

GUIDE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS EN MILIEU SCOLAIRE

**DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ÉVALUATION
ÉQUIPE DES MALADIES INFECTIEUSES**

Septembre 2009

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada, 2009
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

ISBN : 978-2-923-685-60-1 (version imprimée)
ISBN : 978-2-923-685-61-8 (version PDF)



AVANT-PROPOS

Ce document a été produit en s'inspirant de celui réalisé par la Direction de la santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie intitulé *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire*. Il a été adapté à la réalité Lanaudaise par l'équipe des maladies infectieuses de la Direction de santé publique et d'évaluation (DSPE).

Il a pour objectifs principaux d'orienter les interventions en milieu scolaire dans le cadre de la prévention des maladies infectieuses et d'uniformiser les conduites afin de favoriser un meilleur contrôle. C'est un outil produit principalement pour les infirmières scolaires des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) volet CLSC.

Le document comporte trois sections :

- La première partie fournit de l'information générale sur la transmission des infections et détaille les différentes mesures de prévention et de contrôle des infections pouvant être mises en place.
- La deuxième partie expose les principes à respecter concernant la confidentialité et les aspects légaux entourant le signalement de maladies infectieuses en milieu scolaire. De plus, elle décrit les rôles et responsabilités de la DSPE pour la mise en place des recommandations de ce Guide.
- La troisième partie se veut un outil de travail pour les infirmières afin de les informer sur les différentes maladies infectieuses qui pourraient survenir chez les étudiants ou chez le personnel et les mesures préventives recommandées. Elle est composée de tableaux et comprend un modèle type de lettre lorsque nécessaire.

MEMBRES DU COMITÉ DE TRAVAIL

Le document a été rédigé par les docteurs Chantale Boucher, pédiatre et Joane Désilets, adjointe médicale en maladies infectieuses.

Nous tenons également à souligner la participation de mesdames Joan Brooks, Carole Marchand-Coutu, et Valérie Forgues, conseillères en soins infirmiers à l'équipe des maladies infectieuses ainsi que celle de mesdames Julie Gravel du CSSS du Sud de Lanaudière, chef d'administration de programmes enfance jeunesse famille et Pauline Girard du CSSS du Nord de Lanaudière, coordonnatrice des programmes de santé publique et d'organisation communautaire.

Nous désirons remercier les personnes de la Direction de la santé publique qui ont fourni des commentaires ainsi que mesdames Nancy Perreault et Micheline Plante pour le soutien clérical.



TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION	7
2.	TRANSMISSION DES MALADIES INFECTIEUSES	8
2.1	Généralités	8
2.2	Modèle de transmission des infections.....	8
2.2.1	Infections transmises par contact.....	8
2.2.2	Infections transmises par gouttelettes de sécrétions respiratoires	9
2.2.3	Infections transmises par voie aérienne.....	9
2.2.4	Infections transmises par un vecteur	9
2.2.5	Infections transmises par voie transplacentaire de la mère à son fœtus.....	9
2.3	Mesures de prévention et de contrôle	11
2.3.1	Vaccination des étudiants et du personnel	11
2.3.2	Lavage des mains	12
2.3.3	Hygiène respiratoire	14
2.3.4	Nettoyage et désinfection des objets et des surfaces de l'environnement	15
2.3.5	La sécurité alimentaire et les boîtes à lunch	15
2.3.6	La gestion des objets personnels (incluant désinfection des sifflets et instruments de musique à vent).....	16
2.3.7	Prévention des infections transmissibles par le sang et autres liquides biologiques (pratiques de base)	17
2.3.8	Santé au travail et maladies infectieuses en milieu scolaire	20
2.3.9	Présence d'animaux en milieu scolaire	20
2.3.10	Visite de lieux d'exposition d'animaux.....	21
2.3.11	Contact avec un animal inconnu	22
2.3.12	Remarques sur les crèmes solaires	23
2.3.13	Remarques sur les insectifuges	23
3	CONFIDENTIALITÉ, SIGNALEMENT, RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTES PERSONNES CONCERNÉES PAR LA PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES DANS LES ÉCOLES	25
3.1	Confidentialité	25
3.2	Signalement.....	25
3.3	Rôles et responsabilités de la Direction de santé publique.....	26
3.4	Application en milieu scolaire et outils	26
4	MALADIES INFECTIEUSES EN MILIEU SCOLAIRE	30
4.1	Définitions	31
4.1.1.	Conjonctivite	33
4.1.2.	Coqueluche (MADO)	35
4.1.3.	Cytomégalovirus (CMV)	37
4.1.4.	Érythème infectieux (5 ^e maladie) — Parvovirus B19	39
4.1.5.	Gale (grattelle).....	41
4.1.6.	Gastroentérite (si épidémique : MADO)	43
4.1.7.	Giardiase (MADO).....	45

4.1.8.	Hépatite virale A (MADO)	47
4.1.9.	Hépatite virale B (MADO)	49
4.1.10.	Hépatite virale C (MADO)	51
4.1.11.	Herpès simplex (feu sauvage)	53
4.1.12.	Impétigo	55
4.1.13.	Influenza (grippe)	57
4.1.14.	Maladie main-pied-bouche	59
4.1.15.	Méningite bactérienne (MADO)	61
4.1.16.	Méningite virale	63
4.1.17.	Molluscum contagiosum	65
4.1.18.	Mononucléose infectieuse	67
4.1.19.	Oreillons (MADO)	69
4.1.20.	Oxyurose (entérobiase)	71
4.1.21.	Pharyngite virale	73
4.1.22.	Pharyngo-amygdalite à streptocoque du groupe A et scarlatine	75
4.1.23.	Poux de tête	77
4.1.24.	Rhume	79
4.1.25.	Rougeole (MADO)	81
4.1.26.	Rubéole (MADO)	83
4.1.27.	Tinea corporis, pedis (pieds d'athlète) et capitis (teigne)	85
4.1.28.	Toxi-infection alimentaire (MADO)	87
4.1.29.	Tuberculose respiratoire active (MADO)	89
4.1.30.	Varicelle (pour le zona voir section 4.1.33)	91
4.1.31.	Verrue	93
4.1.32.	VIH/Sida (MADO)	95
4.1.33.	Zona	97
BIBLIOGRAPHIE		99
ANNEXE 1 LAVAGE DES MAINS		101
ANNEXE 2 DÉSINFECTION DES FLÛTES DANS LES ÉCOLES		105
ANNEXE 3 LISTE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)		109
ANNEXE 4 ORDONNANCE COLLECTIVE DE THÉRAPIE PÉDICULICIDE ET FEUILLE POUR L'EXCECUTION DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE POUR LES INFIRMIÈRES DES CSSS OEUVRANT EN MILIEU SCOLAIRE ET AVIS DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) DU 1^{ER} MARS 2008		115
FIGURE 1 : MODÈLE DE TRANSMISSION DES INFECTIONS		10



1. INTRODUCTION

Le *Guide de prévention des infections en milieu scolaire* a été produit principalement pour les infirmières scolaires des CSSS volet CLSC, mais est aussi utile pour les commissions scolaires, les directions d'école, les enseignants et le personnel impliqué au niveau de la prévention des infections en milieu scolaire. Le but de ce Guide est d'exposer les mesures de prévention recommandées pour prévenir et contrôler les maladies infectieuses en milieu scolaire. La DSPE souhaite uniformiser les connaissances et les interventions prises lors de la survenue d'un cas.

2. TRANSMISSION DES MALADIES INFECTIEUSES

2.1 Généralités

Certaines maladies infectieuses sont contagieuses, c'est-à-dire qu'elles peuvent se transmettre d'une personne à une autre. L'école, en raison du grand nombre d'individus présents, constitue un milieu propice à la transmission de plusieurs maladies. C'est également un milieu privilégié d'intervention lors d'une éclosion pour éviter la propagation aux autres milieux.

Un schéma du modèle de transmission des infections est présenté à la figure 1. Celui-ci comporte trois principales étapes soit : l'agent infectieux, le véhicule et l'hôte. L'agent infectieux est un microorganisme (bactérie, virus, parasite ou champignon) capable de causer une infection ou une maladie. L'agent infectieux a besoin d'un endroit pour survivre et se multiplier que l'on appelle le réservoir. Le véhicule est la façon qu'utilise l'agent infectieux pour quitter le réservoir et se transmettre à l'hôte. L'hôte est un humain exposé à l'agent infectieux. Différents sites du corps peuvent servir de portes d'entrée à l'agent infectieux. Pour que l'hôte soit infecté, il doit être réceptif à la maladie. L'organisme étant pourvu de moyens de défense, la présence de circonstances favorisantes est aussi nécessaire : la virulence, la concentration de l'agent infectieux, la faible résistance de l'hôte, l'absence d'immunité naturelle ou acquise et la présence de lésions sur la peau ou sur les muqueuses. L'hôte peut faire la maladie (avec ou sans symptôme), il peut la transmettre et il peut aussi héberger l'agent infectieux causant la maladie (état de porteur).

Les personnes vaccinées ne sont habituellement pas réceptives aux maladies pour lesquelles elles ont été vaccinées. C'est pourquoi la vaccination prévient la propagation de maladie à la population. Comme toutes les maladies contagieuses ne peuvent pas être prévenues par la vaccination, il est important d'appliquer des mesures pour prévenir la transmission des infections en milieu scolaire.

2.2 Modèle de transmission des infections

La transmission se fait lors de l'interaction entre l'agent infectieux et l'hôte. Elle peut se faire par contact (direct ou indirect), par l'air ambiant (via gouttelettes ou aérosol), par vecteur ou d'une mère à son fœtus (voir figure 1).

Il a été démontré que les mains sont très souvent impliquées dans la transmission des infections, d'où l'importance du lavage des mains.

Les différents modes de transmission des infections sont détaillés ci-dessous.

2.2.1 Infections transmises par contact

L'infection se transmet par contact direct lorsque l'agent infectieux est déposé directement à une porte d'entrée de l'hôte (peau à peau, bouche à bouche, cheveux à cheveux, par contact génital) ou par contact indirect via les mains, les objets ou les surfaces contaminés.

Les agents infectieux peuvent parfois vivre jusqu'à des semaines sur une surface inanimée en fonction du germe impliqué, du véhicule (ex. : mains, tissus, surfaces) et des conditions environnementales (température, humidité).



Ce mode de transmission inclut :

- La transmission à la suite d'un contact direct avec un site contaminé (ex. : poux, gale, infections transmissibles sexuellement).
- La transmission par contact avec une main, un objet ou une surface contaminés par des gouttelettes de sécrétions respiratoires (ex. : rhume, grippe).
- La transmission par contact avec des selles contaminées (voie fécale-orale). L'infection se transmet lorsqu'une personne porte à sa bouche des traces de selles contaminées. Ces traces de selles se retrouvent dans l'environnement à la suite d'un accident fécal pour les plus jeunes ou plus fréquemment lorsque la personne infectée ne se lave pas les mains adéquatement après être allée à la toilette. Les mains ainsi contaminées peuvent à leur tour contaminer l'environnement. Il ne suffit parfois que de quelques germes portés à la bouche d'une personne réceptive pour en assurer la propagation (ex. : gastroentérite, hépatite A).
- La transmission par le sang ou les liquides biologiques. Ces infections sont transmises par le contact de sang ou de liquide biologique avec une muqueuse ou une lésion cutanée d'une personne réceptive (incluant les piqûres accidentelles avec des seringues retrouvées dans l'environnement).

2.2.2 Infections transmises par gouttelettes de sécrétions respiratoires

Les infections transmises par gouttelettes peuvent survenir de deux façons : par projection de gouttelettes ou par contact avec une surface contaminée par des gouttelettes. Dans tous les cas, il doit y avoir contact entre le germe impliqué et la muqueuse nasale ou la bouche de la personne réceptive à la maladie.

Lorsqu'une personne tousse ou éternue, des germes se retrouvent dans des gouttelettes de salive ou de sécrétions. Elles peuvent circuler jusqu'à un mètre de distance pour se déposer sur une muqueuse, sur un objet ou au sol.

2.2.3 Infections transmises par voie aérienne

La transmission par voie aérienne est la dissémination dans l'air par aérosol de l'agent infectieux. Les particules contenant le microbe peuvent rester en suspension dans l'air un certain temps (quelques heures), voyager sur une longue distance et terminer leur trajet en étant inhalées par l'hôte. Peu de microorganismes ont cette propriété, notons la rougeole, la varicelle et la tuberculose.

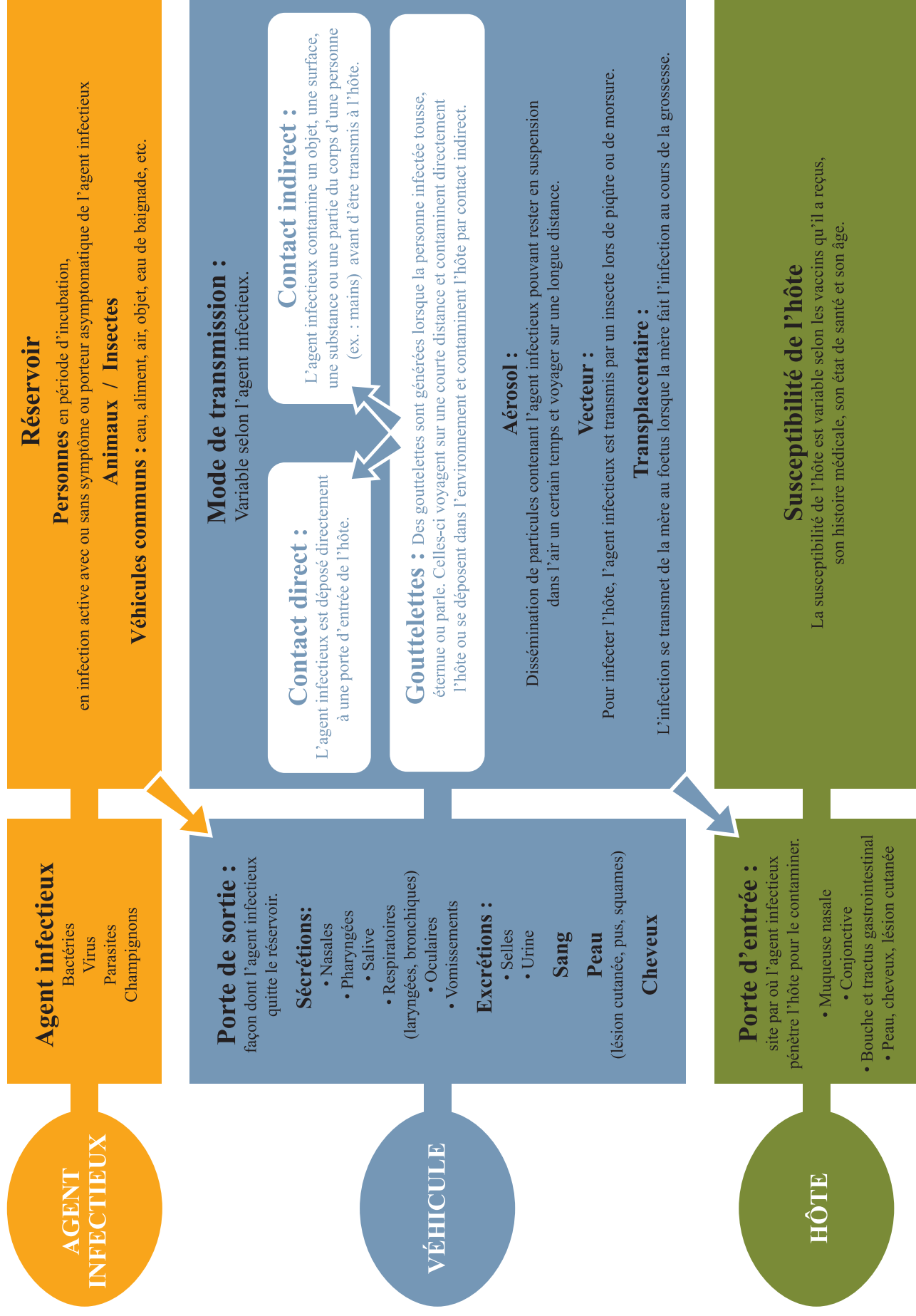
2.2.4 Infections transmises par un vecteur

Ce mode de transmission désigne la transmission par des insectes vecteurs. Il s'agit de mode de transmission assez rare au Québec (ex. : virus du Nil occidental (VNO), malaria, maladie de Lyme).

2.2.5 Infections transmises par voie transplacentaire de la mère à son fœtus

Plusieurs agents infectieux peuvent se transmettre au fœtus lorsque la mère fait l'infection au cours de la grossesse. Parfois, l'infection peut compromettre le développement du fœtus (ex. : rubéole, parvovirus B19).

Figure 1 : Modèle de transmission des infections





2.3 Mesures de prévention et de contrôle

La prévention de la transmission des maladies infectieuses passe d'abord par le respect de mesures d'hygiène. Tous les individus sans exception sont concernés, car tous peuvent transmettre une maladie infectieuse ou encore en attraper une.

