZIMMERMAN, Laura, Susan REEF et Melinda WHARTON (2002). "Chapter 7: Mumps", *VPD Surveillance Manual: Chapter 7, Mumps 7-1*, [En ligne]. [www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/downloads/chpt07_mumps.pdf].

OTITE MOYENNE AIGUË

BEHRMAN, R. E., R. M. KLIEGMAN et H. B. JENSON, dir. (2004). *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders.

SIEGEL, R. M., et J. P. BIEN (2004). "Acute Otitis Media in Children: A Continuing Story", *Pediatrics in Review*, vol. 25, n° 6, juin, p. 187-193.

SUBCOMMITTEE ON MANAGEMENT OF ACUTE OTITIS MEDIA (2004). "Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Management of Acute Otitis Media", *Pediatrics*, vol. 113, n° 5, mai, p. 1451-1465.

WEBER, Stephen M., et K. M. GRUNDFAST (2003). "Modern management of acute otitis media", *Pediatric Clinics of North America*, vol. 50, n° 2, avril, p. 399-411.

OXYUROSE (ENTÉROBIASE)

GYORKOS, T. W., et autres (2003). "Prevalence of parasites in Canada and Alaska", dans AKUFFO, H., et autres. *Parasites of the Colder Climates*, London, Taylor & Francis, p. 77-88.

PÉDICULOSE

ANDRESEN, K., et A.M. MCCARTHY (2009). "A policy change strategy for head lice management", *The Journal of School Nursing*, vol. 25, n° 6, décembre, p. 407-416.

AMEEN, M., et autres (2010). "Oral ivermectin for treatment of *Pediculosis capitis*", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 29, n° 11, novembre, p. 991-993.

BAUER, E., C. JAHNKE, et H. FELDMEIERS (2009). "Seasonal fluctuations of head lice infestation in Germany", *Parasitology Research*, vol. 104, n° 3, février, p. 677-681.

- BURGESS, I.F., E.R. BRUNTON et N.A. BURGESS (2010). "Clinical trial showing superiority of a coconut and anise spray over permethrin 0.43% lotion for head louse infestation, ISRCTN96469780", *European Journal of Pediatrics*, vol. 169, n° 1, janvier, p. 55-62.
- BURGESS, I.F., P.N. LEE et C.M. BROWN (2008). "Randomised, controlled, parallel group clinical trials to evaluate the efficacy of isopropyl myristate/cyclomethicone solution against head lice", *Pharmaceutical Journal*, vol. 280, n° 7495, p. 371-375.
- BURGESS, I.F., P.N. LEE et G. MATLOCK (2007). "Randomised, controlled, assessor blind trial comparing 4% dimeticone lotion with 0.5% malathion liquid for head louse infestation", *PLoS ONE*, vol. 2, n° 11, p. e1127.
- BURKHART, C.N., et C.G. BURKHART (2007). "Fomite transmission in head lice", *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 56, n° 6, juin, p. 1044-1047.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2010). "Parasites – Lice – Head lice. Pediculosis", Atlanta (Georgie), Centers for Disease Control and Prevention, [En ligne], mise à jour du 2 novembre 2010, [www.cdc.gov/parasites/lice/head/index.html] (Consulté le 9 juin 2012).
- DESENCLOS, J.C., M.A. LAPORTE et P. BROUQUI (2011). "Louse-borne infections in humans", *Médecine et maladies infectieuses*, vol. 41, n° 6, juin, p. 295-300.
- DIAMANTIS, S.A., D.S. MORRELL et C.N. BURKHART (2009). "Pediatric infestations", *Pediatric Annals*, vol. 38, n° 6, juin, p. 326-332.
- DISTRICT HEALTH AUTHORITY PUBLIC HEALTH SERVICES and THE DEPARTMENT OF HEALTH PROMOTION AND PROTECTION (2008). *Guidelines for Treatment of Pediculosis capitis (Head Lice)*, s. l., Nova Scotia Public Health Services, 23 p.
- DUBÉ, P.A. (2010). *Utilisation d'un shampoing pour animaux pour le traitement de la pédiculose chez l'humain*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 3 p., [En ligne], [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1148_ShampoingAnimauxTraitementPediculoseHumain.pdf] (Consulté le 28 avril 2012).
- FALAGAS, M.E., et autres (2008). "Worldwide prevalence of head lice", *Emerging Infectious Diseases*, vol. 14, n° 9, septembre, p. 1493-1494.
- FRANKOWSKI, B.L., et J.A. BOCCHINI (2010). "Head lice", *Pediatrics*, vol. 126, n° 2, 1^{er} août, p. 392-403, [En ligne], [www.pediatrics.org/cgi/content/full/126/2/392] (Consulté le 28 avril 2012).
- HEYMANN, W.R. (2009). "Head lice treatments: Searching for the path of least resistance", *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 61, n° 2, août, p. 323-324.
- HEALTH PROTECTION AGENCY NORTH WEST. (2010). *The Prevention, Identification and Management of Head Lice Infection in the Community*, [Liverpool (Royaume-Uni)], Health Protection Agency North West, 27 p., [En ligne], [www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1296681612732] (Consulté le 28 avril 2012).
- HEUKELBACH, J. (2010). *Management and Control of Head Lice Infestations*, Brême (Allemagne), UNI-MED Verlag AG, 143 p.
- HEUKELBACH, J., et autres (2010). "Dimeticone-based pediculicides: A physical approach to eradicate head lice", *The Open Dermatology Journal*, vol. 4, p. 77-81.

- HEUKELBACH, J., et autres (2008). "A highly efficacious pediculicide based on dimeticone: Randomized observer blinded comparative trial", *BMC Infectious Diseases*, vol. 8, mis en ligne le 10 septembre, [En ligne], [www.biomedcentral.com/1471-2334/8/115] (Consulté le 28 avril 2012).
- IBARRA, J., et autres (2009). "The impact of well-developed preventative strategies on the eradication of head lice", *Perspectives in Public Health*, vol. 129, n° 4, juillet, p. 165-173.
- IBARRA, J., et autres (2007). "Overcoming health inequalities by using the Bug Busting 'whole-school approach' to eradicate head lice", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, n° 10, octobre, p. 1955-1965.
- GALLARDO, A., C.G. MOUGABURE et M.I. PICOLLO (2009). "*Pediculus humanus capitis* (head lice) and *Pediculus humanus humanus* (body lice): response to laboratory temperature and humidity and susceptibility to monoterpenoids", *Parasitology Research*, vol. 105, n° 1, juillet, p. 163-167.
- GUR, I., et R. SCHNEEWEISS (2009). "Head lice treatments and school policies in the US in an era of emerging resistance: a cost-effectiveness analysis", *PharmacoEconomics*, vol. 27, n° 9, 1^{er} septembre, p. 725-734.
- JAHNKE, C., E. BAUER et H. FELDMEIER (2008). "*Pediculosis capita* in childhood: epidemiological and socio-medical results from screening of school beginners", *Gesundheitswesen*, vol. 70, n° 11, novembre, p. 667-673.
- JAHNKE, C., et autres (2009). "Accuracy of diagnosis of *Pediculosis capitis*: Visual inspection vs wet combing", *Archives of Dermatology*, vol. 145, n° 3, mars, p. 309-313.
- KAUL, N., et autres (2007). "North American efficacy and safety of a novel pediculicide rinse, isopropyl myristate 50% (Resultz)", *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, vol. 11, n° 5, septembre-octobre, p. 161-167.
- KURT, O., et autres (2009). "Comparison of two combs in the detection of head lice in school children", *Turkiye Parazitoloji Dernegi*, vol. 33, n° 1, p. 50-53.
- LEBWOHL, M., L. CLARK et J. LEVITT (2007). "Therapy for head lice based on life cycle, resistance, and safety considerations", *Pediatrics*, vol. 119, n° 5, 1^{er} mai, p. 965-974.
- LI, W., et autres (2010). "Genotyping of human lice suggests multiple emergences of body lice from local head louse populations", *PLoS Neglected Tropical Diseases*, vol. 4, n° 3, mis en ligne le 23 mars, p. e641.
- MARCEAU, N. (2011). « Quelles sont les nouveautés dans le traitement de la pédiculose ? », *Québec Pharmacie*, vol. 58, n° 5, septembre, p. 9-11.
- MARCEAU, N., (2008). *Mise à jour de l'Institut national de santé publique concernant la thérapie pédiculicide au 1-3-2008*, [Québec], Institut national de santé publique du Québec, 3 p.
- MARCOUX, D., et autres (2010). "Pyrethroid pediculicide resistance of head lice in Canada evaluated by serial invasive signal amplification reaction", *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, vol. 14, n° 3, mai-juin, p. 115-118.
- MUMCUOGLU, K.Y., et autres (2007). "International guidelines for effective control of head louse infestations", *Journal of Drugs in Dermatology*, vol. 6, n° 4, avril, p. 409-414.
- NATHAN, A. (2010). "Head lice", dans *Non-prescription Medicines*, 4^e édition, Londres (Grande-Bretagne), Pharmaceutical Press, p. 145-150.

NATIONAL HEALTH SERVICE EVIDENCE (2008). *Clinical Knowledge Summaries: Head Lice*, Scenario Head Lice [http://www.cks.nhs.uk/head_lice/management/scenario_head_lice] et Scenario Diagnosis [http://www.cks.nhs.uk/head_lice/management/scenario_diagnosis], [Royaume-Uni], National Institute for Health and Clinical Excellence, [En ligne] (Consulté le 9 juin 2012).

NAZARI, M., et M. SAIDIJAM (2007). "Pediculus capitis infestation according to sex and social factors in Hamedan, Iran", *Pakistan Journal of Biological Sciences*, vol. 10, n° 19, p. 3473-3475.

NUTANSON, I., et autres (2008). "Pediculus humanus capitis: an update", *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat*, vol. 17, n° 4, p. 147-159.

OLIVEIRA, F.A., R. SPEARE et J. HEUKELBACH (2007). "High in vitro efficacy of Nyda® L, a pediculicide containing dimeticone", *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, vol. 21, n° 10, novembre, p. 1325-1329.

PILGER, D., et autres (2010). "Household-wide ivermectin treatment for head lice in an impoverished community: randomized observer-blinded controlled trial", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 88, n° 2, février, p. 90-96.

PILGER, D., et autres (2008). "Self-diagnosis of active head lice infestation by individuals from an impoverished community: high sensitivity and specificity", *Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo*, vol. 50, n° 2, mars-avril, p. 121-122.

POWER, L.E., et D.L. SUDAKIN (2007). "Pyrethrin and pyrethroid exposures in the United States: a longitudinal analysis of incidents reported to poison centers", *Journal of Medical Toxicology*, vol. 3, n° 3, septembre, p. 94-99.

PUBLIC HEALTH MEDICINE ENVIRONMENTAL GROUP (2008). *Head Lice: Evidence-based Guidelines Based on the Stafford Report – 2008 Update*, Bathgate (Royaume-Uni), Public Health Medicine Environmental Group, 46 p.

RIOS, S.M., et autres (2008). "Pediculosis prevalence and associated risk factors in a nursery school, Bogota, Colombia", *Biomedica*, vol. 28, n° 2, juin, p. 245-251.

ROLLINS, J.A. (2010). "Back to school? The 'no nit' policy", *Pediatric Nursing*, vol. 36, n° 5, septembre-octobre, p. 236-237.

ROSS, K. (2008). "Head lice, resistance, and malathion", Letter to the Editor and In Reply, *Pediatrics*, vol. 121, n° 1, 1^{er} janvier, p. 222-223.

SCISCIONE, P., et C.A. KRAUSE-PARELLO (2007). "No-nit policies in schools: time for change", *The Journal of School Nursing*, vol. 23, n° 1, février, p. 13-20.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE et COMITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION (2008). « Les infestations par les poux de tête : une mise à jour clinique », *Paediatrics and Child Health*, vol. 13, n° 8, octobre, p. 699-704.

SOTO, J., et autres (2012). *Fiche indicative 1 : Biologie des poux de tête – Lignes directrices pour le contrôle de la pédiculose du cuir chevelu dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 8 p.

SOTO, J., et autres (2012). *Fiche indicative 2 : Aspects épidémiologiques de l'infestation – Lignes directrices pour le contrôle de la pédiculose du cuir chevelu dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 10 p.

SOTO, J., et autres (2012). *Fiche indicative 3 : Aspects cliniques et diagnostiques – Lignes directrices pour le contrôle de la pédiculose du cuir chevelu dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 4 p.

SOTO, J., et autres (2012). *Fiche indicative 4 : Traitement – Lignes directrices pour le contrôle de la pédiculose du cuir chevelu dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 18 p.

SOTO, J., et autres (2012). *Fiche indicative 5 : Prévention et contrôle des poux de tête – Lignes directrices pour le contrôle de la pédiculose du cuir chevelu dans les écoles et les services de garde éducatifs à l'enfance*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 17 p.

TOLOZA, A., et autres (2009). "Epidemiology of *Pediculosis capitis* in elementary schools of Buenos Aires, Argentina", *Parasitology Research*, vol. 104, n° 6, juin, p. 1295-1298.

VANDER STICHELE, R., et H. LAPEERE (2008). « Diméticone versus malathion pour le traitement des poux ? », *Minerva*, vol. 7, n° 10, décembre, p. 158-159.

WOLF, R., et B. DAVIDOVICI (2010). "Treatment of scabies and pediculosis: facts and controverses", *Clinics in Dermatology*, vol. 28, n° 5, septembre-octobre, p. 511-518.

ZHAO, J.Z., H.L. COLLINS et A.M. SHELTON (2010). "Testing insecticide resistance management strategies: mosaic versus rotations", *Pest Management Science*, vol. 66, n° 10, octobre, p. 1101-1105.

PHARYNGO-AMYGDALITE VIRALE

HAYDEN, G. F., et R. B. TURNER (2004). "Acute pharyngitis", dans BEHRMAN, R. E., R. M. KLIEGMAN et H. B. JENSON, dir. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders, p. 1393-1394.

KVÆRNER, K. J., P. NAFSTAD et J. J. K. JAAKKOLA (2000). "Upper Respiratory Morbidity in Preschool Children: A Cross-sectional Study", *Archives of Otolaryngology – Head & Neck Surgery*, vol. 126, n° 10, octobre, p. 1201-1206.

PHARYNGO-AMYGDALITE STREPTOCOCCIQUE ET SCARLATINE

BEHRMAN, R. E., R. M. KLIEGMAN et H. B. JENSON, dir. (2004). *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders.

BISNO, Alan L. (2001). "Acute Pharyngitis", *The New England Journal of Medicine*, vol. 344, n° 3, 18 janvier, p. 205-211.