Les mesures d'hygiène présentées dans cette section sont :

- La vaccination;
- Le lavage des mains;
- L'hygiène respiratoire;
- Le nettoyage et la désinfection des objets et des surfaces de l'environnement;
- La sécurité alimentaire et les boîtes à lunch;
- La gestion des objets personnels;
- Les mesures d'hygiène qui visent à prévenir les infections transmissibles par le sang ou autres liquides biologiques;
- Les mesures de prévention concernant spécifiquement les travailleurs des milieux scolaires;
- Les recommandations concernant la présence d'animaux dans les milieux scolaires et les mesures à prendre lors d'exposition aux animaux.

De plus, de l'information sur les éléments suivants est ajoutée :

- L'utilisation de crème solaire;
- L'utilisation des insectifuges.

2.3.1 Vaccination des étudiants et du personnel

Certaines maladies infectieuses peuvent être évitées par la vaccination; c'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), les Directions régionales de santé publique, les CSSS volet CLSC, les associations et corporations professionnelles dont la Société canadienne de pédiatrie, recommandent fortement que tous les enfants d'âge scolaire, de la maternelle au collégial, soient vaccinés adéquatement, à moins de contre-indications identifiées par un médecin. Il est aussi recommandé que les enseignants et les autres membres du personnel des écoles tiennent leur vaccination à jour.

Les maladies infectieuses faisant l'objet, au Québec, de programmes d'immunisation pour les enfants tels que définis dans le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), sont :

- La diphtérie;
- La coqueluche;
- Le tétanos;
- La poliomyélite;
- L'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de type b;
- L'infection invasive à méningocoque de sérogroupe C;
- Les infections invasives à pneumocoque;

- La rougeole;
- La rubéole;
- Les oreillons;
- La varicelle;
- Les hépatites A et B;
- Le virus du papillome humain (VPH).

D'autres maladies infectieuses peuvent aussi être évitées par la vaccination. Les programmes visent certains groupes d'individus plus à risque, par exemple dans le cas de la grippe (l'influenza).

Les vaccins doivent être administrés selon le PIQ.

La vaccination protège non seulement la personne qui se fait vacciner, mais également les personnes qui l'entourent.

2.3.2 Lavage des mains

Le lavage des mains est une procédure simple et efficace en prévention des infections. Elle est de loin la mesure d'hygiène la plus importante.

Les circonstances où les mains doivent être lavées :

- Avant de manger ou de manipuler des aliments ou les cabarets pour aliments;
- Après être allé à la toilette;
- Après avoir changé une couche, aidé un enfant à aller à la toilette ou à se moucher;
- Après avoir touché une surface sale ou du matériel souillé;
- Après avoir été en contact avec du sang, des vomissements ou des écoulements d'une plaie;
- Après s'être mouché ou après avoir toussé;
- Après avoir fumé;
- Après avoir touché un animal;
- Après avoir joué dehors;
- Chaque fois qu'on juge nécessaire.

Matériel et équipement :

- N'importe quel savon peut être utilisé, mais un savon liquide dans un distributeur est préférable. Quand le distributeur est vide, il est remplacé ou nettoyé avant d'être rempli à nouveau de savon. Si un savon en pain est utilisé, il devrait être déposé dans un porte-savon permettant l'égouttement pour éviter qu'il ne reste humide et se contamine. Il n'est pas recommandé d'utiliser un savon germicide, à moins d'avoir un problème particulier (par exemple une éclosion de diarrhée).
- Les lavabos doivent être en nombre suffisant, ils doivent être faciles d'accès et à une hauteur accessible par les enfants. Les lavabos à pédales sont préférables; ils sont plus hygiéniques, car les mains ne touchent pas aux robinets.
- Le savon, les serviettes de papier et les poubelles munies de sac en plastique doivent se trouver à proximité des lavabos.



2.3.2.1 Le lavage des mains avec eau (voir Annexe 1 pour l'affiche)

La technique :

1. Ouvrir le robinet;
2. Bien mouiller ses mains;
3. S'enduire les mains de savon;
4. Frotter les paumes de mains, frotter le dos des mains;
5. Entrelacer les doigts;
6. Bien nettoyer le bout des doigts;
7. Rincer;
8. Sécher;
9. Fermer le robinet (avec la serviette de papier).

ATTENTION :

Les zones les plus souvent manquées lors du lavage des mains sont colorées rouges dans le dessin ci-contre. Les zones jaunes ne sont habituellement pas manquées et les zones orangées sont parfois oubliées.



Combien de temps se laver les mains?

Le frottement des mains devrait durer de 10 à 15 secondes. Si les mains sont visiblement souillées, le lavage devrait être prolongé de 30 à 45 secondes.

Une façon simple pour s'assurer que le lavage des mains est suffisant est de chanter une chanson pendant qu'on le fait. Les chansons suivantes prennent environ 10 à 15 secondes à chanter :

- Bonne fête;
- Le bon roi Dagobert (premier couplet);
- À la claire fontaine (premier couplet).

Pour les cas où le lavage des mains doit durer 30 à 45 secondes, on peut chanter le premier couplet d'« Au clair de la lune ».

Avec quoi se sécher les mains?

Pour se sécher les mains, il est suggéré d'utiliser une serviette en papier. Les serviettes communes en tissu ne sont pas recommandées, car elles peuvent devenir une source de contamination. La serviette en papier utilisée devrait servir à fermer le robinet.

2.3.2.2 Le lavage des mains sans eau

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

Les désinfectants pour les mains à base d'alcool :

- Contiennent de 60 % à 95 % d'alcool combiné avec des agents émollients pour éviter la sécheresse de la peau;
- Sont sous forme de gels, rinces ou de mousses;
- Sont très efficaces contre la majorité des microbes. Certains virus tels que l'hépatite A et B sont plus facilement neutralisés par des concentrations de 70 % d'alcool et plus;
- Agissent immédiatement. Aussitôt que les mains sont sèches, elles sont propres;
- N'assèchent pas plus les mains que le lavage à l'eau et au savon;
- Sont aussi efficaces que le lavage à l'eau et au savon.

La technique d'utilisation de ces produits :

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

Ces solutions ne doivent pas être utilisées si les mains sont visiblement souillées ou mouillées parce qu'elles sont alors moins efficaces.

Ces produits devraient être utilisés par les enfants uniquement lors de situations exceptionnelles où aucun lavabo n'est disponible. Cela devrait alors être fait sous la supervision d'un adulte responsable.

L'alcool contenu dans les flacons est toxique et inflammable. Ces produits doivent être gardés hors de la portée des enfants.

2.3.3 Hygiène respiratoire

Pour éviter de transmettre les virus qui se propagent par voie respiratoire, il est important d'appliquer les mesures d'hygiène respiratoire suivantes :

- Se couvrir le nez et la bouche, idéalement avec un mouchoir de papier, lorsque l'on tousse ou éternue et se laver les mains après;
- En l'absence de mouchoir de papier, il est recommandé de tousser ou d'éternuer dans le pli du coude ou dans le bras, étant donné que ces endroits sont moins susceptibles d'être en contact avec des personnes ou des objets;
- Cracher dans un mouchoir de papier;
- Déposer les mouchoirs de papier utilisés dans une poubelle qui se ferme munie d'un sac à déchets. Une fois ce dernier plein, fermer hermétiquement le sac et le jeter.



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

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

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

Consignes de base sur les techniques de nettoyage et de désinfection :

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

Procédures lors du nettoyage et de la désinfection des objets, jouets et des surfaces de l'environnement souillés par du sang ou des liquides biologiques :

- Mettre des gants jetables à usage médical;
- Utiliser un papier essuie-tout pour éponger, le mettre ensuite dans un sac, fermer celui-ci avant de le jeter;
- Laver les objets et les surfaces avec de l'eau savonneuse;
- Les désinfecter avec une solution d'eau de javel à une concentration de 1 :10 (voir 2.3.6.1), laisser la solution agir de 2 à 3 minutes puis rincer à fond;
- Les vêtements tachés de sang sont d'abord rincés à l'eau froide, puis lavés normalement à l'eau chaude savonneuse. En attendant qu'ils soient lavés, on doit les déposer dans un sac de plastique fermé.

2.3.5 La sécurité alimentaire et les boîtes à lunch

La sécurité alimentaire ne se limite pas aux précautions prises lorsque l'on fait et entrepose des boîtes à lunch. Les cafétérias ou les services alimentaires qui servent des dîners aux enfants des écoles étant régis par le Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), il n'est pas pertinent d'aborder la sécurité alimentaire dans son ensemble.

Il va sans dire que les milieux scolaires sont des endroits où circulent énormément de boîtes à lunch. Un dépliant du MAPAQ intitulé *Les boîtes à lunch* est disponible à l'adresse www.mapaq.gouv.qc.ca. Un autre est produit par l'Agence canadienne des aliments (ACIA) : *Les lunches; conseils pour préserver la salubrité des aliments* est disponible au www.inspection.gc.ca.

En résumé :

1. La personne qui fait le lunch devrait penser à se laver les mains avant et après la manipulation des aliments, à conserver les surfaces de travail et les ustensiles propres et désinfectés;
2. Les fruits et les légumes crus devraient être lavés à fond à l'eau courante;
3. Pour être consommées sans risque, les denrées périssables, comme la viande, la volaille, les fruits de mer, les œufs, la mayonnaise et les produits laitiers doivent être conservés au froid :
 - Utiliser une boîte à lunch à action isolante;
 - Utiliser des sacs réfrigérants pour garder les aliments au frais. Une boîte de jus congelé peut servir de contenant réfrigérant supplémentaire. Les aliments congelés ne devraient pas remplacer l'utilisation des sacs réfrigérants.
4. Il faut placer la boîte à lunch loin de la lumière directe du soleil, des radiateurs ou d'autres sources de chaleur;
5. S'il reste de la nourriture après le repas, il est recommandé de placer la boîte à lunch au réfrigérateur ou de jeter les restes de nourriture. Les sacs réfrigérants sont efficaces pendant quelques heures et non toute une journée;
6. Les fours à micro-ondes utilisés pour réchauffer les repas chauds devraient être maintenus propres et désinfectés régulièrement.

2.3.6 La gestion des objets personnels (incluant désinfection des sifflets et instruments de musique à vent)

- Les objets personnels (brosse à dents, verre, chapeau, peigne, etc.) doivent être clairement identifiés; le prêt de ces objets d'un enfant à l'autre doit être interdit;
- Les objets qui ne peuvent pas être bien nettoyés entre chaque utilisation et sur lesquels peuvent s'accumuler des liquides biologiques (ex. : flûte à bec) devraient être considérés comme des objets individuels et ne pas être prêtés d'un étudiant à l'autre;
- Les objets tels que sifflet ou tout autre instrument de musique à vent doivent être nettoyés et désinfectés après chaque usage.

2.3.6.1 Protocole de désinfection des sifflets et instruments de musique à vent

Concernant le nettoyage et la désinfection des flûtes à bec, il est possible de se référer à l'avis de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), (annexe 2). Pour le nettoyage et la désinfection des sifflets et autres instruments de musique à vent, les étapes à suivre sont les suivantes :

1. Détacher les cordons des sifflets;
2. Bien nettoyer à l'eau savonneuse et brosser l'intérieur si possible;
3. Rincer à l'eau courante pour enlever tout le savon;
4. Immerger complètement dans une solution d'eau de Javel 5 à 6 % diluée dans l'eau (une partie d'eau de Javel pour 9 parties d'eau) pendant 5 minutes;
5. Rincer abondamment à l'eau courante puis laisser sécher à l'air.

Si un autre désinfectant est utilisé, il est possible de se référer à l'annexe 2.



RECOMMANDATIONS LORS DE LA DÉSINFECTION AVEC LA SOLUTION D'EAU DE JAVEL :

- Porter des gants pour toute manipulation;
- Pour faire la solution d'eau de Javel : diluer une partie d'eau de Javel à usage domestique à une concentration de 5% à 6% dans 9 parties d'eau;
- Garder la solution dans un contenant fermé hermétiquement;
- Garder à l'abri de la lumière dans un contenant opaque ou dans une armoire fermée;
- Garder la solution hors de portée des enfants;
- Identifier clairement.

ATTENTION

Cette solution peut être irritante et corrosive pour certains matériaux (ex. : pièce de métal). La solution d'eau de Javel n'étant active que 7 jours, il est recommandé de la renouveler périodiquement et d'apposer une étiquette sur le contenant où paraîtront la date à laquelle la solution a été préparée et la date à laquelle elle devra être remplacée.

2.3.7 Prévention des infections transmissibles par le sang et autres liquides biologiques (pratiques de base)

2.3.7.1 Généralités concernant les infections transmissibles par le sang en milieu scolaire

Les infections transmissibles par le sang font référence aux infections causées par divers agents infectieux, dont le virus de l'hépatite B (VHB), le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Ces infections peuvent atteindre des personnes de tout âge, quoique leur prévalence (proportion d'individus qui ont cette infection dans une population à un moment donné) est estimée faible chez les enfants d'âge scolaire au Québec.

Bien que ces infections soient transmises principalement par voie sexuelle ou par l'échange de seringues chez les utilisateurs de drogues injectables, la transmission par voie sanguine préoccupe les milieux scolaires. Les situations pouvant soulever des inquiétudes dans ce contexte comprennent : les seringues retrouvées dans l'environnement, les morsures, les blessures et accidents entraînant un contact avec le sang et le partage des brosses à dents.

Le milieu scolaire a une responsabilité éducative à l'égard des jeunes dont un certain nombre peuvent être vulnérables lorsqu'ils ignorent les moyens de se protéger. De plus, les directions d'école peuvent éventuellement être mises en présence de personnes vivant avec l'hépatite B, l'hépatite C ou le VIH/sida (élèves ou membres du personnel).

Il n'y a aucune obligation pour les étudiants et le personnel d'aviser quiconque s'ils sont atteints d'une infection transmissible par le sang. Cependant, ils sont encouragés à aviser la direction de l'école ou l'infirmière scolaire du CSSS volet CLSC, surtout s'ils présentent une atteinte de leur système immunitaire, afin d'aider le milieu à les protéger.

L'application des pratiques de base doit être faite en considérant toute personne comme potentiellement infectée par le VHB, le VHC ou le VIH. La conduite à tenir en cas d'exposition accidentelle au sang ou

aux autres liquides biologiques doit toujours être respectée, qu'il y ait présence ou non d'un enfant ou d'un membre du personnel infecté.

2.3.7.2 *Pratiques de base*

- Si des produits biologiques sont manipulés lors d'une expérience de laboratoire, des mesures de protection (ex. : gants, lunettes) doivent être utilisées;
- Pour donner des soins à un blessé pouvant impliquer un contact avec le sang ou d'autres liquides biologiques, la personne soignante doit porter des gants;
- Après avoir soigné un élève ou un membre du personnel ou avoir été en contact avec son sang, la personne qui prodiguait des soins doit toujours se laver les mains, même si elle portait des gants;
- Si plusieurs personnes doivent recevoir des soins par un même individu, celui-ci doit changer de gants et se laver les mains entre chaque personne;
- Toute plaie ouverte doit être recouverte d'un pansement;
- Les surfaces qui ont été salies par du sang ou d'autres liquides biologiques doivent être lavées au savon et rincées puis nettoyées avec un désinfectant, par exemple de l'eau de Javel diluée (voir encadré à la section 2.3.6.1);
- La manipulation de vêtements ou tissus tachés de sang devrait se faire avec des gants. Il faut bien se laver les mains après toute manipulation faite avec ou sans gants. En attendant qu'ils soient lavés, les vêtements devraient être déposés dans un sac en plastique fermé. Un lavage normal à l'eau chaude savonneuse est suffisant.

Note : On recommande d'utiliser des gants jetables. L'absence de gants ne doit jamais retarder les premiers soins. Le lavage des mains est nécessaire après tout contact avec du sang ou d'autres liquides biologiques, qu'il y ait port de gants ou non.

APRÈS CHAQUE UTILISATION DE GANTS, LES MAINS DOIVENT ÊTRE LAVÉES.

2.3.7.3 *Gestion des seringues retrouvées dans l'environnement*

Une seringue usagée dans un parc ou une cour d'école est un danger de piqûre ou d'autre blessure et elle pose un risque à l'égard des infections transmissibles par le sang.

Les parents et le personnel du milieu scolaire doivent être informés de la problématique des aiguilles retrouvées dans l'environnement et des procédures à suivre.

Les lieux de fréquentation des enfants devraient être vérifiés régulièrement pour s'assurer qu'ils soient sécuritaires.

Les enfants devraient être avisés de ne jamais toucher une seringue retrouvée dans l'environnement et d'aviser un adulte responsable, le cas échéant. Des affiches faites par le MSSS, qui s'adressent aux enfants en milieu scolaire sont disponibles à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca.

Lorsqu'une seringue est retrouvée dans l'environnement, il faut faire attention aux autres seringues qui pourraient être présentes et qui n'ont pas encore été repérées.



La procédure à suivre pour ramasser la seringue est la suivante :

- Utiliser un contenant de plastique assez grand pour contenir la seringue. Si vous n'avez pas de contenant adéquat, communiquez avec le service Info-Santé des CSSS;
- Déposer le contenant près de la seringue et l'ouvrir;
- Saisir la seringue par le bout non piquant en éloignant l'aiguille de votre corps;
- Déposer la seringue dans le contenant, remettre le couvercle et le visser solidement. Si le capuchon de l'aiguille est retrouvé, ne jamais tenter de le remettre sur l'aiguille;
- Se laver les mains;
- Apporter le contenant à un CSSS volet CLSC ou à une pharmacie. Ne jamais jeter le contenant au recyclage ou à la poubelle;
- En cas d'exposition à risque, référer aux mesures spécifiques à la suite d'une exposition à du sang ou d'autres liquides biologiques (voir 2.3.7.4).