CAMPISI, Paolo, et Ted L. TEWFIK (2002). « L'amygdalite et ses complications : comment les diagnostiquer et les traiter? », *Le clinicien*, vol. 17, n° 12, décembre, p. 76-83.

MARTIN, Judith M., et autres (2004). "Group A Streptococci Among School-Aged Children: Clinical Characteristics and Carrier State", *Pediatrics*, vol. 114, n° 5, novembre, p. 1212-1219.

WALD, Ellen R. (2001). "Antibiotic Treatment of Pharyngitis", *Pediatrics in Review*, vol. 22, n° 8, août, p. 255-256.

PNEUMOCOQUE (INFECTION À)

- ANDERSSON, M., et autres (2005). "Modelling the spread on penicillin-resistant *Streptococcus pneumoniae* in day-care and evaluation on intervention", *Statistics in Medicine*, vol. 24, n° 23, 15 décembre, p. 3593-3607.
- DAGAN, R., et autres (2001). "Effect of a conjugate pneumococcal vaccine on the occurrence of respiratory infections and antibiotic use in day-care center attendees", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 20, n° 10, octobre, p. 951-958.
- DAGAN, R., et K. O'BRIEN (2005). "Modeling the Association between Pneumococcal Carriage and Child-Care Center Attendance", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 40, n° 9, mai, p. 1223-1226.
- DE LENCASTRE, H., et A. TOMASZ (2002). "From ecological reservoir to disease: the nasopharynx, day-care centres and drug-resistant clones of *Streptococcus pneumoniae*", *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, vol. 50, suppl., décembre, p. 75-81.
- HUANG, S. S., J. A. FINKELSTEIN et M. LIPSITCH (2005). "Modeling Community and Individual-Level Effects of Child-Care Center Attendance on Pneumococcal Carriage", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 40, n° 9, mai, p. 1215-1222.
- LEVINE, O. S., et autres (1999). "Risk Factors for Invasive Pneumococcal Disease in Children: A Population-based Case-Control Study in North America", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 103, n° 3, mars. [pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/103/3/e28].

PNEUMONIE BACTÉRIENNE ET VIRALE

- HYDE, T. B., et autres (2001). "Azithromycin prophylaxis during a hospital outbreak of *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia", *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 183, n° 6, 15 mars, p. 907-912.
- MCINTOSH, K. (2002). "Current Concepts: Community-Acquired Pneumonia in Children", *The New England Journal of Medicine*, vol. 346, n° 6, 7 février, p. 429-437.

POLIOMYÉLITE

- GLOBAL POLIO ERADICATION INITIATIVE (2008). *Wild Poliovirus Weekly Update*, [En ligne], 16 avril. [www.polioeradication.org/casecount.asp].

RAGE

- COMITÉ SUR LA RÉVISION DU PROTOCOLE D'INTERVENTION VISANT LA PRÉVENTION DE LA RAGE HUMAINE (2007). *Guide d'intervention visant la prévention de la rage humaine*, ministère de la Santé et des Services sociaux.

RHUME

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2007). "Infant Deaths Associated with Cough and Cold Medications — Two States, 2005", *MMWR Weekly*, vol. 56, n° 1, 12 janvier, p. 1-4.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2005). *Le rhume chez les enfants*, [En ligne]. [www.soinsdenosenfants.cps.ca/maladies/rhume.htm].

ROSÉOLE (EXANTHÈME SUBIT)

BEHRMAN, R. E., R. M. KLIEGMAN et H. B. JENSON, dir. (2004). *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders.

FREITAS, R. B., T. A. F. MONTEIRO et A. C. LINHARES (2000). "Outbreaks of human-herpes virus 6 (HHV-6) infection in day-care centers in Belém, Pará, Brazil", *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, vol. 42, n° 6, novembre-décembre, p. 305-311.

HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences.

ROTAVIRUS (GASTROENTÉRITE À)

BUTZ, A. M., et autres (1993). "Prevalence of Rotavirus on High-Risk Fomites in Day-Care Facilities", *Pediatrics*, vol. 92, n° 2, août, p. 202-205.

DE CASTRO, L., et autres (1994). "An Outbreak of Diarrhea Associated with Rotavirus Serotype 1 in a Day Care Nursery in Rio de Janeiro, Brazil", *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, vol. 89, n° 1, janvier-mars, p. 5-9.

DENNEHY, P. H. (2006). "Rotavirus Vaccines: An Update", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 25, n° 9, septembre, p. 839-840.

DENNEHY, P. H., et autres (2006). "A Case-Control Study to Determine Risk Factors for Hospitalization for Rotavirus Gastroenteritis in U.S. Children", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 25, n° 12, décembre, p. 1123-1131.

FLORET, D., et autres (2006). "Epidemiology and burden of rotavirus diarrhea in day care centers in Lyon, France", *European Journal of Pediatrics*, vol. 165, n° 12, décembre, p. 905-906.

FORD-JONES, E. L., et autres (2000). "Rotavirus-Associated Diarrhea in Outpatient Settings and Child Care Centers", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 154, n° 6, juin, p. 586-593.

KESWICK, B. H., et autres (1983). "Survival and detection of rotaviruses on environmental surfaces in day care centers", *Applied and Environmental Microbiology*, vol. 46, n° 4, octobre, p. 813-816.

O'RYAN, M. L., et autres (1990). "Molecular Epidemiology of Rotavirus in Children Attending Day Care Centers in Houston", *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 162, n° 4, p. 810-816.

PICKERING, L. K., et autres (1988). "Asymptomatic Excretion of Rotavirus Before and After Rotavirus Diarrhea in Children in Day Care Centers", *The Journal of Pediatrics*, vol. 112, n° 3, mars, p. 361-365.

REVES, R. R., et autres (1993). "Child Day Care Increases the Risk of Clinic Visits for Acute Diarrhea and Diarrhea Due to Rotavirus", *American Journal of Epidemiology*, vol. 137, n° 1, janvier, p. 97-107.

STAAT, M. A., et autres (1991). "Diarrhea in Children Newly Enrolled in Day-Care Centers in Houston", *Journal of Pediatric Infectious Diseases*, vol. 10, n° 4, p. 282-286.

VIBEKE, Rosenfeldt, et autres (2005). "Viral Etiology and Incidence of Acute Gastroenteritis in Young Children Attending Day-Care Centers", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 24, n° 11, novembre, p. 962-965.

WILDE, J., et autres (1992). "Detection of Rotaviruses in the Day Care Environment by Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction", *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 166, n° 3, p. 507-511.

ROUGEOLE

GERSHON, A. (2002). « Rougeole », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences, p. 1142-1145.

MALDONADO, Y (2004). "Measles", dans BEHRMAN, R. E., R. M. KLIEGMAN et H. B. JENSON, dir. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders, p. 1026-1032.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). Protocole d'intervention – Mise à jour – La rougeole, ministère de la Santé et des Services sociaux, 19 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION = ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004). "Measles" = « Vaccins antirougeoleux », *Weekly epidemiological record = Relevé épidémiologique hebdomadaire*, vol. 79, n° 14, 2 avril, p. 130-142.

RUBÉOLE

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2001). "Control and Prevention of Rubella: Evaluation and Management of Suspected Outbreaks, Rubella in Pregnant Women, and Surveillance of Congenital Rubella Syndrome", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 50, n° RR-12, 13 juillet, p. 1-24.

CHARBONNEAU, S., et P. DE WALS (1997). *La rubéole : prévenir et enrayer*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 61 p.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (2006). « Vaccin contre la rubéole », dans AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Guide canadien d'immunisation*, 7^e éd., Agence de la santé publique du Canada, p. 344-355.

GERSHON, A. (2002). « Rubéole », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences, p. 1145-1147.

MALDONADO, Y. (2004). "Rubella", dans BEHRMAN, R. E., R. M. KLIEGMAN et H. B. JENSON, dir. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders, p. 1032-1034.

PERRON, Lina (1998). *Protocole d'intervention : la rubéole*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 20 p.

SANTÉ CANADA (2002). « Rapport d'une réunion du Comité consultatif d'experts sur la rubéole au Canada », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, [En ligne], vol. 28, suppl. n° 4, septembre. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/02vol28/28s4/index_f.html].

SALMONELLOSE (INCLUANT LA FIÈVRE TYPHOÏDE)

AGENCE CANADIENNE D'INSPECTION DES ALIMENTS (2008). *La bactérie Salmonelle : conseils pour préserver la salubrité des aliments : prévention des toxi-infections alimentaires*, [En ligne]. [www.inspection.gc.ca/francais/fssa/concen/cause/salmonellaf.shtml].

SIRINAVIN, S., et P. GARNER (1998). "Antibiotics for treating salmonella gut infections", Cochrane Database of Systematic Reviews, [En ligne], n° 3. [Art. n° : CD001167. DOI : 10.1002/14651858.CD001167].

SHIGELLOSE

AGHA, Rabia, et autres (2007). *Management of Shigella gastroenteritis in adults*, [En ligne], UpToDate. [www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~10c0KPtJBLlLd1&selectedTitle=1~150&source=search_result].

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2006). "Outbreaks of Multidrug-Resistant *Shigella sonnei* Gastroenteritis Associated with Day Care Centers – Kansas, Kentucky, and Missouri, 2005", *MMWR Weekly*, vol. 55, n° 39, 6 octobre, p. 1068-1071.

GLICKMAN, Michael S., et autres (2007). *Microbiology and epidemiology of Shigella infection*, [En ligne], UpToDate. [www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~cPn8VbHmEOfOyw&selectedTitle=1~82&source=search_result].

HOFFMAN, R. E., et P. J. SHILLAM (1990). "The Use of Hygiene, Cohorting, and Antimicrobial Therapy to Control an Outbreak of Shigellosis", *American Journal of Diseases of Children*, vol. 144, n° 2, février, p. 219-221.

MOHLE-BOETANI, J. C., et autres (1995). "Communitywide Shigellosis: Control of an Outbreak and Risk Factors in Child Day-Care Centers", *American Journal of Public Health*, vol. 85, n° 6, juin, p. 812-816.

STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE (SARM)

ADCOCK, P. M., et autres (1998). "Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in two child care centers", *The Journal of Infectious Disease*, vol. 178, n° 2, août, p. 577-580.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. SECTEUR VIGIE ET PROTECTION (2006). *Avis intérimaire de santé publique : émergence du Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline d'origine communautaire (SARM-C) dans la région de Montréal*, [En ligne]. [www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/prevention/infection/pdf/avisout2006.pdf].

BARTON, M., et autres (2006). "Guidelines for the prevention and management of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: A perspective for Canadian health care practitioners", *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, vol. 17, suppl. n° C, septembre-octobre, p. 3C-24C.

CREECH, C. B., et autres (2005). "Increasing Rates of Nasal Carriage of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in Healthy Children", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 24, n° 7, juillet, p. 617-621.

HAWKES, M., et autres (2007). "Community-associated MRSA: Superbug at our doorstep", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 176, n° 1, 2 janvier, p. 54-56.

HEININGER, U., et autres (2007). "Prevalence of nasal colonization with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in children a multicenter cross-sectional study", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 26, n° 6, juin, p. 544-546.

KAPLAN, S. L., et autres (2006). "Community-Acquired Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Infections in Children", *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, vol. 17, n° 3, juillet, p. 113-119.

LO, W.-T., et autres (2007). "Nasal carriage of a single clone of community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* among kindergarten attendees in northern Taiwan", *BioMed Central Infectious Diseases*, [En ligne], vol. 7, n° 51, 1^{er} juin. [www.biomedcentral.com/1471-2334/7/51].

OTTO, M. (2007). "Community-associated MRSA: a dangerous epidemic", *Future Microbiology*, vol. 2, n° 5, octobre, p. 457-459.

SIEGEL, J. D., et autres (2006). *Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings, 2006*, [En ligne], Centers for Disease Control and Prevention. [www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/ar/mdroguideline2006.pdf].

STREPTOCOQUE β -HÉMOLYTIQUE DU GROUPE A (INFECTION INVASIVE À)

DAVIES, H. D., et autres (1996). "Invasive Group A Streptococcal Infections in Ontario, Canada", *The New England Journal of Medicine*, vol. 335, n° 8, 22 août, p. 547-554.

LAUPLAND, K. B., et autres (2000). "Invasive Group A Streptococcal Disease in Children and Association With Varicella-Zoster Virus Infection", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 105, n° 5, mai. [pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/105/5/e60].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Infections invasives à streptocoque du groupe A : situation, orientations et recommandations*, 2^e édition, [En ligne]. [www.santepub-mtl.qc.ca/Mi/prevention/infection/pdf/GuideInfectionsInvasivesstrept.pdf].

TYRRELL, G. J., et autres (2005). "Invasive Group A Streptococcal Disease in Alberta, Canada (2000 to 2002)", *Journal of Clinical Microbiology*, vol. 43, n° 4, avril, p. 1678-1683.

TÉTANOS

ABRUTYN, E. (2002). « Tétanos », dans HARRISON, T. R. *Principes de médecine interne*, 15^e éd., Flammarion médecine-sciences, p. 918-920.

ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES (2006). "Preventing Tetanus, Diphtheria, and Pertussis Among Adolescents: Use of Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid and Acellular Pertussis Vaccines", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 55, n° RR-03, 24 mars, p. 7-8.

ARNON, S. S. (2004). "Tetanus (*Clostridium tetani*)", dans BEHRMAN, R. E., R. M. KLIEGMAN et H. B. JENSON, dir. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders, p. 951-953.

BROOK, I. (2004). "Tetanus in Children", *Pediatric Emergency Care*, vol. 20, n° 1, janvier, p. 48-53.
PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2005). *Control of diphtheria, pertussis, tetanus, haemophilus influenzae type b and hepatitis B: Field guide*, Washington, Pan American Health Organization (Scientific and Technical Publication; 604).

TINEA CAPITIS

VIGUIÉ-VALLANET, C., et autres (2005). « Épidémie de teignes à *Trichophyton tonsurans* dans une école maternelle de la région parisienne », *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, vol. 132, n° 5, mai, p. 432-438.

TINEA CORPORIS

Se référer à la bibliographie générale.

TINEA PEDIS

RASMUSSEN, J. E. (1992). "Cutaneous Fungus Infections in Children", *Pediatrics in Review*, vol. 13, n° 4, avril, p. 152-156.

TOXOCAROSE

GYORKOS, T. W., et autres (2003). "Prevalence of parasites in Canada and Alaska", dans AKUFFO, H., et autres. *Parasites of the Colder Climates*, London, Taylor & Francis, p. 77-88.

VILLENEUVE, A. (2003). *Les zoonoses parasitaires : l'infection chez les animaux et chez l'homme*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 506 p.

TUBERCULOSE

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2007). *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6^e édition, 496 p.