2.3.7.4 Évaluation de l'exposition et mesures spécifiques à la suite d'une exposition à du sang ou d'autres liquides biologiques

Morsure humaine

La présence d'un enfant mordeur justifie toujours une intervention visant à contrôler ce comportement. Face à une morsure, le premier réflexe consiste à en évaluer la gravité (bris cutané ou non) qui déterminera l'attitude à adopter.

Il y a exposition si la morsure a provoqué un bris cutané avec saignement, même minime, chez la personne mordue. Par contre, si la morsure n'a fait que des empreintes de dents sur la peau, des ecchymoses (bleus) ou pétéchies (petits vaisseaux sanguins brisés sous la peau), elle ne constitue pas une exposition.

Dans le cas de morsure avec bris cutané, l'exposition aux infections transmissibles par le sang va dans les deux sens : l'enfant mordu est exposé à la salive et au sang provenant de la muqueuse buccale de l'enfant mordeur. L'enfant mordeur est exposé au sang de l'enfant mordu provenant du bris cutané.

Le VHB peut être présent dans la salive d'une personne infectée, mais en concentration moindre que dans le sang. Le VHC et le VIH ne sont pas transmissibles par la salive à moins que celle-ci ne soit teintée de sang.

Lors de morsure sans bris cutané :

- Nettoyer le site de la morsure avec de l'eau et du savon;
- Appliquer une compresse froide pour contrôler la douleur;
- Réconforter la personne mordue.

Lors de morsure avec bris cutané :

- Laisser la blessure saigner lentement (il ne faut pas pincer les tissus cutanés autour de la plaie pour favoriser le saignement);
- Nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon;
- Il ne faut pas utiliser une solution irritante contenant de l'alcool ou de l'eau de Javel pour désinfecter la plaie, cela peut augmenter les risques de transmission de l'infection;

- S'il y a lieu, retirer les vêtements souillés de sang. Les ranger dans un sac de plastique et fermer le sac. Le remettre aux parents;
- Aviser la direction de l'école et les parents des enfants;
- Contacter rapidement l'infirmière scolaire du CSSS volet CLSC responsable ou, en son absence, le service Info-santé. Les deux personnes impliquées devraient être vues rapidement (idéalement à l'intérieur de deux heures), si possible par le même médecin, tout en conservant la confidentialité. Cette consultation permettra d'évaluer la gravité de la blessure, les risques d'infection et de prendre les mesures de prévention et de protection nécessaires. Des prises de sang peuvent être recommandées ainsi que la mise à jour du statut vaccinal contre le tétanos et l'hépatite B. Les décisions seront prises conformément avec la procédure régionale du *Protocole postexposition à du sang et autres liquides biologiques*;
- Prendre en note tous les détails de l'accident et compléter un rapport d'accident. Les renseignements importants à obtenir devraient être recueillis à partir du questionnaire du *Protocole postexposition à du sang et autres liquides biologiques*;
- Les jours suivants, s'il y a une rougeur, un écoulement ou de l'enflure qui apparaissent sur le site de la morsure, il peut être préférable de revoir le médecin à cause des risques de surinfection de la plaie.

Blessures et accidents (incluant les piqûres d'aiguilles)

Le contact du sang avec une peau saine ne constitue pas un moyen de transmission pour le VHB, le VHC ou le VIH.

Si lors de l'administration des premiers soins, il y a contact du sang avec une plaie récente ou une muqueuse, ou si une personne se blesse avec une aiguille ou un jouet contaminé avec du sang, il faut se référer à la conduite décrite lors de morsure avec bris cutané.

Usage des brosses à dents

Dans la littérature mondiale, aucun cas de transmission du VIH par le partage de brosses à dents n'a été rapporté et le risque de transmission du VHB par le partage de brosses à dents est très faible. Il importe quand même d'appliquer des mesures visant à éviter le partage des brosses à dents en raison du risque de contracter d'autres infections transmissibles par le sang ou par la salive.

2.3.8 Santé au travail et maladies infectieuses en milieu scolaire

Pour toute information concernant les travailleuses enceintes ou qui allaitent, il est recommandé de communiquer avec le service de santé au travail de la DSPE, au numéro de téléphone : 450-759-1157, poste 4329.

2.3.9 Présence d'animaux en milieu scolaire

Malgré que les animaux puissent apporter beaucoup de plaisir aux enfants et contribuer à l'atteinte de certains objectifs pédagogiques, leur présence en milieu scolaire n'est pas recommandée en raison des caractéristiques de la population qui les fréquente (âge, nombre, présence de problèmes de santé) et du milieu (accès aux facilités).

La présence d'animaux en milieu scolaire peut être responsable de nombreux problèmes de santé chez les étudiants et le personnel. Parmi les problèmes de santé liés aux animaux, il convient de noter les allergies (asthme, rhinite et urticaire), les maladies infectieuses (gastro-entérite, etc.) et les blessures (morsures, etc.). Les allergies sont de loin le problème de santé le plus fréquent. Cependant, plus d'une centaine de maladies infectieuses peuvent être transmissibles de l'animal à l'homme.



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

Advenant le cas où des animaux doivent être utilisés pour l'atteinte d'objectifs pédagogiques bien définis, des mesures doivent être mises en place pour limiter les impacts négatifs sur la santé :

- Aménager un local afin de garder les animaux. Ce local doit être équipé d'un système de ventilation indépendant de celui des classes. Des procédures de nettoyage et un accès au lavage des mains et au port du sarrau sont essentiels. Ce local peut être utilisé pour l'observation des animaux afin qu'aucun animal ne soit gardé en classe;
- Diminuer le nombre d'animaux;
- Écourter le temps de présence à l'école des animaux;
- Choisir des espèces qui présentent moins de risques pour la santé;
- Proscrire l'utilisation de tortues car elles sont fréquemment associées à des infections gastro-intestinales (salmonellose).

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

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

Recommandations de la Direction de santé publique et d'évaluation de Lanaudière

Les animaux devraient préférablement être éliminés des écoles sauf lorsque leur présence est jugée essentielle à l'atteinte d'objectifs pédagogiques.

Lorsque des animaux sont gardés en milieu scolaire, ils doivent l'être de façon à minimiser les impacts liés à leur présence en agissant au niveau du nombre d'animaux, du temps de présence dans l'école, du type d'animaux et du lieu de conservation.

2.3.10 Visite de lieux d'exposition d'animaux

La visite des lieux d'exposition d'animaux peut permettre aux enfants de voir des animaux : visite à la ferme ou au zoo, visite de lieux d'élevage. Ces activités sont des occasions privilégiées d'animation et d'éducation pour les enfants. Toutefois, pour qu'elles ne soient pas aussi une occasion de transmission d'infections, certaines précautions doivent être prises.

Les risques pour la santé sont les réactions allergiques, les blessures, les morsures et les infections.

Les infections les plus souvent rapportées à la suite d'un contact avec des animaux sont les infections intestinales causées par des bactéries telles que *Salmonella* et *Escherichia coli* O157:H7 (maladie du hamburger) ou par des parasites tels que *Giardia*. La transmission de ces infections se fait par contact avec des selles d'animaux infectés (fécale-orale).

Parfois, les dangers d'infection sont évidents, par exemple en présence d'excréments d'animaux sur le lieu d'exposition. Cependant, la fourrure et la salive de l'animal peuvent aussi transmettre le microbe. Le danger d'infection est alors moins apparent, mais tout de même présent. De plus, des animaux en apparente bonne santé peuvent être infectés et transmettre l'infection.

Les mesures de prévention recommandées sont énumérées ci-dessous :

1. Considérer les lieux où vivent les animaux comme des zones à risque de se contaminer et de contracter des infections;
2. Lors des visites, il est recommandé d'éviter tout contact direct avec les animaux et leur environnement, en appliquant les mesures suivantes :
 - Les animaux devraient de préférence être observés derrière une barrière ou une clôture;
 - Il ne faut pas manger ou boire dans les limites du lieu d'exposition;
 - Pour prévenir les gestes de la main vers la bouche, il faut éviter que les enfants transportent de la nourriture ou une boisson;
 - S'il est permis de nourrir les animaux, il faut éviter d'offrir de la nourriture que les enfants pourraient partager avec les animaux. La nourriture donnée aux animaux devrait être celle fournie ou vendue par l'exposant;
 - Éviter d'offrir aux enfants des aliments non pasteurisés tels que du lait ou des jus;
3. **Le lavage des mains est très important. Les adultes et les enfants devraient se laver les mains à l'eau et au savon en quittant le lieu d'exposition des animaux, avant de préparer la nourriture et avant de manger ou de boire. S'il n'y a pas d'eau et de savon, utiliser un rince-mains alcoolisé.**

2.3.11 Contact avec un animal inconnu

Il est toujours possible que les enfants soient en contact, sur le terrain de l'école, avec des animaux domestiques ou sauvages, morts ou vivants. Les dangers d'une telle situation sont, entre autres, les morsures, les griffures ou un contact avec de la salive, du sang ou des excréments d'animaux. Ainsi, les enfants peuvent être exposés à plusieurs agents infectieux, notamment la rage. Il est donc important d'enseigner aux enfants de ne pas s'approcher d'animaux inconnus, de ne pas leur toucher, et en tout temps, ils doivent aviser un adulte responsable de la situation. L'adulte à son tour doit éviter que les enfants s'approchent de l'animal.

Lors de morsure, griffure ou contact avec la salive d'un animal :

- Laver la plaie immédiatement à l'eau et au savon pendant au moins 10 minutes;
- Aviser l'infirmière du CSSS volet CLSC, ou en son absence, le service Info-Santé, qui fera les démarches nécessaires pour une prise en charge de l'évaluation du risque de rage par la DSPE. Elle fera également les recommandations pour une évaluation de la plaie;
- Tenter de capturer l'animal ou d'obtenir les coordonnées de son propriétaire afin que l'animal soit observé ou analysé pour éliminer la présence de rage.

Lors d'exposition à une chauve-souris :

Les chauves-souris sont susceptibles d'être infectées par le virus de la rage. Si une chauve-souris est retrouvée dans l'environnement où des jeunes peuvent avoir été en contact avec elle, même s'il n'y a pas d'évidence de morsure, il est recommandé de :



- Aviser rapidement l'infirmière du CSSS volet CLSC, ou en son absence, le service Info-Santé, afin que la situation et le risque de rage soient évalués par la DSPE;
- Capturer la chauve-souris, si recommandé;
- Dresser la liste des personnes susceptibles d'avoir été en contact avec la chauve-souris.

Lorsqu'une recommandation de capturer la chauve-souris est émise :

- Toujours porter des gants épais;
- Si la chauve-souris est vivante, attendre qu'elle se pose puis déposer un contenant rigide par-dessus elle. Glisser ensuite un carton rigide sous le contenant et fixer le carton au contenant à l'aide de ruban adhésif pour emprisonner l'animal. Il faut éviter tout contact direct avec l'animal. Conserver le contenant en lieu sûr et hors de la portée des enfants;
- Si la chauve-souris est morte, déposer sa carcasse dans un sac épais à l'aide d'une pelle ou autre objet. Le sac utilisé devrait être doublé d'un autre sac. Conserver la carcasse de la chauve-souris au congélateur jusqu'à la fin de l'enquête;
- Après avoir capturé la chauve-souris, disposer des gants et se laver les mains.

2.3.12 Remarques sur les crèmes solaires

Les dommages à la peau causés par l'exposition aux rayons ultraviolets s'accumulent au fil des ans. Il est estimé en effet que de 60 à 80 % de l'exposition au soleil d'une personne survient avant l'âge de 18 ans. Il est donc important de rappeler régulièrement aux enfants de se protéger des effets néfastes du soleil. À cet effet, il est recommandé de :

- Se tenir à l'ombre;
- Porter un chapeau, une chemise à manches longues, etc.;
- Éviter l'exposition au soleil entre 11 h et 16 h, alors que l'intensité des rayons ultraviolets est maximale;
- Utiliser une crème solaire approuvée par l'Association canadienne de dermatologie, dont le facteur de protection solaire (FPS) est de 15 ou plus.

Une peau déjà bronzée ne protège pas contre le soleil.

Même par temps couvert, 85 % des rayons ultraviolets peuvent traverser les nuages.

2.3.13 Remarques sur les insectifuges

Pour se protéger des piqûres de moustiques, il est recommandé de :

- Porter un chandail à manches longues et un pantalon idéalement fermés aux poignets et aux chevilles;
- Porter des vêtements amples, de couleur pâle et faits de tissus tissés serrés;
- Porter des chaussures et des bas;
- Éviter l'usage de produits parfumés;
- Éviter les sorties dans les périodes de la journée où les moustiques sont plus abondants, par exemple en début ou en fin de journée.

Néanmoins, l'utilisation d'insectifuge peut être nécessaire.

Les produits à base de DEET (N,N-diéthyl-m-toluamide) demeurent les insectifuges les plus utilisés et sont efficaces contre une grande variété d'insectes. Un produit d'une concentration de 10 % ou moins protège pendant deux à trois heures et de 30 % pendant six heures.

Chez les enfants âgés de 2 à 12 ans, l'insectifuge utilisé doit contenir moins de 10 % de DEET et 30 % et moins pour les plus de 12 ans.

Les insectifuges risquent peu de nuire à la santé lorsqu'on les utilise adéquatement et de façon occasionnelle. Par contre s'ils sont mal utilisés, ils peuvent présenter des risques, surtout pour les enfants. Le DEET est en partie absorbé par la peau et peut s'accumuler dans les tissus adipeux, le cerveau et le cœur. Quelques cas d'intoxication ont été décrits dans la littérature. Appliquer l'insectifuge sur les vêtements peut être une façon de diminuer les risques de toxicité. Attention : ces produits peuvent abîmer les tissus synthétiques ou les matières plastiques.

L'insectifuge ne doit pas être appliqué :

- Dans les yeux ou sur les muqueuses;
- Sur des plaies ouvertes ou sur une peau présentant des lésions;
- Sur une peau irritée ou brûlée par le soleil;
- Sous les vêtements;
- Sur les mains;
- En quantité excessive.

Les produits combinant, insectifuge et écran solaire devraient être évités. Pour bien protéger contre les effets néfastes du soleil, un écran solaire doit être appliqué en abondance sur la peau exposée et sous les vêtements, contrairement à l'insectifuge qu'il faut appliquer en petites quantités et jamais sous les vêtements. Si une lotion solaire est appliquée à la suite d'un insectifuge, l'efficacité des deux produits s'en trouve diminuée et l'application du DEET diminue d'environ 20 % l'efficacité des écrans solaires. Lorsqu'on fait usage d'une crème solaire et d'un insectifuge, il est conseillé d'utiliser une préparation de crème à FPS d'au moins 20 et d'appliquer l'insectifuge de 30 à 45 minutes après l'écran solaire.

Pour appliquer l'insectifuge :

- Se laver les mains avant de manipuler le produit;
- Lire l'étiquette du produit avant l'application;
- Appliquer en petite quantité sur les régions exposées ou sur les vêtements;
- Se laver les mains après avoir manipulé le produit.

Un maximum de trois applications dans la même journée est recommandé.



3 CONFIDENTIALITÉ, SIGNALEMENT, RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTES PERSONNES CONCERNÉES PAR LA PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES DANS LES ÉCOLES

Cette section du Guide expose les principes à respecter concernant la confidentialité ainsi que les aspects légaux entourant le signalement de maladies infectieuses en milieu scolaire. Elle décrit également les rôles et responsabilités de la DSPE pour la mise en place des recommandations de ce Guide. Ainsi, chaque CSSS verra à préciser les rôles et responsabilités qu'il assurera et partagera avec les écoles et les commissions scolaires de son territoire.

3.1 Confidentialité

Toute information médicale concernant un élève ou un membre du personnel doit être traitée de façon confidentielle.

En cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO) (annexe 3), il peut être nécessaire d'informer la direction de l'école de la présence d'un cas afin de mettre en place des mesures de contrôle. Cette information ne devrait pas permettre d'identifier un élève ou un membre du personnel sauf si cela est nécessaire pour la mise en place des interventions.

Dans certaines circonstances, lorsque nécessaire à l'application d'une loi au Québec, un organisme public peut, sans le consentement de la personne concernée, communiquer un renseignement nominatif à toute personne ou organisme public exerçant son mandat.

Ces normes sont basées sur l'article 7 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* et la *Charte des droits et libertés de la personne*.

3.2 Signalement

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

« Les directeurs d'établissements qui constituent des milieux de travail ou des milieux de vie, notamment les entreprises, les établissements d'enseignement, les centres de la petite enfance et autres services de garde, les établissements de détention ou d'hébergement, peuvent signaler au directeur de santé publique de leur territoire les situations où ils ont des motifs de croire qu'il existe une menace à la santé des personnes qui fréquentent cet endroit. Un professionnel de la santé oeuvrant dans un tel établissement peut aussi signaler une telle situation au directeur de santé publique ». (*Chapitre X, article 94*)

« Dans la présente loi, on entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une éclosion si la présence de cet agent n'est pas contrôlée. ». (*Chapitre I, article 2*)

« Les signalements faits en vertu des dispositions du présent chapitre ne permettent pas à celui qui l'effectue de dévoiler des renseignements personnels ou confidentiels, à moins qu'après évaluation de la situation, l'autorité de santé publique concernée ne les exige dans l'exercice des pouvoirs prévus au chapitre XI ». (*Chapitre X, article 95*)

« Un directeur de santé publique peut procéder à une enquête épidémiologique dans toute situation où il y a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être et, en particulier : » (*Chapitre, article 96*)

« lorsqu'il reçoit un signalement donné en vertu du chapitre X ». (Chapitre XI, article 96, 4^e alinéa)

3.3 Rôles et responsabilités de la Direction de santé publique

Prévention

- La DSPE rend disponible le *Guide de prévention des maladies infectieuses en milieu scolaire* aux CSSS volet CLSC;
- Elle le fait connaître aux infirmières des CSSS volet CLSC et aux médecins de son territoire;
- Elle assure la mise à jour du *Guide de prévention des maladies infectieuses en milieu scolaire*.

Signalement des infections

- La DSPE reçoit les signalements de maladies infectieuses des infirmières scolaires des CSSS volet CLSC ainsi que des établissements d'enseignement. Elle effectue, s'il s'agit d'une MADO, l'enquête épidémiologique ou collabore à l'analyse des données recueillies et recommande au CSSS volet CLSC les mesures nécessaires, s'il y a lieu.

Traitement et autres mesures lors d'une éclosion

- La DSPE est disponible aux professionnels de la santé pour toute demande de consultation et d'expertise en maladies infectieuses; elle assure une permanence à cet égard;
- La DSPE est responsable, en collaboration avec l'infirmière scolaire du CSSS volet CLSC, d'évaluer la situation et de choisir les moyens de surveillance et de contrôle;
- La DSPE doit réagir rapidement en temps d'éclosion et informer les parties impliquées des mesures de contrôle à prendre. Elle pourra participer, selon le cas, à l'application de ces mesures;
- S'il y a divergence entre les recommandations du médecin traitant et celles contenues dans le *Guide sur les maladies infectieuses en milieu scolaire*, la DSPE peut être consultée.

3.4 Application en milieu scolaire et outils

Lors d'un signalement ou d'une éclosion, une procédure particulière doit être mise en place en impliquant l'école et l'infirmière scolaire du CSSS volet CLSC. Cette procédure assurera la mise en place des interventions nécessaires incluant, le cas échéant, la déclaration à la DSPE.

Des exemples de lettres qui pourraient servir de canevas de base pour la production de lettres pour les parents, les enseignants, le personnel non-enseignant et de soutien dans les écoles ont été produits. Une fiche de signalement est également incluse au document et peut être utilisée par l'école ou l'infirmière scolaire du CSSS volet CLSC en fonction des procédures qu'ils auront établies.



Date : _____

AUX PARENTS

OBJET : Maladies infectieuses en milieu scolaire

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

Les parents ont la responsabilité de faire vacciner leur enfant. La vaccination constitue la meilleure façon de prévenir certaines maladies et en conséquence, diminue leur transmission dans la population. Votre enfant devrait avoir reçu les vaccins prévus au calendrier régulier de vaccination du Québec. Vous pouvez vous adresser auprès de votre CSSS volet CLSC ou de votre médecin traitant pour vérifier et compléter la vaccination de votre enfant.

Les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains, le non-partage d'objets personnels, l'application de pansement sur les plaies et le fait d'éviter les contacts avec le sang d'une autre personne sans le port de gants, aident à prévenir la transmission d'infection.

Les parents d'un enfant malade doivent aviser l'école de l'absence de leur enfant. Si un médecin est consulté pour évaluer l'enfant, il est important de vérifier auprès de celui-ci s'il s'agit d'une maladie contagieuse et si c'est le cas d'en aviser l'école. L'infirmière du CSSS volet CLSC en sera informée et, si nécessaire, vous contactera pour avoir plus d'information.

L'enfant ayant une maladie contagieuse devrait rester à la maison jusqu'à ce qu'il soit capable de participer aux activités scolaires. Pour certaines maladies infectieuses, un délai plus long est indiqué selon la période de contagiosité. Le médecin qui évalue l'enfant vous renseignera à ce sujet.

Concernant la pédiculose, nous vous remettons le dépliant conçu par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Nous vous encourageons fortement à le consulter et le conserver. C'est un outil important pour vous aider à prévenir et à traiter ce problème.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Infirmière scolaire du CSSS volet CLSC

Direction de l'école

N.B. Si votre enfant présente une condition médicale particulière (ex. : système immunitaire affaibli, etc.), discutez avec votre médecin des maladies contagieuses à risque et, s'il vous plaît, nous en aviser.

Date : _____

AUX ENSEIGNANTS
AU PERSONNEL NON ENSEIGNANT
AU PERSONNEL DE SOUTIEN

OBJET : Maladies infectieuses en milieu scolaire

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

La vaccination constitue la meilleure façon de prévenir certaines maladies chez l'individu et en conséquence, diminuer leur transmission dans la population.

Vous devriez avoir reçu les vaccins prévus au calendrier d'immunisation du Québec. En cas de doute, veuillez prendre rendez-vous à votre CSSS volet CLSC ou avec votre médecin qui complètera votre vaccination si nécessaire.

Les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains, le non-partage d'objets personnels, l'application de pansement sur les plaies et le fait d'éviter tout contact non protégé avec du sang d'une autre personne, aident à prévenir la transmission des infections.

Si vous êtes malade et que vous devez consulter un médecin, il est important de vérifier auprès de celui-ci s'il s'agit d'une maladie contagieuse. Si tel est le cas, en aviser l'école. L'infirmière du CSSS volet CLSC en sera informée et, si nécessaire, vous contactera pour avoir plus d'information.

Si vous soupçonnez qu'un enfant est atteint d'une maladie contagieuse, veuillez en aviser la direction de l'école.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Infirmière scolaire du CSSS volet CLSC

Direction de l'école

N.B. Si vous présentez une condition médicale particulière telle que la grossesse ou l'immunosuppression, discutez avec votre médecin des maladies contagieuses à risque et du retrait préventif s'il y a lieu.



Fiche de signalement de maladies infectieuses

À L'USAGE DE L'ÉCOLE

Liste des maladies à signaler à l'infirmière scolaire du CSSS volet CLSC en indiquant le nom de la personne malade ou description de la situation particulière :

Coqueluche ☐	Impétigo ☐	Varicelle ☐
Érythème infectieux (5e maladie) ☐	Méningite ☐	Éclosion de gastroentérites ☐
	Oreillons ☐	Scarlatine ☐
Gale ☐	Rougeole ☐	Autres : ☐
Hépatite A ☐	Rubéole ☐	
	Tuberculose ☐	

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐ Date de naissance : _____ / _____ / _____
jour mois année

Personne à rejoindre : _____ Mère ☐ Père ☐ Autre : _____

Adresse : _____

Tél. : Résidence () _____ Travail : () _____ Cellulaire : () _____

École fréquentée : _____ Tél. : () _____

Niveau : _____ Groupe : _____

Description du cas ou de la situation : _____

Diagnostic médical : Oui ☐ Non ☐

Nom du médecin consulté : _____ Tél. : () _____

Date de consultation : _____

Nom de l'infirmière scolaire : _____ Tél. : () _____

Date : _____

Signature de la personne qui complète cette fiche

À L'USAGE DU CSSS volet CLSC

Liste des maladies à signaler à la DSPE :

Coqueluche ☐	Oreillons ☐	Tuberculose ☐
Hépatite A ☐	Rougeole ☐	Éclosion de gastroentérite ☐
Méningite bactérienne ☐	Rubéole ☐	Autres : ☐

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

Date : _____ Signature : _____

CSSS volet CLSC : _____ Tél. : () _____

4 MALADIES INFECTIEUSES EN MILIEU SCOLAIRE

Cette section se veut surtout un outil de consultation rapide concernant les maladies infectieuses rencontrées en milieu scolaire. Celles-ci sont présentées sous forme de tableau et par ordre alphabétique. Les tableaux présentent des maladies infectieuses susceptibles de se retrouver en milieu scolaire. Il est possible que d'autres maladies puissent aussi se retrouver en milieu scolaire et qu'elles ne soient pas incluses dans ces tableaux.

Le nom de chacune des maladies est en haut à gauche, avant l'encadré. Dans le cas d'une maladie à déclaration obligatoire, l'inscription MADO se retrouve sur la même ligne, à droite.

Par la suite, apparaissent dans l'encadré, la définition, le réservoir, la période d'incubation, la période de contagiosité, la durée de la maladie, le mode de transmission, le tableau clinique, les complications, le diagnostic, le traitement et le pronostic.

Au bas de la fiche, se retrouvent les mesures de prévention à prendre pour assurer un meilleur contrôle de l'infection en milieu scolaire ainsi que les recommandations d'intervention en situation de non-éclosion.

Afin de bien comprendre le vocabulaire utilisé, il est nécessaire de consulter les définitions. Celles-ci reviendront souvent dans les différentes descriptions.

À NOTER : concernant les « LETTRES AUX PARENTS »

Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un médecin.

Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord ou l'entente préalable avec l'infirmière scolaire du CSSS volet CLSC.

Pour les maladies à déclaration obligatoire (MADO), la DSPE doit toujours être avisée afin de valider la démarche.



4.1 Définitions

Agent infectieux :	Un micro-organisme capable de produire une infection ou une maladie infectieuse (virus, bactérie, parasite, champignon).
Cas index :	Individu chez qui on a diagnostiqué une maladie contagieuse.
Contact :	Individu qui a été en relation avec une personne infectée ou un environnement contaminé, de telle sorte qu'il a eu l'occasion d'acquérir l'agent infectieux. Le type et la durée du contact nécessaire à la transmission d'une infection peuvent varier selon la maladie.
Éclosion :	Deux cas ou plus d'une même maladie ayant un lien épidémiologique entre eux.
Épidémie :	Nombre de cas plus élevé qu'à l'habitude d'une maladie, pour un groupe donné, limité dans le temps.
Immunosuppression ou personne immunosupprimée :	Baisse de l'immunité qui amène une difficulté à se défendre contre une maladie infectieuse (causes : maladie, vieillesse, médicaments). Pour les différentes conditions cliniques d'immunosuppression, voir le PIQ section 1.8.4.
MADO :	« Maladie à déclaration obligatoire » selon le règlement d'application de la <i>Loi sur la santé publique</i> . Les déclarations doivent être acheminées à la DSPE.
Mode de transmission :	Façon dont la maladie infectieuse se propage.
Période de contagiosité :	Période pendant laquelle une personne peut transmettre l'infection.
Période d'incubation :	Intervalle entre l'exposition à un agent infectieux et l'apparition des premiers signes ou symptômes.
Phase aiguë :	Phase où la personne présente les symptômes.
Porteur sain :	Une personne ou un animal infecté sans symptôme ni signe clinique de la maladie qui est une source potentielle de transmission pour l'humain.
Prophylaxie :	Mesure visant à prévenir le développement des maladies à la suite d'un contact.
Sujet réceptif :	Personne qui peut développer la maladie à la suite d'une exposition.
Valider :	Vérifier l'exactitude des informations.



4.1.1. Conjonctivite

Définition	Atteinte aiguë de la conjonctive qui peut être causée par un virus, une bactérie, des allergies, des substances irritantes ou des maladies systémiques. Seules les causes infectieuses sont discutées dans le présent document.
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle est variable selon l'agent causal. Elle dure généralement de 12 à 72 heures.
Période de contagiosité	Pour les conjonctivites virales, elle est de plusieurs jours pouvant aller jusqu'à 14 jours. Pour les conjonctivites bactériennes, jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique.
Durée de la maladie	Variable selon l'agent causal.
Mode de transmission	Par contact avec des sécrétions oculaires infectées (doigts, maquillage, compte-gouttes, etc.).
Tableau clinique	Écoulement des yeux avec les paupières collées le matin, rougeur progressive de l'œil et une sensation de corps étranger. La conjonctivite bilatérale est le plus souvent virale.
Complications	Elles varient selon l'agent causal. Les complications cornéennes constituent le principal risque de certaines conjonctivites virales.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique. Une culture des sécrétions oculaires peut être faite si le médecin le juge nécessaire.
Traitement	Pour les conjonctivites virales, il n'y a pas de traitement spécifique nécessaire. Pour les conjonctivites bactériennes, habituellement l'application locale d'un onguent ou de gouttes antibiotiques sera recommandée par le médecin. L'absence d'amélioration après deux à trois jours indique habituellement une résistance au traitement antibiotique, une origine virale ou allergique de la conjonctivite. Si nécessaire, les yeux devraient être nettoyés régulièrement. Aucun pansement ne devrait être appliqué sur les yeux.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains (surtout avant et après le nettoyage des sécrétions de l'œil) et éviter les échanges de mouchoirs, serviettes, débarbouillettes ou produits de maquillage, etc.
Recommandations	Aucune exclusion n'est recommandée. Communiquer au besoin avec la DSPE lors d'une éclosion.



4.1.2. Coqueluche

(MADO)

Définition	Maladie infectieuse des voies respiratoires causée par la bactérie <i>Bordetella pertussis</i> .
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 7 à 10 jours, n'excédant pas 21 jours.
Période de contagiosité	Si traitée, jusqu'à 5 jours après le début du traitement antibiotique. Si non traitée, jusqu'à 3 semaines après le début des quintes de toux et peut se prolonger jusqu'à 6 semaines chez les enfants de moins d'un an. Note : La contagiosité est maximale à la phase catarrhale, avant le début des quintes de toux.
Durée de la maladie	De 6 à 10 semaines. Une autre infection des voies respiratoires au cours de l'année qui suit peut causer la récurrence des symptômes.
Mode de transmission	Par projection de gouttelettes et par contact avec des sécrétions respiratoires.
Tableau clinique	La coqueluche évolue en trois phases : Phase catarrhale : malaises, anorexie, rhinorrhée, toux, larmoiement des yeux. (Cette phase dure de 1 à 2 semaines). Phase paroxystique : quintes de toux sévères souvent suivies d'un bruit inspiratoire caractéristique (chant du coq), de vomissements ou d'apnée. Phase de convalescence : résolution graduelle des symptômes en quelques semaines.
Complications	Otite, pneumonie (21,7 % des cas), apnée, convulsions (3 % des cas) et encéphalopathie (0,9 % des cas). Les complications sont plus sévères et plus fréquentes chez les nourrissons. Les adultes peuvent présenter une syncope, des troubles du sommeil, de l'incontinence à la toux, des fractures de côtes et une pneumonie.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique et doit être confirmé par la culture des sécrétions nasopharyngées ou la détection de la bactérie par le test d'amplification génique (PCR).
Traitement	Pour diminuer la période de contagiosité, des antibiotiques sont donnés par la bouche pour une période de 7 à 14 jours si la personne est jugée contagieuse. Le traitement antibiotique a très peu d'effet sur l'évolution de la maladie sauf s'il est administré au cours de la phase catarrhale. Bien hydrater et traiter les symptômes respiratoires au besoin.
Pronostic	Décès possible : 1,3 % des nouveau-nés <1 mois et 0,3 % des enfants de 2 à 11 mois.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains, bonne aération des locaux, etc. Le programme d'immunisation du Québec inclut le vaccin contre la coqueluche pour les enfants, les adolescents et les adultes (voir le PIQ). Le vaccin prévient 85 % des formes graves de coqueluche. Lorsqu'il n'empêche pas la maladie, il réduit la sévérité des symptômes et la fréquence des complications.
Recommandations	Aviser la DSPE, pour valider le cas. Lorsque le cas est validé, l'intervention est la suivante : • Exclure la personne infectée selon la période de contagiosité; • Envoyer une lettre d'information aux parents de tous les élèves de la classe primaire. Une autre forme de communication pourrait être privilégiée au niveau secondaire; • Diriger toutes les femmes enceintes ayant été en contact avec un cas de coqueluche vers leur médecin traitant, en particulier les femmes enceintes à la fin de leur grossesse, car des antibiotiques pour prévenir la maladie pourraient leur être offerts.

À NOTER : concernant les « LETTRES AUX PARENTS »

Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un médecin.

Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord ou entente préalable avec l'infirmière scolaire du CSSS volet CLSC.

Pour les maladies à déclaration obligatoire (MADO), la DSPE doit toujours être avisée afin de valider la démarche.

Date : _____

AUX PARENTS

OBJET : Coqueluche dans la classe (école primaire)

Il y a actuellement un cas de coqueluche dans la classe que fréquente votre enfant. La coqueluche est une infection qui se transmet par contact avec les gouttelettes provenant du nez et de la gorge des personnes infectées. Les symptômes se manifestent habituellement 7 à 10 jours après le contact. Cette maladie commence souvent par un rhume banal (écoulement nasal, toux, larmoiements). Elle se poursuit par une toux forte en quintes qui dure 6 à 10 semaines. Une quinte de toux peut être suivie par un bruit aigu qui ressemble à un chant de coq, avec une sensation d'étouffement et peut également provoquer des vomissements. La coqueluche peut causer des complications graves (neurologiques et pulmonaires) surtout chez les enfants de moins de 1 an.