NATIONAL TUBERCULOSIS CONTROLLERS ASSOCIATION ET CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2005). "Guidelines for the Investigation of Contacts of Persons with Infectious Tuberculosis", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 54, n° RR-15, 16 décembre, p. 1-37.

NELSON, L. J., et C. D. WELLS (2004). "Global epidemiology of childhood tuberculosis", *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 8, n° 5, mai, p. 636-647.

MANDALAKAS, A. M., et J. R. STARKE (2005). "Current concepts of childhood tuberculosis", *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, vol. 16, n° 2, avril, p. 93-104.

VARICELLE ET ZONA

DWORKIN, R. H., et autres (2007). "Recommendations for the Management of Herpes Zoster", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 44, suppl. n° 1, 1^{er} janvier, p. S1-S26.

HEININGER, U., et J. F. SEWARD (2006). "Varicella", *The Lancet*, vol. 368, n° 9544, 14 octobre-20 octobre, p. 1365-1376.

LAUPLAND, K. B., et autres (2000). "Invasive Group A Streptococcal Disease in Children and Association With Varicella-Zoster Virus Infection", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 105, n° 5, mai. [pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/105/5/e60].

LEUNG, A. K. C., W. L. M. ROBSON et A. G. LEONG (2006). "Herpes Zoster in Childhood", *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 20, n° 5, septembre-octobre, p. 300-303.

MYERS, M. G., J. F. SEWARD et P. S. LARUSSA (2007). "Varicella-Zoster Virus", dans KLIEGMAN, R. M., et autres, dir. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 18th Ed., Saunders, p. 1366-1372.

VERRUES

IRACE-CIMA, Alejandra, et autres (2004). *Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire : guide à l'intention des infirmières en santé scolaire, des enseignants, des stagiaires, des parents, des commissions scolaires et des directions d'écoles*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval, p. 57.

MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE (2003). *Faire face aux maladies infectieuses à l'école*, édition 2003, [En ligne]. [www.questionsante.org/03publications/charger/malinfectedcole.pdf].

VERS INTESTINAUX (INFECTION PAR DES)

Se référer à la bibliographie générale.

VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH) (INFECTION AU)

COMMITTEE ON PEDIATRIC AIDS et COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES (1999). "Issues Related to Human Immunodeficiency Virus Transmission in Schools, Child Care, Medical Settings, the Home, and Community", *Pediatrics*, vol. 104, n° 2, août, p. 318-324.

DOMINGUEZ, K. L. (2000). "Management of HIV-infected children in the home and institutional settings: Care of children and infections control in schools, day care, hospital settings, home, foster care, and adoption", *Pediatric Clinics of North America*, vol. 47, n° 1, février, p. 203-239.

HAVENS, P. L., et COMMITTEE ON PEDIATRIC AIDS (2003). "Postexposure Prophylaxis in Children and Adolescents for Nonoccupational Exposure to Human Immunodeficiency Virus", *Pediatrics*, vol. 111, n° 6, juin, p. 1475-1489.

JUHN, Y. J., et autres (2001). "Willingness of directors of child care centers to care for children with chronic infections", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 20, n° 1, janvier, p. 77-79.

MERCHANT, R. C., et R. KESHAVARZ (2001). "Human Immunodeficiency Virus Postexposure Prophylaxis for Adolescents and Children", *Pediatrics*, vol. 108, n° 2, août. [pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/108/2/e38].

RENAUD, A., B. RYAN et D. CLOUTIER (1997). "Knowledge and attitude assessment of Quebec daycare workers and parents regarding HIV/AIDS and hepatitis B", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 88, n° 1, janvier-février, p. 23-26.

VNO

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006a). *Aperçu général*, [En ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/wn-no/gen_f.html].

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006b). *Virus du Nil occidental – Protégez-vous!*, [En ligne]. [www.virusduniloccidental.gc.ca].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Virus du Nil occidental*, [En ligne]. [www.wnvirus.info/index.php?accueil].

YERSINIOSE

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2003). "Yersinia enterocolitica Gastroenteritis Among Infants Exposed to Chitterlings – Chicago, Illinois, 2002", *MMWR Weekly*, vol. 52, n° 40, 10 octobre, p. 956-958.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DES PÊCHERIES ET DE L'ALIMENTATION. « Yersiniose », [En ligne]. [www.mapaq.gouv.qc.ca/cgi-bin/MsmGo.exe?grab_id=13&page_id=3998208&query=Yersiniose&hiword=Yersiniose+].

NAHED, M. Abdel, et autres (2000). "Yersinia enterocolitica infection in children", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 19, n° 10, octobre, p. 954-958.

VAN OSSEL, C., et G. WAUTERS (1990). "Asymptomatic Yersinia enterocolitica infections during an outbreak in a day-nursery", *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, vol. 9, no 2, février, p. 148.

Chapitre VI

CONDITIONS PARTICULIERES ASSOCIEES AUX SERVICES DE GARDE

LES ANIMAUX

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2007). "Compendium of Measures to Prevent Disease Associated with Animals in Public Settings, 2007", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 56, n° RR-05, 6 juillet, p. 1-13.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2005). "Outbreaks of *Escherichia coli* O157:H7 associated with petting zoos – North Carolina, Florida, and Arizona, 2004 and 2005", *MMWR Weekly*, vol. 54, n° 50, 23 décembre, p. 1277-1280.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2003). "Reptile-Associated Salmonellosis – Selected States, 1998-2002", *MMWR Weekly*, vol. 52, n° 49, 12 décembre, p. 1206-1209.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2005). *Pas de poils, pas de plumes, pas de nageoires! Mise à jour de l'avis sur la présence d'animaux en service de garde*, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 25 p.

GYORKOS, T. W., et autres (1994). "Parasite Contamination of Sand and Soil from Day-Care Sandboxes and Play Areas", *Pediatrics*, vol. 94, n° 6, décembre, p. 1027-1028.

QUINET, B. (2006). « Zoonoses en pédiatrie et animaux de compagnie limités aux chiens et chats », *Archives de pédiatrie*, vol. 13, n° 6, juin, p. 581-583.

WEESE, J. S., et autres (2007). "Observation of Practices at Petting Zoos and the Potential Impact on Zoonotic Disease Transmission", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 45, n° 1, juillet, p. 10-15.

WILLEY, J. F. (1990). "Mammalian Bites: Review of Evaluation and Management", *Clinical Pediatrics*, vol. 29, n° 5, mai, p. 283-287.

LA BAIGNADE

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2008). *Règlement sur la qualité de l'eau des piscines et autres bassins artificiels*, Q-2, r. 18.1.02, [En ligne], Éditeur officiel du Québec. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/Q_2/Q2R18_1_02.htm].

GROUPE SCIENTIFIQUE SUR L'EAU (2005). *Propositions de critères d'intervention et de seuils d'alerte pour les cyanobactéries*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/348-CriteresInterventionCyanobacteries.pdf].

POND, K. (2005). *Water Recreation and Disease: Plausibility of Associated Infections: Acute Effects, Sequelae and Mortality*, [En ligne], World Health Organization. [www.who.int/water_sanitation_health/bathing/recreadis.pdf].

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006). "Swimming pools and similar environments", *Guidelines for safe recreational water environments*, vol. 2, 118 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). "Coastal and fresh waters", *Guidelines for safe recreational water environments*, vol. 1, 219 p.

LES ENFANTS IMMUNOSUPPRIMÉS

Se référer à la bibliographie générale.

LES INFECTIONS RESPIRATOIRES ET LES ENFANTS SOUFFRANT DE MALADIE CARDIAQUE, PULMONAIRE OU NÉS PRÉMATURÉMENT

Se référer à la bibliographie générale.

LA FIÈVRE

BEHRMAN, R. E., R. M. KLIEGMAN et H. B. JENSON, dir. (2004). *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th Edition, Saunders.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2007). *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans*, Institut national de santé publique du Québec, p. 422-431.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2007). *La fièvre et la prise de la température*, [En ligne]. [www.soinsdenosenfants.cps.ca/maladies/fievre.htm].

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. COMITÉ DE LA PÉDIATRIE COMMUNAUTAIRE (2007). *La mesure de la température en pédiatrie*, [En ligne]. [www.cps.ca/francais/enonces/cp/cp00-01.htm].

LA FEMME ENCEINTE

ADLER, S. P., et autres (2004). "Prevention of child-to-mother transmission of cytomegalovirus among pregnant women", *Journal of Pediatrics*, vol. 145, n° 4, octobre, p. 485-491.

ADLER, S. P., et autres (1996). "Prevention of Child-to-Mother Transmission of Cytomegalovirus by Changing Behaviors: A Randomized Controlled Trial", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 15, n° 3, mars, p. 240-246.

ADLER, S. P. (1992). "Cytomegalovirus Transmission and Child Day Care", *Advances in Pediatric Infectious Diseases*, vol. 7, p. 109-122.

ADLER, S. P. (1991). "Cytomegalovirus and Child Day Care: Risk Factors for Maternal Infection", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 10, n° 8, p. 590-594.

BOPPANA, S. B., et autres (2001). "Intrauterine transmission of cytomegalovirus to infants of women with preconceptional immunity", *The New England Journal of Medicine*, vol. 344, n° 18, 3 mai, p. 1366-1371.

CARTER, M. L., et autres (1991). "Occupational Risk Factors for Infection with Parvovirus B19 among Pregnant Women", *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 163, n° 2, p. 282-285.

GILLESPIE, S. M., et autres (1990). "Occupational Risk of Human Parvovirus B19 Infection for School and Day-Care Personnel During an Outbreak of Erythema Infectiosum", *Journal of the American Medical Association*, vol. 263, n° 15, 18 avril, p. 2061-2065.

NOËL, G. J., et G. W. GARY (1988). "Human Parvovirus B19 Infection in a Day Care Worker", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 7, n° 12, p. 880.

PASS, R. F. (1991). "Day-Care Centers and the Spread of Cytomegalovirus and Parvovirus B19", *Pediatric Annals*, vol. 20, n° 8, p. 419-426.

PASS, R. F., et autres (1990). "Increased Rate of Cytomegalovirus Infection among Day Care Center Workers", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 9, n° 7, p. 465-470.

REVES, R. R., et L. PICKERING (1992). "Impact of child day care on infectious diseases in adults", *Infectious Disease Clinics of North America*, vol. 6, n° 1, mars, p. 239-250.

SERENE, A. J., et autres (2005). "Risk factors for cytomegalovirus seropositivity in a population of day care educators in Montréal, Canada", *Occupational Medicine*, vol. 55, n° 7, octobre, p. 564-567.

LE LAIT MATERNEL ET LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES et OFFICE ON WOMEN'S HEALTH (2000). *HHS Blueprint for Action on Breastfeeding*, [En ligne]. [www.womenshealth.gov/Breastfeeding/bluprntbk2.pdf].

FÉDÉRATION CANADIENNE DES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE (2001). « En faveur de l'allaitement après le retour au travail », *Feuille-ressources n° 57* [En ligne], Fédération canadienne des services de garde à l'enfance. , www.cfc-efc.ca/docs/cccf/rs057_fr.htm

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2007). *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans*, Institut national de santé publique du Québec, p. 232.

JONES, Frances, et Mary Rose TULLY (2006). *Best Practice for Expressing, Storing and Handling Human Milk in Hospitals, Homes and Child Care Settings*, Human Milk Banking Association of North America.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, LES DIÉTÉTISTES DU CANADA et SANTÉ CANADA (2005). *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé – Énoncé du groupe de travail mixte suivant : Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada*, [En ligne], 2005, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. [www.hc-sc.gc.ca:80/fn-an/pubs/infant-nourrisson/nut_infant_nourrisson_term_f.html].

UNITED STATES BREASTFEEDING COMMITTEE (2002). *Breastfeeding and child care*, [En ligne]. [www.usbreastfeeding.org/Issue-Papers/Childcare.pdf].

LES MORSURES HUMAINES

BARTHOLOMEW, C. F., ET A. M. JONES (2006). "Human bites: a rare risk factor for HIV transmission", *AIDS*, vol. 20, n° 4, 28 février, p. 631-632.

BOUCHER, C., et L. POIRIER (2006). « Lorsque des enfants se mordent au service de garde », *Bye-bye les microbes!*, [En ligne], vol. 9, n° 3, automne, ministère de la Famille et des Aînés. [www.mfa.gouv.qc.ca/publications/bye-bye-microbes/no93/article1.asp].

CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY PRACTICE (1998). "A bite in the playroom: Managing human bites in day care settings", *Paediatrics & Child Health*, vol. 3, n° 5, septembre-octobre, p. 355-357.

- COMMITTEE ON PEDIATRIC AIDS et COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES (1999). "Issues Related to Human Immunodeficiency Virus Transmission in Schools, Child Care, Medical Settings, the Home, and Community", *Pediatrics*, vol. 104, n° 2, août, p. 318-324.
- DOMINGUEZ, K. L. (2000). "Management of HIV-infected children in the home and institutional settings: Care of children and infections control in schools, day care, hospital settings, home, foster care, and adoption", *Pediatric Clinics of North America*, vol. 47, n° 1, février, p. 203-239.
- GARRARD, J., N. LELAND et D. K. SMITH (1988). "Epidemiology of human bites to children in a day-care center", *American Journal of Diseases of Children*, vol. 142, n° 6, juin, p. 643-650.
- GROUPE DE TRAVAIL AD HOC DE LA TABLE DE CONCERTATION NATIONALE EN MALADIES INFECTIEUSES (2005). *Guide d'intervention sur l'hépatite B*.
- HAVENS, P. L. et COMMITTEE ON PEDIATRIC AIDS (2003). "Postexposure Prophylaxis in Children and Adolescents for Nonoccupational Exposure to Human Immunodeficiency Virus", *Pediatrics*, vol. 111, n° 6, juin, p. 1475-1489.
- JUHN, Y. J., et autres (2001). "Willingness of directors of child care centers to care for children with chronic infections", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 20, n° 1, janvier, p. 77-79.
- MERCHANT, R. C., et R. KESHAVARZ (2001). "Human Immunodeficiency Virus Postexposure Prophylaxis for Adolescents and Children", *Pediatrics*, [En ligne], vol. 108, n° 2, août. [pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/108/2/e38].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. COMITÉ PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES EN SERVICE DE GARDE (1997). *Avis de santé publique sur le contrôle des maladies transmissibles par le sang dans le contexte d'un service de garde à l'enfance*, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE ET DE LA FAMILLE (2000). *La santé des enfants... en services de garde éducatifs*, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille; Publications du Québec, 285 p.
- RENAUD, A., B. RYAN et D. CLOUTIER (1997). "Knowledge and attitude assessment of Quebec daycare workers and parents regarding HIV/AIDS and hepatitis B", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 88, n° 1, janvier-février, p. 23-26.
- SOLOMONS, H. C., et R. ELARDO (1991). "Biting in day care centers: incidence, prevention, and intervention", *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 5, n° 4, juillet-août, p. 191-206.
- LES PIQÛRES D'AIGUILLE DANS LA COMMUNAUTÉ**
- BABL, F. E., et autres (2000). "HIV postexposure prophylaxis for children and adolescents", *The American Journal of Emergency Medicine*, vol. 18, n° 3, mai, p. 282-287.
- BLAIS, D. (2005). « Un enfant s'est blessé avec une seringue... », *Perspective infirmière*, vol. 3, n° 1, septembre-octobre, p. 27-28.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2005). "Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States: Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 54, n° RR-02, 21 janvier, p. 1-20.