La Direction de santé publique vous recommande :

- De vérifier la vaccination de votre enfant. Selon le calendrier vaccinal provincial, les enfants doivent recevoir des doses de vaccins contre la coqueluche aux âges suivants : 2 mois, 4 mois, 6 mois, 18 mois et finalement entre 4 et 6 ans (avant l'entrée scolaire). Si vous croyez que votre enfant n'a pas reçu tous ces vaccins, communiquer avec votre CSSS volet CLSC pour prendre rendez-vous.
- Par ailleurs, si votre enfant présente déjà des symptômes de la coqueluche, ne l'envoyez pas à l'école, consultez votre médecin et avisez la direction de l'école si le diagnostic est confirmé.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Infirmière scolaire du CSSS volet CLSC

Direction de l'école

N.B. : Si vous consultez un médecin, il serait utile de lui apporter cette lettre.



4.1.3. Cytomégalovirus (CMV)

Définition	Virus du groupe des herpesviridés. Il peut causer des infections congénitales (infection chez le fœtus ou le nouveau-né). Les infections acquises après la naissance sont plus fréquentes, mais de gravité moindre que l'infection congénitale.
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle est inconnue lors de transmission par contact.
Période de contagiosité	De plusieurs mois à plusieurs années dans les cas d'infection congénitale.
Durée de la maladie	Variable.
Mode de transmission	L'infection congénitale peut se transmettre au fœtus ou au nouveau-né durant la grossesse (transplacentaire), lors de l'accouchement ou par ingestion de lait maternel. L'infection acquise peut s'attraper par contact avec des liquides biologiques contaminés (urine, salive), par la greffe d'organes ou lors de transfusion de produits sanguins.
Tableau clinique	La majorité du temps, l'infection à cytomégalovirus donne très peu ou pas de symptôme chez les enfants. Parfois, en particulier chez les adolescents et les adultes, elle peut donner de la fièvre, des adénopathies, une atteinte hépatique et une augmentation du volume de la rate. Chez les personnes immunosupprimées, l'infection acquise peut aussi causer une atteinte pulmonaire, digestive, neurologique et rénale. L'infection congénitale est souvent très peu apparente. Néanmoins, elle peut être la cause de surdité, de difficultés scolaires ou autres. Classiquement, le nouveau-né ayant une infection à CMV apparente présente un retard de croissance, une microcéphalie, une jaunisse, une atteinte hépatique, sanguine, oculaire et neurologique.
Complications	Voir ci-haut.
Diagnostic	Pour confirmer ou faire le diagnostic, des cultures des liquides biologiques peuvent être faites de même que des recherches dans le sang d'anticorps spécifiques contre le CMV.
Traitement	Des médicaments antiviraux sont parfois utilisés lors d'infection sévère chez les personnes immunosupprimées.
Pronostic	Variable selon la sévérité de l'infection ou la vulnérabilité de la personne infectée. Faire la maladie ne confère pas une immunité à 100 %. Des réinfections sont toujours possibles. De plus, après avoir fait l'infection pour la première fois, le virus reste latent. Il peut toujours ainsi se réactiver des années plus tard.
Prévention	Le lavage des mains est la mesure de prévention la plus importante.
Recommandations	Le lavage des mains rigoureux en particulier après un contact avec la salive ou l'urine d'une personne infectée. L'exclusion de la personne infectée n'est pas recommandée sauf si son état ne lui permet pas de participer aux activités prévues à l'école. Les femmes enceintes ou les personnes immunosupprimées ayant été en contact étroit avec une personne infectée devraient être encouragées à consulter leur médecin.



4.1.4. Érythème infectieux (5^e maladie) — Parvovirus B19

Définition	Infection causée par le parvovirus B19.
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 4 à 14 jours, n'excédant pas 21 jours.
Période de contagiosité	Précède jusqu'à 7 jours l'apparition de l'éruption; elle se termine au moment de l'éruption. Chez les personnes immunosupprimées, elle peut persister des mois et même des années.
Durée de la maladie	De 1 à 3 semaines.
Mode de transmission	Par projection de gouttelettes et par contact avec des sécrétions respiratoires. De la mère à son fœtus.
Tableau clinique	Symptômes généraux bénins tels maux de tête, malaise, douleur aux muscles et généralement très peu de fièvre. Ces symptômes sont suivis d'une éruption cutanée caractéristique débutant avec des rougeurs marquées sur les joues (« joues giflées »), suivie quelques jours plus tard par une éruption sur le tronc et les membres. Pour une période d'environ 3 semaines, les lésions cutanées peuvent réapparaître lors d'exposition à la chaleur, au soleil ou à l'exercice. Les adolescents et les jeunes adultes peuvent présenter une atteinte des articulations. Souvent asymptomatique (environ 25%). Si une femme enceinte fait la maladie au cours de sa grossesse, son fœtus peut présenter un <i>hydrops foetalis</i>. La mort du fœtus survient dans 2 à 6 % des cas surtout si l'infection se produit au cours de la première moitié de la grossesse.
Complications	Sans gravité chez les jeunes en bonne santé. Les personnes avec des troubles sanguins chroniques peuvent développer une anémie aplasique. Les immunosupprimés peuvent développer des anémies chroniques sévères.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique et peut être confirmé par sérologie. Une sérologie est aussi disponible pour déterminer si une personne est immunisée contre la maladie.
Traitement	Il n'y a pas de traitement spécifique.
Pronostic	Très bon.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains, etc. La maladie étant bénigne, la prévention s'adresse surtout aux personnes à risque : les immunosupprimés, les hémoglobinopathiques et les femmes enceintes n'ayant jamais fait la maladie.
Recommandations	Aucune exclusion n'est recommandée. Envoyer une lettre d'information aux parents de tous les élèves du même groupe de niveau primaire et secondaire lorsque le diagnostic est validé par le médecin traitant. Une autre forme de communication pourrait être privilégiée au secondaire afin d'informer les jeunes et leurs parents. Les femmes enceintes ou susceptibles de l'être qui sont en contact étroit et prolongé avec les personnes infectées doivent consulter leur médecin traitant.

À NOTER : concernant les « LETTRES AUX PARENTS »

Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un médecin.

Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord ou entente préalable avec l'infirmière scolaire du CSSS volet CLSC.

Pour les maladies à déclaration obligatoire (MADO), la DSPE doit toujours être avisée afin de valider la démarche.

Date : _____

AUX PARENTS

OBJET : Érythème infectieux (5^e maladie)

Il y a actuellement un cas d'érythème infectieux (5^e maladie) dans la classe que fréquente votre enfant.

La maladie se manifeste par une éruption qui évolue en trois étapes. L'éruption débute par une rougeur aux joues, suivie quelques jours plus tard, de l'apparition de petites plaques rouges sur le tronc et les membres. Au cours des trois semaines qui suivent, l'éruption peut réapparaître lors d'exposition au soleil ou à la chaleur.

Il est recommandé aux femmes enceintes ayant été en contact avec un cas d'érythème infectieux de consulter leur médecin.

Si votre enfant présente une éruption de ce type, nous vous conseillons de consulter un médecin pour obtenir un diagnostic précis et veuillez ensuite aviser l'école. Votre enfant peut continuer à fréquenter l'école.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Infirmière scolaire du CSSS volet CLSC

Direction de l'école

N.B. : Si vous consultez un médecin, apportez-lui cette lettre.



4.1.5. Gale (grattelle)

Définition	Infestation de la peau par un parasite (<i>Sarcoptes scabiei var hominis</i>).
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 2 à 6 semaines avant le début du prurit chez les personnes infectées pour la première fois et de 1 à 4 jours lors de récurrences.
Période de contagiosité	Durant toute la période d'incubation et jusqu'à ce qu'un traitement adéquat soit complété.
Durée de la maladie	Jusqu'à l'application d'un traitement efficace.
Mode de transmission	Par un contact peau à peau. Par contact avec des effets personnels ou de la literie : possible, mais peu fréquent. Note : le parasite survit jusqu'à 4 jours dans l'environnement.
Tableau clinique	Papules érythémateuses ou fins sillons, surtout entre les doigts des mains et des pieds, sur les poignets, les coudes, aux plis axillaires, aux cuisses, à l'abdomen et aux organes génitaux. Ces lésions causent de fortes démangeaisons surtout la nuit. La gale n'atteint habituellement pas la tête, la paume des mains et la plante des pieds sauf chez le nourrisson.
Complications	Surinfection des lésions.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique et examen microscopique sur des tissus cutanés.
Traitement	Les personnes atteintes et tous les membres de sa famille doivent appliquer simultanément le traitement, qu'ils aient des symptômes ou non. Le traitement utilisé est de préférence un produit à base de perméthrine 5 %. Il n'est pas nécessaire de répéter le traitement sauf si de nouvelles lésions apparaissent. Les nodules et les démangeaisons peuvent persister plusieurs jours à plusieurs semaines après le traitement et ne sont pas un signe d'échec au traitement. Parfois des antihistaminiques par voie orale et des stéroïdes topiques peuvent être recommandés par le médecin pour soulager les démangeaisons. S'il y a surinfection des lésions, des antibiotiques topiques ou par voie orale peuvent être recommandés.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Les vêtements et la literie utilisés par une personne infestée au cours des 4 derniers jours avant le traitement doivent être lavés à l'eau très chaude (50° C) et séchés au cycle chaud de la sècheuse. Les effets personnels ou vêtements qui ne peuvent pas être lavés à l'eau chaude devraient être placés dans un sac de plastique fermé hermétiquement pendant au moins 4 jours ou nettoyés à sec.
Recommandations	Validation du diagnostic : il est très important d'être sûr du diagnostic avant de faire toute intervention. Exclusion de l'école jusqu'au lendemain de l'application du traitement. Envoyer une lettre d'information aux parents de tous les élèves du même groupe lorsqu'il y a 2 cas dans le même groupe de niveau primaire dans un intervalle de 6 semaines. Pour le niveau secondaire, il est préférable de cibler l'intervention le plus possible aux contacts étroits. Pour plus d'information sur l'intervention en milieu scolaire voir le <i>Guide d'intervention pour le contrôle de la gale à l'intention des intervenants de la santé, février 2002</i> disponible à votre DSPE.

À NOTER : concernant les « LETTRES AUX PARENTS »

Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un médecin.

Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord ou entente préalable avec l'infirmière scolaire du CSSS volet CLSC.

Pour les maladies à déclaration obligatoire (MADO), la DSPE doit toujours être avisée afin de valider la démarche.

Date : _____

AUX PARENTS

OBJET : Gale

Il y a actuellement un cas de gale dans la classe que fréquente votre enfant. La gale est causée par un parasite qui se loge sous la peau.

Ce parasite se manifeste soit par des rougeurs, des petites bulles de liquide, de fines lignes rougeâtres situées surtout entre les doigts, aux poignets, au pli des coudes, sous les bras, à la taille, aux aines et aux cuisses. Les démangeaisons peuvent être plus intenses la nuit.

Comme la gale peut se propager très rapidement chez les enfants et les membres d'une même famille, tous les membres de la famille, atteints ou non, doivent être traités **en même temps**.

La gale se transmet surtout par un contact peau à peau avec une personne atteinte. Le parasite peut aussi être transmis lors d'échange de vêtements, de partage de lit ou de serviettes de toilette.

Si vous suspectez la gale, il est conseillé de consulter un médecin pour établir un diagnostic et recommander un traitement approprié. Il faut aviser l'école s'il s'agit de la gale.

En même temps que le traitement est entrepris, il faut laver à l'eau très chaude et sécher au cycle chaud de la sècheuse les vêtements et la literie qui ont servi. Pour les vêtements qui ne peuvent être lavés, comme les coussins et les oreillers, les faire nettoyer à sec ou sinon les déposer dans un sac de plastique et le fermer hermétiquement pendant au moins 4 jours.

L'enfant peut retourner à l'école après l'application du traitement.

Il est TRÈS IMPORTANT de noter que les démangeaisons peuvent persister plusieurs semaines même si le traitement est efficace.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Infirmière scolaire du CSSS volet CLSC

Direction de l'école

N.B. : Si vous consultez un médecin, il serait utile de lui apporter cette lettre.



4.1.6. Gastroentérite

(si épidémique : MADO)

Définition	Infection du tube digestif causée le plus souvent par un virus et occasionnellement par une bactérie ou un parasite. La diarrhée se définit par des selles plus molles, plus liquides et plus fréquentes.
Réservoir	Le plus souvent l'humain. Variable selon l'agent causal.
Période d'incubation	Elle est variable selon l'agent causal.
Période de contagiosité	Variable selon l'agent causal, habituellement pendant la phase aiguë de la maladie.
Durée de la maladie	Variable selon l'agent causal.
Mode de transmission	Par ingestion de nourriture ou d'eau contaminée et par contact avec des matières fécales (fécale-orale). Pour certains agents, il est suspecté que la transmission se produise par projection de gouttelettes respiratoires.
Tableau clinique	Diarrhée pouvant être associée à des nausées, vomissements, douleurs abdominales, crampes abdominales, sang dans les selles, fièvre légère et malaises généraux.
Complications	Déshydratation chez les jeunes enfants.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique. Des cultures de selles et des recherches de parasites sont parfois nécessaires surtout dans un contexte d'éclosion.
Traitement	Une bonne hydratation, une diète progressive et du repos sont recommandés. En cas de symptômes très sévères, il est justifié de consulter un médecin. Une réhydratation par voies intraveineuses et une hospitalisation peuvent être nécessaires dans certains cas. Les médicaments antidiarrhéiques sont contre-indiqués, spécialement chez les enfants. Des antibiotiques sont souvent recommandés si l'origine bactérienne est confirmée.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains, des jouets, etc.
Recommandations	Aucune exclusion n'est recommandée sauf si la personne est trop malade pour suivre les activités de l'école, si la diarrhée est associée à deux vomissements ou plus au cours des dernières 24 heures ou si la personne malade est incontinente. En période d'éclosion importante, la DSPE pourrait émettre de nouvelles recommandations. S'il s'agit d'un manipulateur d'aliments, la DSPE peut être consultée pour préciser la durée de l'exclusion (en fonction des lignes directrices du MAPAQ).



4.1.7. Giardiasse

(MADO)

Définition	Maladie infectieuse de l'intestin causée par un protozoaire flagellé (<i>Giardia lamblia</i>).
Réservoir	Humain et animaux domestiques ou sauvages (chien, chat, vache, chèvre, rat, castor, etc.).
Période d'incubation	Elle dure généralement de 7 à 10 jours, n'excédant pas 4 semaines.
Période de contagiosité	Aussi longtemps que les kystes sont excrétés dans les selles. Peut durer plusieurs mois.
Durée de la maladie	Si traitée, de 5 à 7 jours. Si non traitée, peut durer plusieurs mois. Les infections chroniques peuvent durer des mois, voire des années.
Mode de transmission	Par contact avec des selles (fécale-orale). Par l'ingestion d'eau contaminée (possible également lors de la baignade) et plus rarement par l'ingestion d'aliments contaminés.
Tableau clinique	Diarrhée, crampes abdominales, ballonnements, selles pâles, grasses et malodorantes et une perte de poids. Donne souvent peu ou pas de symptômes.
Complications	Peut entraîner une malabsorption des lipides et des vitamines liposolubles et des dommages aux cellules du petit intestin causant une intolérance au lactose.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique et la recherche du parasite dans les selles.
Traitement	Il est recommandé de traiter avec un antiprotozoaire tel le métronidazole les patients symptomatiques.
Pronostic	Les rechutes sont fréquentes et peuvent exiger une répétition du traitement.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains, etc. Limiter les activités de baignade dans un lieu public durant la période symptomatique.
Recommandations	Aucune exclusion de l'école. S'il s'agit d'un manipulateur d'aliments, la DSPE peut être consultée pour préciser la durée de l'exclusion (en fonction des lignes directrices du MAPAQ).



4.1.8. Hépatite virale A

(MADO)

Définition	Maladie infectieuse du foie causée par le virus de l'hépatite A (VHA).
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 15 à 50 jours, en moyenne de 25 à 30 jours.
Période de contagiosité	De 14 jours avant le début de l'ictère ou de la maladie et jusqu'à 7 jours après.
Durée de la maladie	Le plus souvent de 4 à 6 semaines, mais parfois la maladie est plus grave et peut se prolonger jusqu'à quelques mois.
Mode de transmission	Par contact avec des selles (fécale-orale), par l'ingestion d'eau et d'aliments. Peut aussi se transmettre lors de contact sexuel ou d'usage de drogues. Note : le VHA peut survivre jusqu'à 2 semaines sur des surfaces inanimées.
Tableau clinique	Fièvre, malaises généraux, arthralgies, anorexie, nausées, inconforts abdominaux et après quelques jours apparition d'ictère, d'urine foncée et de selles pâles. Chez les enfants, l'hépatite A donne souvent peu ou pas de symptômes. La sévérité des symptômes augmente avec l'âge de la personne infectée.
Complications	Hépatite fulminante rare.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique et recherche d'anticorps dans le sang de la personne infectée.
Traitement	Il n'y a pas de traitement spécifique. Des traitements de soutien sont donnés selon la gravité de la présentation pour soulager les symptômes.
Pronostic	La mortalité varie de 0,1 à 0,3 %. Ces rares décès surviennent chez les patients chez qui la maladie a une évolution fulminante.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains, la désinfection des surfaces, le non-partage des objets personnels, etc. Depuis septembre 2008, le vaccin contre l'hépatite A est inclus au programme d'immunisation du Québec pour les élèves de 4 ^e année du primaire. Des immunoglobulines contre le virus de l'hépatite A et le vaccin peuvent être donnés aux personnes ayant été en contact avec une personne infectée afin de prévenir la maladie (voir le PIQ).
Recommandations	Aviser la DSPE, intervention selon le PIQ. Exclusion de l'école selon la période de contagiosité.