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2001). "Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 50, n° RR-11, 29 juin, p 1-42.
- FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1998). "Management of Possible Sexual, Injecting-Drug-Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV, Including Considerations Related to Antiretroviral Therapy Public Health Service Statement", *MMWR Recommendations and Reports*, vol. 47, n° RR-17, 25 septembre, p. 1-28.
- COMITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION (2008). Société canadienne de pédiatrie. "Les blessures par piqûre d'aiguille dans un lieu public". *Paediatr Child Health*; vol.13, n° 3, p. 213-218.
- GARCÍA-ALGAR, O., et O. VALL (1997). "Hepatitis B virus infection from a needle stick", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 16, n° 11, novembre, p. 1099.
- GROUPE DE TRAVAIL SUR LA RÉCUPÉRATION DES SERINGUES USAGÉES AU QUÉBEC (2005). *La récupération des seringues et des aiguilles usagées : une responsabilité à partager – Rapport et recommandations du Groupe de travail sur la récupération des seringues usagées au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005). *Les risques de transmission d'infections liés à la présence de seringues et d'aiguilles à des endroits inappropriés*, Institut national de santé publique du Québec.
- LAFERRIÈRE, C., et D. BLAIS (2001). *Exposition accidentelle à des liquides contaminés en milieu communautaire : protocole post-exposition appliqué à la pédiatrie*, Montréal, Hôpital Sainte-Justine.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Recommandations visant la prise en charge des travailleurs exposés au sang et aux autres liquides biologiques*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MONTELLA, F., F. DI SORA et O. RECCHIA (1992). "Can HIV-1 infection be transmitted by a 'discarded' syringe?", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 5, n° 12, décembre, p. 1274-1275.
- NOURSE, C. B., et autres (1997). "Childhood needlestick injuries in the Dublin metropolitan area", *Irish Medical Journal*, vol. 90, n° 2, mars, p. 66-69.
- NYIRI, P, T. LEUNG et M. A. ZUCKERMAN (2004). "Sharps discarded in inner city parks and playgrounds – risk of bloodborne virus exposure", *Communicable Disease and Public Health*, vol. 7, n° 4, décembre, p. 278-288.
- PAPENBURG, L., et autres (2005). « Les piqûres d'aiguilles survenues en communauté chez l'enfant », *Archives de pédiatrie*, vol. 12, n° 6, juin, p. 1025.
- PEÑA, A. A. J., et autres (1996). "Hepatitis B prevention and risk of HIV infection in children injured by discarded needles and/or syringes: abstract", *Atención primaria*, [En ligne], vol. 17, n° 2, 15 février. [[www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/8948755/abstract/\[Hepatitis_B_prevention_and_risk_of_HIV_infection_in_children_injured_by_discarded_needles_and/or_syringes\]](http://www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/8948755/abstract/[Hepatitis_B_prevention_and_risk_of_HIV_infection_in_children_injured_by_discarded_needles_and/or_syringes])].

RUSSELL, F. M., et M. C. NASH (2002). "A prospective study of children with community-acquired needlestick injuries in Melbourne", *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 38, n° 3, juin, p. 322-323.

WALSH, S. S., A. M. PIERCE et C. A. HART (1987). "Drug abuse: a new problem", *British Medical Journal*, vol. 29, n° 295, août, p. 526-527.

WYATT, J. P., C. E. ROBERTSON et W. G. SCOBIE (1994). "Out of hospital needlestick injuries", *Archives of Disease in Childhood*, vol. 70, n° 3, mars, p. 245-246.

ZAMORA, A. B., et autres (1998). "Detection of infectious human immunodeficiency type 1 virus in discarded syringes of intravenous drug users", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 17, n° 7, juillet, p. 655-657.

LE PICA

Se référer à la bibliographie générale.

DOSSIER DE VACCINATION DES ENFANTS

Se référer à la bibliographie générale.

Annexes

ANNEXE 1 – AIDE-MÉMOIRE : NETTOYAGE ET DÉSINFECTION DANS UN SERVICE DE GARDE

ANNEXE 2 – ATCHOUM! MICROBES REBELLES, AUX POUBELLES (AFFICHE)

ANNEXE 3 – OUSTE LES MICROBES! LA MOUSSE À LA RESCOUSSE (AFFICHE)

ANNEXE 4 – PROTOCOLE DE NETTOYAGE ET DE DÉSINFECTION EN CAS D'ÉCLOSION DE CRYPTOSPORIDIOSE

Milieu pédiatrique et centre de la petite enfance

Protocole de nettoyage et de désinfection en cas d'éclosion de cryptosporidiose

Le présent document a été préparé conformément à la réglementation en vigueur et aux lignes directrices en matière de prévention des infections. Il est fourni à titre indicatif seulement. En aucun moment ce document ne peut remplacer des documents existants rédigés par l'établissement, à moins d'une permission écrite donnée par le gestionnaire responsable de l'établissement.

INTRODUCTION

La cryptosporidiose est une maladie parasitaire causée par un parasite protozoaire appelé *Cryptosporidium* spp. Elle affecte les intestins des mammifères et peut causer de la diarrhée. Le parasite se transmet par ingestion d'oocystes (œufs) de *Cryptosporidium* spp. à la suite d'un contact avec des mains, des objets ou des surfaces contaminés. Les oocystes sont très résistants ; en effet, ils ne sont pas affectés par nombre d'éléments entrant dans la composition des produits désinfectants, dont le chlore et l'iode¹. Un suivi strict des techniques de lavage des mains et la manipulation adéquate des déchets contaminés, y compris les couches, sont efficaces pour prévenir la propagation de la maladie. Les surfaces de l'environnement qui risquent d'être contaminées par des oocystes de *Cryptosporidium* spp. doivent être nettoyées avec un désinfectant à action sporicide. Comme les parasites ne font généralement pas l'objet des essais d'efficacité auxquels sont soumis les désinfectants, on trouve rarement une mention concernant le *Cryptosporidium* sur l'étiquette de ces produits.

PRODUIT

Liquide et lingettes sporicides à base de peroxyde d'hydrogène à 4,5 % (produits commercialisés sous les noms de liquide sporicide RESCUE ou de lingettes sporicides RESCUE) pour le nettoyage et la désinfection de surfaces dures et non poreuses.

EFFICACITÉ DU PRODUIT

Contre les bactéries productrices de spores, le liquide et les lingettes sporicides à base de peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 % se sont révélés efficaces après un temps de contact de 10 minutes, les résultats montrant une réduction de 6 log des *Bacillus subtilis*, *Clostridium sporogenes* et *Clostridium difficile*.

Contre *Cryptosporidium* spp. en particulier, l'efficacité du peroxyde d'hydrogène à 3 % a été démontrée après un temps de contact de 18 heures². Cependant, à une concentration de 6 % et après un temps de contact de 20 minutes, il a réduit de plus de 3 log l'infectivité des oocystes³. L'inactivation par le peroxyde d'hydrogène dépend donc de la concentration et du temps de contact. Il n'y a pas de données portant précisément sur le peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 %, mais celles qui précèdent laissent supposer qu'un liquide et des lingettes à base de cette forme de peroxyde peuvent être utiles pour un usage ciblé dans des endroits susceptibles d'être contaminés en cas d'éclosion de cryptosporidiose.

1. S.C. Weir *et al.*, « Efficacy of common laboratory disinfectants on the infectivity of *Cryptosporidium parvum* oocysts in cell culture », *Applied and Environmental Microbiology*, vol. 68, n° 5, mai 2002, p. 2576-2579.
2. Agence de la santé publique du Canada, *Fiches signalétiques de pathogènes et appréciation du risque : Cryptosporidium parvum*. [En ligne]. < <http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/index-fra.php> > (Consulté le 6 septembre 2012).
3. S.L., Barbee *et al.*, « Inactivation of *Cryptosporidium parvum* oocyst infectivity by disinfection and sterilization processes », *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 49, n° 5, mai 1999, p. 605-611 et S.C. Weir *et al.*, *op. cit.*

CARACTÉRISTIQUES TOXICOLOGIQUES DU PRODUIT

Le peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 % a été testé selon les méthodes d'essai de toxicité aiguë recommandées par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) afin d'en vérifier la toxicité par voie cutanée et l'effet irritant ou corrosif sur les yeux. Il a été démontré que, sous cette forme, le peroxyde d'hydrogène est légèrement irritant pour la peau et qu'il l'est modérément pour les yeux. Conformément à ce que préconise l'Occupational Safety and Health Administration (OSHA) des États-Unis, le port de gants et d'un dispositif de protection oculaire est recommandé au moment d'utiliser des produits contenant du peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 %, mais la protection des voies respiratoires n'est pas obligatoire.

RÉSUMÉ DE LA PROCÉDURE À SUIVRE EN CAS D'ÉCLOSION DE CRYPTOSPORIDIOSE

Appliquer la **solution de peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 %** directement sur la surface à nettoyer ou sur un chiffon. **Frotter** toutes les surfaces horizontales de la pièce en s'assurant de changer de chiffon lorsque celui-ci est souillé. Placer les chiffons souillés dans un sac de plastique et jeter les lingettes utilisées dans une poubelle qui contient un sac à ordures en plastique. **Désinfecter** toutes les surfaces horizontales de la pièce en appliquant de nouveau la **solution de peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 %** et en la laissant agir pendant dix minutes sur ces surfaces.

IL EST FORTEMENT RECOMMANDÉ DE NETTOYER ET DE DÉSINFECTIONER LES TOILETTES ET LES TABLES À LANGER APRÈS CHAQUE USAGE ET DE NETTOYER, SELON CETTE PROCÉDURE EN DEUX ÉTAPES, TOUS LES AUTRES ENDROITS DEUX FOIS PAR JOUR AFIN DE TENTER D'ÉLIMINER LE RISQUE DE BIOCONTAMINATION.

PROCÉDURE DE NETTOYAGE DÉTAILLÉE EN CAS D'ÉCLOSION DE CRYPTOSPORIDIOSE

1. Réunir tout l'équipement de protection individuelle, les produits et le matériel nécessaires au nettoyage de la pièce. Le port de gants et de lunettes de protection est OBLIGATOIRE au moment d'utiliser une solution sporicide à base de peroxyde d'hydrogène à 4,5 %.
2. S'assurer que l'équipement de protection individuelle est propre et en bon état. **SE LAVER LES MAINS**, puis mettre les lunettes de protection et enfiler les gants. Il faut changer de gants si ceux-ci se déchirent pendant le nettoyage.
3. Éliminer la saleté visible ou tenace ainsi que le sang et les liquides organiques avant de commencer le nettoyage proprement dit⁴.
4. Nettoyer les meubles, les appareils sanitaires et les robinets de la salle de bains ainsi que toutes les surfaces touchées fréquemment, notamment les poignées et les interrupteurs, avec **du liquide ou des lingettes sporicides à base de peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 %** en évitant de contaminer les chiffons propres et les solutions (NE PAS PLONGER UN CHIFFON SOUILLÉ DANS LA SOLUTION).
5. Appliquer de nouveau **du liquide ou des lingettes sporicides contenant du peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 %** sur les surfaces qui ont été nettoyées et laisser ces surfaces humectées pendant dix minutes, de façon à laisser le produit agir et à assurer la désinfection.
6. Rincer les surfaces avec de l'eau après les avoir nettoyés et désinfectés, afin d'éliminer les résidus de produit.

4. Agence de la santé publique du Canada, « Guide de prévention des infections – Lavage des mains, nettoyage, désinfection et stérilisation dans les établissements de santé », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, Supplément, vol. 24S8, décembre 1998.

7. Placer les chiffons souillés dans un sac de plastique et jeter les lingettes utilisées dans une poubelle qui contient un sac à ordures en plastique.
8. Retirer les gants et les jeter, puis retirer les lunettes et **SE LAVER** les mains avant de quitter la pièce. Déposer le sac contenant les chiffons dans un bac à linge sale ou l'apporter à la buanderie. Transporter tous les sacs à ordures dans le lieu désigné pour se débarrasser des déchets.

NETTOYAGE ET DÉSINFECTION DES JOUETS EN CAS D'ÉCLOSION DE CRYPTOSPORIDIOSE

Il faut nettoyer et désinfecter les jouets rigides dont la surface n'est pas poreuse, car ils peuvent être une source de contamination. Les peluches seront lavées à la machine, en utilisant de l'eau chaude et du détergent.

1. Réunir tout l'équipement de protection individuelle, les produits et le matériel nécessaires au nettoyage des jouets. Le port de gants et de lunettes de protection est **OBLIGATOIRE** au moment d'utiliser une solution sporicide à base de peroxyde d'hydrogène à 4,5 %.
2. S'assurer que l'équipement de protection individuelle est propre et en bon état. **SE LAVER LES MAINS**, puis mettre les lunettes de protection et enfiler les gants. Il faut changer de gants si ceux-ci se déchirent pendant le nettoyage.
3. Nettoyer toutes les surfaces d'un jouet avec **du liquide ou des lingettes sporicides à base de peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 %** en s'assurant de changer de chiffon dès qu'il est souillé et en utilisant toujours la partie propre d'un linge ou d'un chiffon pour nettoyer une nouvelle surface. Pour désinfecter les jouets, appliquer de nouveau du liquide ou des lingettes sporicides à base de peroxyde d'hydrogène accéléré à 4,5 % et laisser les surfaces humectées pendant dix minutes, de façon à laisser le produit agir.
4. Rincer les jouets avec de l'eau après les avoir nettoyés et désinfectés afin d'éliminer les résidus de produit.
5. Placer les chiffons souillés dans un sac de plastique et jeter les lingettes utilisées dans une poubelle qui contient un sac à ordures en plastique.
6. Retirer les gants et les jeter, puis retirer les lunettes et **SE LAVER** les mains avant de quitter la pièce. Déposer le sac contenant les chiffons dans un bac à linge sale ou l'apporter à la buanderie. Transporter tous les sacs à ordures dans le lieu désigné pour se débarrasser des déchets.