4.1.9. Hépatite virale B

(MADO)

Définition	Maladie infectieuse du foie causée par le virus de l'hépatite B (VHB).
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 45 à 180 jours (6 semaines à 6 mois), en moyenne 3 mois.
Période de contagiosité	Plusieurs semaines avant l'apparition des premiers symptômes, pendant la phase aiguë et jusqu'à la disparition de l'antigène de surface (HBsAg). Certains sujets deviennent porteurs chroniques (5-10 % des cas) et demeurent contagieux.
Durée de la maladie	De 2 semaines à plus de 6 mois. Si la maladie dure plus de 6 mois la personne est considérée porteuse de la maladie.
Mode de transmission	Par contact avec du sang et d'autres liquides biologiques. Les types de contact à risque sont : percutané (ex. : aiguilles partagées, tatouage, perçage), muqueux (ex. : relation sexuelle), sur une peau non intacte (exemple : morsure avec bris de peau ou du sang sur une peau non intacte) et de la mère au nouveau-né lors de l'accouchement. Note : la salive est considérée infectieuse dans le cas de morsure avec bris cutané ou lorsqu'elle est visiblement teintée de sang.
Tableau clinique	Ictère, anorexie, malaises généraux, nausée, fièvre, selles décolorées, urines foncées. Donne souvent peu ou pas de symptôme (plus de 50 % des cas).
Complications	Hépatite fulminante, hépatite chronique active, cirrhose, hépatome (cancer du foie).
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique et sérologie.
Traitement	Il n'y a pas de traitement spécifique. Des traitements de support sont donnés selon la gravité de la présentation pour soulager les symptômes. Des traitements à l'interféron peuvent être donnés lors d'hépatite chronique.
Pronostic	Guérison complète avec immunité chez 90 % des personnes adultes infectées, 5 à 10 % des individus infectés auront des complications, 90 % des enfants infectés à la naissance ou très tôt dans leur vie resteront porteurs de la maladie.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains, le non-partage d'articles personnels (rasoir, brosse à dents, etc.) et les pratiques de base (voir 2.3.7.2). Utilisation d'un condom lors de relations sexuelles. Utilisation de seringues stériles pour les utilisateurs de drogues injectables. Il existe un vaccin efficace inclus au programme d'immunisation du Québec (voir le PIQ). Des immunoglobulines peuvent être indiquées après un contact à risque (voir le PIQ). Dépistage des personnes à risque et des femmes enceintes.
Recommandations	Aviser la DSPE, intervention selon le PIQ. Aucune exclusion de l'école ou du travail.



4.1.10. Hépatite virale C

(MADO)

Définition	Maladie infectieuse du foie causée par le virus de l'hépatite C (VHC).
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 2 semaines à 6 mois, en moyenne 6 à 9 semaines.
Période de contagiosité	D'une à plusieurs semaines avant l'apparition des symptômes, pendant la phase aiguë de la maladie et indéfiniment chez le porteur chronique.
Durée de la maladie	Tant que le virus est présent dans le sang.
Mode de transmission	Par contact percutané avec du sang : avec une seringue ou une aiguille contaminée, lors de tatouage, perçage ou lors d'une transfusion de sang ou de produits sanguins. La transmission sexuelle est très peu probable. La transmission de la mère infectée par le virus à son nouveau-né se produit dans 5 % des cas.
Tableau clinique	Fatigue, anorexie, malaises généraux et nausées. L'ictère est présent chez moins de 20 % des cas. Souvent asymptomatique : 90 % des cas.
Complications	Hépatite chronique (85 %). Cirrhose (20 %) et carcinome hépatocellulaire. Hépatite fulminante très rare.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique et sérologie.
Traitement	Il n'y a pas de traitement spécifique. Des traitements de soutien sont donnés selon la gravité de la présentation pour soulager les symptômes. Des traitements à l'interféron peuvent être donnés lors d'hépatite chronique.
Pronostic	Variable en fonction des complications. Inconnu à long terme pour une personne asymptomatique anti-HVC positif. Mortalité de moins de 1 %. 15 % des personnes infectées en guérissent sans traitement et 85 % développent une infection chronique.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains, le non-partage d'articles personnels (rasoir, brosse à dents, etc.) et les pratiques de base (voir 2.3.7.2). Utilisation de seringues stériles pour les utilisateurs de drogues injectables. Sécurité des produits sanguins vérifiée par test anti-VHC et dosage d'enzymes hépatiques depuis 1990. Dépistage des personnes à risque. Vaccination des personnes infectées par le virus de l'hépatite C avec les vaccins contre les virus des hépatites A et B car elles sont plus à risque de complications. Éviter tout produit toxique pour le foie incluant l'alcool.
Recommandations	Aucune exclusion.



4.1.11. Herpès simplex (feu sauvage)

Définition	Infection cutanée et muqueuse causée par le virus de l'herpès simplex (VHS).
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 2 jours à 14 jours.
Période de contagiosité	Primo-infection : de 1 à plusieurs semaines. Récurrence : de 1 à 5 jours.
Durée de la maladie	Primo-infection : de 5 à 14 jours. Récurrence : moins d'une semaine.
Mode de transmission	Par contact avec les lésions ou de la salive. Note : Le virus survit 2 heures sur la peau, 3 heures sur les vêtements et 4 heures sur une surface non poreuse.
Tableau clinique	Le virus cause initialement une primo-infection et par la suite, il demeure sous forme latente et peut ainsi provoquer des récurrences. La primo-infection cause de la fièvre, des rougeurs et des ulcères aux gencives et sur les muqueuses buccales, de la difficulté à s'alimenter et des ganglions enflés dans le cou. Elle peut être asymptomatique surtout chez les enfants. Les récurrences causent des vésicules au pourtour de la bouche (feu sauvage) ou ailleurs. Elles sont déclenchées par la fièvre, une infection, du stress, une surexposition au soleil, etc.
Complications	Déshydratation, eczéma herpétiforme (surinfection de lésions d'eczéma par le VHS), kératite (infection de la cornée par le virus), conjonctivite herpétique, panaris herpétique et méningo-encéphalite. L'infection est plus sévère chez les immunosupprimés.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique.
Traitement	Des médicaments antiviraux peuvent être utilisés surtout chez les immunosupprimés. Soulagement des symptômes avec un antipyrétique et analgésique au besoin.
Pronostic	Bon. Les enfants immunosupprimés ou ceux souffrant d'eczéma sont plus à risque d'une infection sévère.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains. Éviter l'usage en commun des articles de toilette ou objets susceptibles d'être portés à la bouche tels que les crayons, nourriture, verres, etc. Éviter de toucher aux lésions. Dans la mesure du possible, couvrir les lésions.
Recommandations	Aucune exclusion de l'école.



4.1.12. Impétigo

Définition	Infection cutanée causée par les bactéries staphylocoques ou streptocoques du groupe A.
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 1 à 10 jours.
Période de contagiosité	Jusqu'à la guérison des lésions ou jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique.
Durée de la maladie	Variable, rarement plus de 7 jours avec un traitement adéquat.
Mode de transmission	Par contact avec des sécrétions respiratoires ou par projection de gouttelettes provenant du nez ou de la gorge.
Tableau clinique	Les lésions cutanées (purulentes et croûtées) peuvent être localisées et discrètes ou s'étendre et couvrir une grande surface. Le plus souvent situées au pourtour du nez et de la bouche, elles peuvent aussi se retrouver ailleurs sur le corps. Occasionnellement il y a de la fièvre, des malaises, des céphalées et une perte d'appétit.
Complications	Cellulite, endocardite (infection du cœur), bactériémie (infection du sang). Dans le cas d'impétigo causé par le streptocoque du groupe A, la scarlatine, la glomérulonéphrite et le rhumatisme articulaire aigu sont des complications possibles.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par des observations cliniques, mais la culture de sécrétion du nez, de la gorge ou des écoulements purulents peut être faite.
Traitement	Pour les infections localisées de la peau, des antibiotiques topiques peuvent être prescrits par le médecin. Les antibiotiques par la bouche sont recommandés s'il y a des lésions multiples. Lavage des lésions avec de l'eau et du savon antiseptique, au besoin.
Pronostic	Très bon. Guérison généralement sans cicatrice.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains, le non-partage des articles de toilette, etc. Nettoyer les vêtements contaminés tous les jours. Dans la mesure du possible, couvrir les lésions. Garder les ongles courts ou éviter de toucher la lésion pour prévenir la propagation de l'infection. Traitement rapide des cas initiaux chez les enfants et dans les familles. Éviter les contacts avec les bébés et les personnes affaiblies.
Recommandations	Exclusion de l'école pour au moins 24 heures après le début du traitement. Envoyer une lettre d'information aux parents de tous les élèves du même groupe lorsque le diagnostic est validé par l'infirmière scolaire du CSSS volet CLSC auprès du médecin traitant et qu'il y a deux cas ou plus dans le même groupe de niveau primaire dans un intervalle de 10 jours. L'infirmière pourra s'informer si les mesures préventives et le traitement appropriés ont été appliqués. Aucune intervention au niveau secondaire.

À NOTER : concernant les « LETTRES AUX PARENTS »

Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un médecin.

Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord ou entente préalable avec l'infirmière scolaire du CSSS volet CLSC.

Pour les maladies à déclaration obligatoire (MADO), la DSPE doit toujours être avisée afin de valider la démarche.

Date : _____

AUX PARENTS

OBJET : Impétigo

Il y a actuellement des cas d'impétigo dans la classe que fréquente votre enfant. Cette infection se manifeste par des lésions purulentes au visage surtout autour du nez et de la bouche qui deviennent croûtées.

Cette infection se propage par contact avec des lésions ou des sécrétions respiratoires contaminées.

Pour prévenir la maladie, il faut renforcer les mesures d'hygiène telles le lavage des mains. De plus, les personnes atteintes devraient, autant que possible, recouvrir les lésions.

L'impétigo se traite avec des antibiotiques. Si vous remarquez la présence de lésions sur la peau de votre enfant, nous vous recommandons de consulter un médecin et d'aviser l'école si ce diagnostic est posé.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Infirmière scolaire du CSSS volet CLSC

Direction de l'école

N.B. : Si vous consultez un médecin, il serait utile de lui apporter cette lettre.



4.1.13. Influenza (grippe)

Définition	Infection aiguë de l'appareil respiratoire causé par un virus de l'influenza de type A, B ou C. Elle survient habituellement au cours des mois de décembre à avril de chaque année.
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 24 à 72 heures.
Période de contagiosité	De 24 heures avant et jusqu'à 7 jours après le début des symptômes (peut être plus longue chez les jeunes enfants et les immunosupprimés).
Durée de la maladie	De 2 à 7 jours.
Mode de transmission	Par projection de gouttelettes et par contact avec des sécrétions respiratoires. Note : Le virus de la grippe peut survivre 5 minutes sur la peau, quelques heures dans les sécrétions séchées et jusqu'à 48 heures sur des objets inanimés (papiers-mouchoirs).
Tableau clinique	Début soudain des symptômes avec fièvre (38°C à 40°C), frissons, céphalée, myalgies, prostration et de la toux.
Complications	Otite moyenne, sinusite, laryngite, bronchite, pneumonie, surtout chez les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies chroniques.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique. Il peut être confirmé par des tests faits sur les sécrétions nasopharyngées.
Traitement	Pour certains groupes de la population plus à risque de complications, des médicaments tels que le chlorhydrate d'amantadine et les inhibiteurs de la neuraminidase peuvent être indiqués. Des antibiotiques sont habituellement prescrits lors de surinfections bactériennes. Soulagement des symptômes avec une bonne hydratation et des antipyrétiques (acétaminophène) lors de fièvre. Ne pas utiliser l'Acide Acéty Salicylique (AAS ou Aspirine).
Pronostic	Morbidité et mortalité élevées chez les personnes âgées, les enfants de moins de 2 ans et les personnes atteintes de maladies chroniques cardiaques, respiratoires, rénales ou métaboliques.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains et l'application de l'hygiène respiratoire (voir 2.3.3). Bien aérer les locaux. Il y a un vaccin annuel contre la grippe et un programme d'immunisation pour des groupes cibles (voir le PIQ).
Recommandations	Aucune exclusion de l'école, retour dès que l'état de santé le permet. Lorsqu'un cas est confirmé par un test de laboratoire effectué sur les sécrétions nasopharyngées, une lettre pourrait être envoyée à tous les parents des élèves de la classe ou de l'école selon la situation, ceci dans le but d'informer les personnes pouvant bénéficier de la vaccination contre l'influenza ou nécessiter un suivi particulier. La DSPE doit être consultée au préalable.



4.1.14. Maladie main-pied-bouche

Définition	Infection causée par des virus de la famille des entérovirus, plus particulièrement par les virus Coxsackie A16 et entérovirus 71.
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 3 à 6 jours.
Période de contagiosité	Maximale durant la phase aiguë de la maladie. Le virus peut être excrété dans les selles pendant 8 à 12 semaines.
Durée de la maladie	Guérison spontanée en une semaine environ.
Mode de transmission	Par contact avec des sécrétions oropharyngées, des selles ou de la mère à l'enfant en fin de grossesse (par voie transplacentaire).
Tableau clinique	Lésions érosives arrondies et superficielles, douloureuses, localisées à la partie antérieure de la bouche. Vésicules de nombre et de taille variables surtout localisées aux faces dorsales et palmo-plantaires des mains et des pieds, souvent des lésions maculo-papulaires au niveau des fesses. Fièvre, malaises généraux, irritabilité, anorexie et diarrhée peuvent s'ajouter à l'éruption.
Complications	Rares. Une virémie chez la mère en fin de grossesse peut causer une myocardite ou une encéphalite chez le nouveau-né.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique.
Traitement	Il n'y a pas de traitement spécifique. Soulagement des symptômes avec un antipyrétique et analgésique (acétaminophène) au besoin et éviter les aliments et liquides acides à cause des lésions buccales douloureuses.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains et l'hygiène respiratoire (voir 2.3.3).
Recommandations	Aucune exclusion.



4.1.15. Méningite bactérienne

(MADO)

Définition	Infection des méninges (enveloppes qui entourent le cerveau) par une bactérie. Les bactéries qui causent les méningites bactériennes sont le pneumocoque, le méningocoque et l'<i>Haemophilus influenzae</i> de type b.
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle est variable selon l'agent causal : Pneumocoque : variable, peut être aussi court que 1 à 3 jours. Méningocoque : 1 à 10 jours, habituellement moins de 4 jours. <i>Haemophilus influenzae</i> de type b : inconnue, probablement de 2 à 4 jours.
Période de contagiosité	Tant que la bactérie est présente dans les sécrétions nasopharyngées. Selon le traitement initié, cette période dure habituellement 24 heures après le début des antibiotiques.
Durée de la maladie	Variable.
Mode de transmission	Par projection de gouttelettes et par contact avec des sécrétions respiratoires.
Tableau clinique	Fièvre, céphalée intense, atteinte état général et atteinte de l'état de conscience. Peut être précédé par des symptômes plus ou moins sévères d'infections des voies respiratoires et de gastroentérite. L'infection à méningocoque peut se présenter uniquement par un choc septique avec ou sans méningite et s'accompagner de lésions cutanées purpuriques caractéristiques.
Complications	Surdité, convulsion, retard mental, retard d'acquisition du langage, trouble visuel, trouble du comportement, mort.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique et des cultures de sang et de liquide céphalorachidien.
Traitement	Antibiotiques intraveineux. Plusieurs traitements de soutien peuvent être offerts pour traiter la maladie et prévenir ses complications.
Pronostic	Variable selon l'agent causal, la précocité du diagnostic, la rapidité à débuter les antibiotiques et les traitements de soutien administrés.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène. Chimioprophylaxie selon l'agent causal et le type de contact. La vaccination contre l'<i>Haemophilus Influenzae</i> de type b, le pneumocoque (sérotype 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F et 23F) et le méningocoque de séro groupe C sont recommandés pour tous les enfants du Québec selon le calendrier régulier de vaccination. Aucun vaccin n'est actuellement disponible contre le méningocoque de séro groupe B.
Recommandations	Aucune intervention ne devrait se faire sans avoir communiqué préalablement avec la DSPE. Il existe un protocole d'intervention provincial pour plusieurs des bactéries causant des méningites.



4.1.16. Méningite virale

Définition	Infection des méninges (enveloppes qui entourent le cerveau) par un virus. Plusieurs virus peuvent causer une méningite (herpes, poliomyélite, rougeole, varicelle, oreillons et autres). Les plus fréquents sont les entérovirus (coxsackie et échovirus) qui causent classiquement la méningite virale qui survient surtout à l'été et à l'automne.
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 3 à 6 jours, variable selon le virus impliqué.
Période de contagiosité	Elle dure tant que la personne excrète le virus. Le virus peut persister dans les selles plusieurs semaines après le début de la maladie et 7 jours ou moins dans les sécrétions respiratoires.
Durée de la maladie	Rarement plus de 10 jours.
Mode de transmission	Variable selon l'agent causal. Le plus souvent par contact avec des selles (fécale-orale) ou des sécrétions respiratoires.
Tableau clinique	Apparition soudaine de fièvre et de maux de tête accompagnés de raideur de nuque. Selon l'agent causal, la personne peut présenter une éruption cutanée, des symptômes respiratoires et gastro-intestinaux.
Complications	Habituellement sans séquelle. Les enfants qui font l'infection durant les premiers mois de vie sont plus sujets à avoir un retard de développement. Des manifestations transitoires telles que parésie, encéphalite, faiblesse, spasmes musculaires, insomnie et un changement de comportement peuvent survenir.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique et est confirmé par l'analyse du liquide céphalo-rachidien et des sérologies.
Traitement	Il n'y a pas de traitement spécifique. Des traitements de soutien sont offerts selon la gravité de la présentation et pour soulager les symptômes.
Pronostic	Généralement excellent.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains et l'hygiène respiratoire (voir 2.3.3).
Recommandations	Aucune exclusion de l'école ou du travail, retour dès que la santé le permet.



4.1.17. Molluscum contagiosum

Définition	Infection bénigne de la peau causée par un poxvirus.
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 2 à 7 semaines (jusqu'à 6 mois).
Période de contagiosité	Inconnue. Probablement tant que les lésions persistent. Peu contagieux.
Durée de la maladie	Les lésions non-traitées disparaissent spontanément entre 6 mois et 5 ans (8 mois en moyenne).
Mode de transmission	Auto-contamination fréquente. Contact étroit avec des lésions et objets contaminés (moins fréquent).
Tableau clinique	Papules ombiliquées de 2 à 10 mm allant du rose perlé au blanc situées au tronc, visage et extrémités, rarement généralisées et parfois accompagnées de prurit.
Complications	Habituellement aucune.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique.
Traitement	Pour des raisons esthétiques, de confort ou pour éviter la propagation : curetage sous anesthésie locale, cryothérapie, électrocautérisation, application d'agents kératolytiques.
Pronostic	Excellent, guérison spontanée. La maladie ne confère aucune immunité.
Prévention	Éviter le contact avec les lésions. Lavage des mains après contact avec des lésions.
Recommandations	Recouvrir les lésions, si possible. Aucune exclusion.



4.1.18. Mononucléose infectieuse

Définition	Infection causée par le virus Epstein-Barr (EBV).
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 30 à 50 jours.
Période de contagiosité	Peu contagieuse. Le virus peut être excrété de façon intermittente dans la salive jusqu'à 1 an ou plus après l'infection.
Durée de la maladie	Habituellement 1 à 2 semaines. La fatigue peut persister quelques semaines.
Mode de transmission	Par contact avec la salive (ex. : baiser, partage de verre ou cigarette). Plus rarement par contact avec du sang (ex. : transfusions sanguines).
Tableau clinique	Fièvre, mal de gorge, ganglions augmentés de volume, atteinte du foie ou de la rate, fatigue, perte d'appétit, rougeurs sur le corps dans certains cas (surtout si la personne infectée est traitée avec de l'ampicilline ou amoxicilline). Parfois donne peu ou pas de symptôme, surtout chez les enfants.
Complications	Obstruction respiratoire par augmentation du volume des amygdales, une méningite ou une encéphalite causée par le virus, un syndrome de Guillain-Barré, une rupture de la rate, une anémie, une thrombocytopénie, une neutropénie et une myocardite.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique et est confirmé avec une formule sanguine et un monostest. Parfois des tests sérologiques peuvent être recommandés par le médecin.
Traitement	Il n'y a pas de traitement spécifique. Soulagement des symptômes avec un antipyrétique et analgésique (acétaminophène), repos, diète légère. Parfois des corticostéroïdes peuvent être recommandés par le médecin dans les cas d'obstruction respiratoire ou autres complications. Dû à l'augmentation du volume de la rate, les sports de contact doivent être évités. La reprise de ces sports doit se faire selon la recommandation du médecin après confirmation que la rate est redevenue de volume normal.
Pronostic	Bon.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains, la désinfection des objets souillés par la salive pendant la période aiguë, etc. Éviter de partager les mêmes objets tels que verres ou ustensiles, ne pas toucher les fontaines avec la bouche, limiter les contacts intimes (baisers).
Recommandations	Aucune exclusion.



4.1.19. Oreillons

(MADO)

Définition	Infection virale des glandes salivaires (en particulier des parotides), causée par un virus du genre des paramyxovirus.
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 12 à 25 jours, en moyenne 16 à 18 jours.
Période de contagiosité	De 7 jours avant et jusqu'à 9 jours après l'apparition de la tuméfaction. Contagiosité maximale 48 heures avant le début des symptômes jusqu'à 5 jours après.
Durée de la maladie	De 3 à 10 jours.
Mode de transmission	Par projection de gouttelettes et par contact avec des sécrétions respiratoires.
Tableau clinique	Fièvre, malaise et enflure des glandes parotides unilatérale ou bilatérale. Souvent asymptomatique (30 %). La maladie est plus sérieuse chez l'adulte.
Complications	Méningite généralement bénigne et sans séquelle. Après la puberté, 20 à 30 % des hommes atteints présenteront une orchite et 5 % des femmes atteintes auront une ovarite. La stérilité est une séquelle rare. Plus rarement : encéphalite, pancréatite, arthrite, thyroïdite et surdité.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique et est confirmé par des sérologies.
Traitement	Il n'y a pas de traitement spécifique. Diète molle sans fruit citrin pour diminuer la douleur aux parotides et un analgésique et antipyrétique au besoin.
Pronostic	Excellent sauf dans les cas de méningo-encéphalite où 1 à 4 % de décès sont rapportés.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que lavage des mains. Programme d'immunisation pour toute la population.
Recommandations	Aviser la DSPE, intervention selon le protocole. Exclusion de l'école ou du travail jusqu'à 9 jours après le début des symptômes. Des mesures d'exclusion spécifiques pourraient s'appliquer pour les personnes immunosupprimées réceptives.



4.1.20. Oxyurose (entérobiase)

Définition	Infection de l'intestin par un parasite : le ver rond (<i>Enterobius vermicularis</i>).
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 2 à 6 semaines.
Période de contagiosité	Jusqu'à élimination des parasites. Note : Les œufs peuvent demeurer infectieux dans l'environnement pendant 2 à 3 semaines.
Durée de la maladie	Jusqu'à la prise du traitement approprié. Cependant, l'oxyurose peut persister, car les réinfections sont possibles par auto-infection (c'est-à-dire que la personne se réinfecte par des œufs présents au niveau de sa région périanale) ou par infection par une nouvelle source.
Mode de transmission	Par contact avec des doigts ou des objets contaminés par les œufs. Note : Transmission intrafamiliale fréquente.
Tableau clinique	Démangeaisons anales, lésions de grattage, irritabilité et plus rarement démangeaisons vulvaires. Souvent asymptomatique.
Complications	Vulvo-vaginite, salpingite, urétrite, péritonite. Ces complications sont cependant rares.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique, soit la visualisation du ver adulte femelle (environ 1 cm de long) lorsqu'il sort pondre ses œufs dans la région anale, 2 à 3 heures après que l'enfant se soit endormi. Application d'une bande adhésive transparente à la région anale afin de recueillir des œufs (scotch tape test) pour examen au microscope.
Traitement	Antiparasitaire prescrit par un médecin ou recommandé par un pharmacien. Il est recommandé de répéter le traitement 2 semaines après. Tous les membres de la famille doivent être traités, peu importe s'ils présentent ou non des symptômes.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains. Changer la literie et les sous-vêtements fréquemment. Passer l'aspirateur autour des lits et éviter de secouer les draps. Prendre une douche tous les matins. Garder les ongles courts et éviter de se ronger les ongles. Éviter de se gratter la région périanale.
Recommandations	Aucune exclusion.



4.1.21. Pharyngite virale

Définition	Infection de la gorge causée par un virus (ex. : adénovirus, entérovirus, etc.).
Réservoir	Habituellement l'humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 1 à 14 jours selon l'agent causal.
Période de contagiosité	Un peu avant et pour toute la durée de la maladie.
Durée de la maladie	De 2 à 7 jours.
Mode de transmission	Par projection de gouttelettes et par contact avec des sécrétions respiratoires.
Tableau clinique	Variable selon l'agent causal. Mal de gorge, difficulté à avaler, adénopathies cervicales, fièvre, hyperhémie du pharynx et augmentation de volume des amygdales avec ou sans pus. Ces symptômes peuvent être associés à d'autres symptômes d'infections respiratoires ou digestifs.
Complications	Surinfection bactérienne, otite moyenne, sinusite, bronchite ou pneumonie.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique. La culture des sécrétions de la gorge permet d'exclure la présence du streptocoque du groupe A.
Traitement	Il n'y a pas de traitement spécifique. Soulagement des symptômes avec une bonne hydratation, un antipyrétique et analgésique (acétaminophène) au besoin.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains et l'hygiène respiratoire (voir 2.3.3). Bien aérer les locaux.
Recommandations	Aucune exclusion de l'école ou du travail. Retour dès que l'état de santé le permet.



4.1.22. Pharyngo-amygdalite à streptocoque du groupe A et scarlatine

Définition	Infection de la gorge causée par le streptocoque du groupe A. Si la bactérie produit une toxine érythrogénique, elle peut alors causer la scarlatine.
Réservoir	Humain. Environ 5 à 15 % des enfants sont des porteurs sains du streptocoque du groupe A. Le risque de transmission de l'infection par ces enfants est minime.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 1 à 5 jours.
Période de contagiosité	Lorsque l'infection est traitée, jusqu'à 24 heures après le début du traitement. Si l'infection n'est pas traitée, elle durera de 2 à 3 semaines et sera maximale pendant la phase aiguë de la maladie.
Durée de la maladie	Rarement plus de 7 jours.
Mode de transmission	Par projection de gouttelettes et par contact avec des sécrétions respiratoires. Rarement par ingestion d'aliments contaminés.
Tableau clinique	Pharyngo-amygdalite Fièvre élevée, mal de gorge, perte appétit, nausées, vomissements, céphalée, adénopathie cervicale. La personne infectée peut présenter de la rougeur au pharynx, des pétéchies au palais, des exsudats sur les amygdales. Scarlatine En plus du tableau de la pharyngo-amygdalite, la personne présente un érythème cutané fin atteignant le visage, le cou, le corps, le dedans des cuisses et plus intensément les plis des aisselles, les coudes et les aines. La peau atteinte donne au toucher une impression de papier sablé. L'éruption diminue en une semaine. Il peut y avoir desquamation de la peau surtout aux extrémités.
Complications	Le rhumatisme articulaire aigu, la glomérulonéphrite aiguë.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique et par culture de gorge ou par un test rapide d'identification du streptocoque.
Traitement	Antibiotiques. Soulagement des symptômes avec une bonne hydratation et un antipyrétique et analgésique (acétaminophène) au besoin.
Pronostic	Bon, en général.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène. Si plusieurs cas simultanés, considérer une source de contamination alimentaire.
Recommandations	Envoyer une lettre d'information aux parents de tous les élèves de niveau primaire du même groupe dès qu'il y a un cas déclaré par les parents à la suite d'une visite médicale. Exclure le sujet jusqu'à 24 heures après le début du traitement et jusqu'à ce que son état lui permette de suivre les activités régulières.

À NOTER : concernant les « LETTRES AUX PARENTS »

Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un médecin.

Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord ou entente préalable avec l'infirmière scolaire du CSSS volet CLSC.

Pour les maladies à déclaration obligatoire (MADO), la DSPE doit toujours être avisée afin de valider la démarche.

Date : _____

AUX PARENTS

OBJET : Pharyngo-amygdalite à streptocoque du groupe A / scarlatine

Il y a actuellement une ou des personnes souffrant de pharyngo-amygdalite à streptocoque du groupe A ou de scarlatine dans la classe que fréquente votre enfant.

Les symptômes de cette infection peuvent être de la fièvre, des maux de gorge, une enflure des ganglions, des nausées, des vomissements et une éruption sur le corps.

Si vous suspectez que votre enfant fait cette infection, gardez-le à la maison, consultez un médecin pour obtenir un diagnostic et avisez ensuite l'école.

Si le médecin confirme le diagnostic, il peut retourner à l'école 24 heures après le début du traitement antibiotique si son état de santé lui permet de suivre les activités.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Infirmière scolaire du CSSS volet CLSC

Direction de l'école

N.B. : Si vous consultez un médecin, il serait utile de lui apporter cette lettre.



4.1.23. Poux de tête

Définition	Maladie infectieuse du cuir chevelu par un parasite : le pou de tête (<i>Pediculus humanus capitis</i>).
Réservoir	Humain (ils ne vivent pas sur les animaux).
Période d'incubation	Elle dure généralement 10 jours. Les œufs (lentes) éclosent après 4 à 10 jours et les poux sont matures après environ 2 semaines.
Période de contagiosité	Tant que les poux et les lentes demeurent vivants sur la personne infestée ou sur ses effets personnels. Note : Les poux peuvent survivre 24 heures en dehors du corps humain.
Durée de la maladie	Tant qu'un traitement efficace n'a pas été appliqué.
Mode de transmission	Par contact tête-à-tête. Les poux de tête ne s'attrapent pas facilement par contact avec les effets personnels d'une personne infectée (brosses à cheveux, peignes, barrettes, chapeaux, etc.).
Tableau clinique	Démangeaisons et excoriations du cuir chevelu. Il est possible d'observer des lentes collées à la racine des cheveux, derrière les oreilles et la nuque et parfois dans les sourcils et les cils. Les poux sont occasionnellement visibles à l'œil nu.
Complications	Surinfection de lésions de grattage.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique : examen de la tête avec un peigne fin pour retrouver des poux ou des lentes. L'utilisation d'une loupe facilite l'examen.
Traitement	Traitement selon les recommandations énoncées par l'INSPQ et l'ordonnance collective effective dans la région (annexe 4).
Pronostic	Excellent.
Prévention	Référer au protocole provincial de pédiculose pour les différentes mesures de préventions à prendre ainsi qu'au recueil d'outils (incluant dépliant d'information provincial). http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/santpub/maladietransmis.nsf/section?OpenView
Recommandations	Exclusion de l'école ou du travail jusqu'à la première application du traitement. Envoyer la lettre d'information aux parents selon la situation en accord avec les recommandations du protocole d'intervention provincial de pédiculose et en utilisant le document d'appui au protocole d'intervention <i>Pédiculose : outils d'intervention, recueil d'outils pour le suivi de la pédiculose de tête dans les écoles</i> (juin 2002).

**4.1.24. Rhume**

Définition	Infection aiguë des voies respiratoires causée par de nombreux virus (ex. : adénovirus, rhinovirus, etc.).
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 2 à 3 jours.
Période de contagiosité	De 24 heures avant et jusqu'à 5 jours après le début des symptômes.
Durée de la maladie	De 2 à 7 jours.
Mode de transmission	Par projection de gouttelettes et par contact avec des sécrétions respiratoires.
Tableau clinique	Écoulement nasal, larmoiement, irritation de la gorge, frissons, fièvre légère, malaise général.
Complications	Sinusite, otite moyenne, bronchite, laryngite, rarement pneumonie. Peut occasionner une crise d'asthme chez les enfants asthmatiques.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique.
Traitement	Il n'y a pas de traitement spécifique. Hydratation, humidité, antipyrétique (acétaminophène) au besoin.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains et l'application de l'hygiène respiratoire (voir 2.3.3). Bien aérer les locaux.
Recommandations	Aucune exclusion.



4.1.25. Rougeole

(MADO)

Définition	Infection aiguë très contagieuse causée par un virus de la famille des paramyxovirus (virus de la rougeole).
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 7 à 14 jours.
Période de contagiosité	De 4 jours avant et jusqu'à 4 jours après l'apparition de l'éruption. Contagiosité maximale avant l'apparition de l'éruption.
Durée de la maladie	De 7 à 10 jours.
Mode de transmission	Par voie aérienne. Note : La rougeole se transmet très facilement.
Tableau clinique	Atteinte de l'état général, fièvre, toux, coryza, conjonctivite, éruption maculo papulaire, photophobie.
Complications	Otite moyenne, infection pulmonaire, encéphalite (1/1 000 cas), panencéphalite subaiguë sclérosante (1/100 000 cas). Note : Les complications sont plus fréquentes chez les nourrissons, les adultes, les femmes enceintes et les immunosupprimés. Mortalité : 1 à 2 décès/1000 cas au Canada.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique et est confirmé par isolement du virus et sérologie.
Traitement	Il n'y a pas de traitement antiviral disponible. Le médecin peut décider de donner des suppléments de vitamine A à certains patients. Soulagement des symptômes avec un antipyrétique (acétaminophène) lors de fièvre.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains et l'application de l'hygiène respiratoire (voir 2.3.3). Bien aérer les locaux. Programme d'immunisation pour toute la population. La vaccination ou l'administration d'immunoglobulines peut être recommandée en postexposition (voir recommandations du PIQ et de la DSPE).
Recommandations	Aviser la DSPE, intervention selon le protocole. Exclusion selon la période de contagiosité. Diriger les femmes enceintes, les personnes immunosupprimées et les enfants âgés de moins de 12 mois, ayant été en contact avec un cas de rougeole, vers leur médecin traitant. La vaccination ou l'administration d'immunoglobulines peut être recommandée après consultation médicale. Le vaccin vivant contre la rougeole est contre-indiqué pour la femme enceinte.



4.1.26. Rubéole

(MADO)

Définition	Infection causée par le virus de la rubéole, un rubivirus de la famille des togavirus.
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 14 à 23 jours.
Période de contagiosité	De 7 jours avant et jusqu'à 7 jours après le début de l'éruption. Peut persister pendant des mois jusqu'à 1 à 2 ans chez l'enfant atteint de rubéole congénitale.
Durée de la maladie	Environ 7 jours.
Mode de transmission	Par projection de gouttelettes et par contact avec des sécrétions respiratoires. Note : Dans la rubéole congénitale, toutes les sécrétions corporelles peuvent être contaminées incluant l'urine et les selles.
Tableau clinique	Fièvre légère, rhume, conjonctivite, enflure des ganglions (surtout suboccipital, rétro-auriculaire et cervical), éruption cutanée débutant au visage et progressant vers le corps, arthrite ou arthralgie. L'infection est asymptomatique dans 25 à 50% des cas. Infection congénitale : surdité, cataractes, malformation cardiaque, retard mental, etc. Elle peut survenir surtout lorsqu'une femme contracte la maladie durant les 20 premières semaines de grossesse.
Complications	Encéphalite, thrombocytopénie, leucopénie.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique et est confirmé par sérologie.
Traitement	Il n'y a pas de traitement spécifique. Soulagement des symptômes avec un antipyrétique et analgésique (acétaminophène).
Pronostic	Bon.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène. Programme d'immunisation pour toute la population. Offrir le vaccin aux adolescentes et aux jeunes femmes non protégées et en âge de procréer. Mesurer les anticorps durant la grossesse. Ce test est habituellement fait lors des bilans au cours de la grossesse. À la suite d'une exposition au virus de la rubéole, les femmes enceintes devraient être encouragées à en aviser leur médecin.
Recommandations	Aviser la DSPE, intervention selon le protocole. Exclusion selon la période de contagiosité.



4.1.27. Tinea corporis, pedis (pieds d'athlète) et capitis (teigne)

Définition	Mycose cutanée atteignant différentes parties du corps : Le Tinea corporis atteint tout le corps sauf le cuir chevelu, les régions pileuses du corps, les mains et les pieds. Il est causé par des champignons du genre <i>Trichophyton</i>, <i>Microsporum</i> et <i>Epidermophyton</i>. Le Tinea pedis (pieds d'athlète) atteint la peau entre les orteils et la plante des pieds. Il est causé par les <i>Trichophyton rubrum</i>, <i>Trychphyton mentagrophytes</i> et <i>Epidermophyton floccosum</i>. Le Tinea capitis (teigne) atteint le cuir chevelu. Il est causé surtout par le <i>Trichophyton tonsurans</i>.
Réservoir	Les Tinea corporis et capitis se retrouvent chez les humains et les animaux (chats et chiens).
Période d'incubation	Teigne du cuir chevelu : elle dure généralement de 2 à 14 jours. Teigne corporelle : elle dure généralement de 4 à 10 jours. Teigne des pieds : elle est inconnue.
Période de contagiosité	Aussi longtemps que les lésions persistent.
Durée de la maladie	Tant qu'un traitement efficace n'a pas été administré.
Mode de transmission	Par contact avec des lésions, des objets ou surfaces. Les animaux peuvent être impliqués dans la transmission du Tinea corporis et du Tinea capitis.
Tableau clinique	Tinea corporis : lésions annulaires plates, plutôt érythématosquameuses ou humides et croûteuses au pourtour. Ces lésions causent souvent des démangeaisons. Tinea pedis : lésions érythématosquameuses causant des démangeaisons aux pieds, atteignant surtout les espaces entre les orteils. Tinea capitis : lésions érythématosquameuses en plaque du cuir chevelu. Ces lésions peuvent être associées à des plaques d'alopécie et de cheveux cassants. Le kérion est une masse inflammatoire associée à de la fièvre causée par une réaction d'hypersensibilité à l'infection.
Complications	Le Tinea pedis peut devenir chronique et le Tinea capitis peut causer des plaques d'alopécie permanentes.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique et l'examen microscopique de squames (parfois une culture).
Traitement	Pour les Tinea corporis et pedis, l'application de crème antifongique est habituellement recommandée. Parfois, une thérapie orale est nécessaire. Pour le Tinea capitis, un traitement anti fongique par la bouche est recommandé. Les traitements topiques ne sont pas efficaces. L'utilisation d'un shampoing au sulfure de sélénium peut être suggérée pour diminuer la dissémination et prévenir la transmission.
Pronostic	Bon.
Prévention	Éviter le partage des objets personnels. Pour les cas de Tinea corporis et capitis, les animaux des personnes atteintes devraient être examinés et traités par le vétérinaire.
Recommandations	Ne pas exclure le sujet si un traitement adéquat est administré. Renforcer les mesures d'hygiène.



4.1.28. Toxi-infection alimentaire

(MADO)

Définition	Toute maladie de nature infectieuse ou toxique causée par la consommation d'aliments ou d'eau.
Réservoir	L'eau et les aliments.
Période d'incubation	Elle est variable selon l'agent causal (rapide si secondaire à une toxine).
Période de contagiosité	Variable selon l'agent causal.
Durée de la maladie	Variable selon l'agent causal.
Mode de transmission	Par ingestion d'eau ou d'aliments contaminés.
Tableau clinique	Début soudain d'un groupe de symptômes chez des individus qui ont consommé le même aliment. Symptômes surtout digestifs, fièvre, nausées, vomissements, crampes, diarrhée, etc.
Complications	Variable selon l'agent causal. Déshydratation.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique et recherche possible de l'agent causal dans les aliments suspectés et dans les selles.
Traitement	De soutien jusqu'à l'obtention des résultats de laboratoire (réhydratation, etc.) et selon l'agent causal par la suite.
Pronostic	Selon l'agent causal.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains, etc. Conservation et cuisson adéquate des aliments. Éviter la contamination croisée d'aliments cuits et non cuits. Ne boire que de l'eau propre à la consommation.
Recommandations	Aviser la DSPE. Intervention selon le protocole et les recommandations de la DSPE. Conserver les aliments possiblement responsables pour analyse si nécessaire.



4.1.29. Tuberculose respiratoire active

(MADO)

Définition	Maladie causée par la bactérie <i>Mycobacterium tuberculosis</i> .
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle est très variable (quelques semaines à plusieurs mois).
Période de contagiosité	Aussi longtemps que l'agent infectieux vivant est présent dans les sécrétions respiratoires.
Durée de la maladie	Variable.
Mode de transmission	Par voie aérienne. Le risque de transmission est variable d'une situation à une autre.
Tableau clinique	Toux, expectorations, fièvre intermittente, sueurs nocturnes. Hémoptysie (crachat de sang), perte d'appétit, perte de poids, douleur thoracique sont présentes habituellement quand la maladie est plus avancée.
Complications	Pleurésie tuberculeuse, méningite tuberculeuse, tuberculose miliaire. Note : Le risque de complications est plus élevé chez les enfants de moins de 4 ans.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique, radiographie pulmonaire, frottis et culture des expectorations.
Traitement	Antituberculeux (maladie à traitement obligatoire).
Pronostic	En général bon; variable selon l'état et l'observance au traitement.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains et l'application de l'hygiène respiratoire (voir 2.3.3). Faire le dépistage des contacts étroits et envisager une prophylaxie antibiotique selon le résultat du test cutané à la tuberculine (épreuve de Mantoux) et selon les recommandations de la DSPE.
Recommandations	Aviser la DSPE. Intervention selon le protocole. Exclusion du cas de l'école jusqu'à la fin de la période de contagiosité.



4.1.30. Varicelle (pour le zona voir section 4.1.33)

Définition	Infection aiguë causée par un virus (<i>varicella-zoster</i>).
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 10 à 21 jours, en moyenne de 14 à 16 jours, mais peut être prolongée jusqu'à 28 jours chez les patients ayant reçu précédemment les immunoglobulines contre le virus varicella-zoster (VZIG) ou chez les immunosupprimés.
Période de contagiosité	De 1 à 2 jours avant l'apparition de l'éruption jusqu'à 5 jours après ou jusqu'à ce que toutes les lésions soient croûtées. La varicelle est une maladie très contagieuse.
Durée de la maladie	De 7 à 10 jours.
Mode de transmission	Par contact avec des sécrétions respiratoires, des sécrétions oculaires ou du liquide présent dans les vésicules. Par voie aérienne. Par voie transplacentaire.
Tableau clinique	Fièvre légère, symptômes généraux bénins et une éruption généralisée maculopapulaire durant quelques heures puis vésiculaire pendant 3 à 4 jours et qui laisse une croûte granuleuse. Les lésions causent de fortes démangeaisons. Maladie souvent plus sévère chez l'adulte et les immunosupprimés.
Complications	Surinfections bactériennes (5 à 10 % des cas), otite moyenne (5 % des cas), arthrite, encéphalite, méningite et glomérulonéphrite. Pneumonie chez l'adulte et la femme enceinte. Prédispose aux infections invasives à streptocoque du groupe A.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique. Rarement par sérologie et culture des lésions.
Traitement	Un antiviral doit être considéré chez les personnes immunosupprimées et chez les personnes à risque de varicelle modérée à sévère : • les personnes âgées de plus de 12 ans; • les personnes atteintes de maladies pulmonaires ou cutanées chroniques; • les personnes recevant des traitements à long terme avec de l'AAS; • les personnes recevant des traitements de corticostéroïde en aérosol ou ayant eu des traitements courts et intermittents de cortisone par la bouche. Soulagement des symptômes avec un antiprurigineux et un antipyrétique (acétaminophène) au besoin. Ne pas utiliser l'AAS ni l'ibuprofène.
Pronostic	Bon.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains et l'application de l'hygiène respiratoire (voir 2.3.3). La vaccination est recommandée dès l'âge de 1 an selon le PIQ. La vaccination des personnes susceptibles de faire la varicelle, dans les 5 jours après un contact, est efficace pour éviter de faire la maladie. L'administration des VZIG dans les 96 heures suivant le contact peut être indiquée chez les personnes immunosupprimées et les femmes enceintes.
Recommandations	Aucune exclusion. Retour permis dès que l'état de santé le permet. Envoyer une lettre d'information aux parents de tous les élèves de l'école du niveau primaire et secondaire lorsque le diagnostic est validé à la suite d'une visite médicale.

À NOTER : concernant les « LETTRES AUX PARENTS »

Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n'a pas été confirmé par un médecin.

Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l'accord ou entente préalable avec l'infirmière scolaire du CSSS volet CLSC.

Pour les maladies à déclaration obligatoire (MADO), la DSPE doit toujours être avisée afin de valider la démarche.

Date : _____

AUX PARENTS

OBJET : Varicelle dans la classe

Il y a actuellement un cas de varicelle dans la classe que fréquente votre enfant.

La varicelle se manifeste par une fièvre légère, une éruption (boutons rouges avec bulle de liquide) qui s'étend du thorax vers les membres et la tête, accompagnée de démangeaisons. Les lésions deviennent croûteuses et disparaissent au bout de quelques jours. Si votre enfant présente ces symptômes, aviser l'école. Pour soulager la fièvre, utiliser de l'acétaminophène. Il faut éviter de donner de l'acide acétylsalicylique (AAS ou Aspirine) et des médicaments à base d'ibuprofène.

La varicelle peut prédisposer à des infections graves de la peau. Vous devriez consulter un médecin si une lésion semble plus rouge et plus enflée que les autres, si votre enfant fait de la fièvre alors qu'il avait arrêté d'en faire pendant 1 à 2 jours, s'il semble très malade ou s'il vous inquiète.

Les personnes immunosupprimées (exemples : sida, leucémie ou autres formes de cancers, traitement à la cortisone en continu...) doivent consulter un médecin rapidement suivant la réception de cette lettre. Les femmes enceintes n'ayant jamais fait la maladie et n'ayant jamais été vaccinées doivent également consulter un médecin à la suite d'un contact avec un cas de varicelle.

Il existe un vaccin qui est recommandé aux personnes âgées de 12 mois ou plus qui n'ont jamais fait la maladie. Ce vaccin peut aussi prévenir la maladie s'il est administré rapidement après un contact avec un cas de varicelle. Des antiviraux peuvent parfois être recommandés pour les personnes à risque de varicelle modérée à sévère soit : les personnes ayant une condition pulmonaire ou cutanée chronique, prenant de la cortisone en aérosol ou ayant eu des traitements courts et intermittents de cortisone par la bouche, prenant de l'acide acétylsalicylique (AAS ou Aspirine) de façon continue, les personnes de plus de 12 ans et les femmes enceintes.

L'enfant qui fait la varicelle peut continuer à fréquenter l'école si son état de santé lui permet de suivre les activités.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Infirmière scolaire du CSSS volet CLSC

Direction de l'école

N.B. : Si vous consultez un médecin, il serait utile de lui apporter cette lettre.

**4.1.31. Verrue**

Définition	Infection de la surface cornée de la peau causée par des virus du groupe papilloma humain (VPH).
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 2 à 3 mois et peut être prolongée.
Période de contagiosité	Inconnu, probablement tant qu'il y a des lésions.
Durée de la maladie	Variable si non traitée, disparition spontanée fréquente (65 % disparaissent d'elles-mêmes en 2 ans).
Mode de transmission	Par contact avec les lésions, surfaces ou objets (plancher, baignoire, pierre ponce, rasoir, etc.).
Tableau clinique	L'apparence des lésions varie selon la région du corps affectée et le type de virus responsable. Les lésions se retrouvent souvent sur les mains ou la plante des pieds.
Complications	Aucune.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique.
Traitement	Agent kératolytique local, azote liquide, électrocautérisation et curetage.
Pronostic	Bon.
Prévention	Éviter les contacts avec les lésions, éviter de marcher pieds nus dans les endroits publics puisque les sols contaminés (piscine, douche, gymnase) pourraient être en cause.
Recommandations	Aucune exclusion.



4.1.32. VIH/Sida

(MADO)

Définition	Infection causée par un rétrovirus, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Ce virus paralyse progressivement le système immunitaire humain.
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Elle dure généralement de 3 à 6 mois pour la primo-infection (séroconversion). Elle est variable, pouvant aller de quelques mois à plusieurs années pour le sida.
Période de contagiosité	Elle est permanente après l'acquisition de la maladie.
Durée de la maladie	Toute la vie.
Mode de transmission	Par contact avec du sang et d'autres liquides biologiques. Type de contact à risque : percutané (ex. : aiguilles partagées, tatouage, perçage), muqueux (ex. : relation sexuelle), sur une peau non intacte et de la mère au nouveau-né lors de l'accouchement.
Tableau clinique	Il y a plusieurs phases à la maladie : la primo-infection, l'infection asymptomatique, l'infection symptomatique et le sida. Le sida est la phase terminale de l'infection par le VIH. Les manifestations les plus fréquentes du sida à la suite de la baisse du système immunitaire sont l'apparition de maladies ou d'infections opportunistes (pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i> , sarcome de kaposi, tuberculose, etc.).
Complications	Infections opportunistes, néoplasie, décès.
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique et sérologie.
Traitement	Thérapie antirétrovirale selon certains critères cliniques, immunologiques ou de laboratoire. Le traitement n'est pas curatif. Traitement des néoplasies et des infections.
Pronostic	L'espérance de vie après le diagnostic évolue selon les nouvelles thérapies. L'infection demeure chronique.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains, le non-partage d'articles personnels (rasoir, brosse à dents, etc.) et les pratiques de base (voir 2.3.7.2). Utilisation d'un condom lors de relations sexuelles. Utilisation de seringues stériles pour les utilisateurs de drogues injectables. Dépistage des personnes à risque et des femmes enceintes.
Recommandations	Aucune exclusion. Vaccination appropriée de la personne atteinte en vertu de son statut d'immunosuppression. Diriger ces personnes vers leur médecin lors d'un contact avec une maladie infectieuse à risque.



4.1.33. Zona

Définition	Infection causée par la réactivation du virus de la varicelle qui est demeuré latent dans les cellules nerveuses. Seules les personnes qui ont déjà eu la varicelle peuvent présenter un zona, car c'est leur propre virus qui est réactivé.
Réservoir	Humain.
Période d'incubation	Ne s'applique pas.
Période de contagiosité	Tant que les vésicules sécrètent un liquide.
Durée de la maladie	L'éruption cutanée dure de 15 à 20 jours. Des douleurs névralgiques peuvent précéder, accompagner ou persister longtemps après la guérison surtout chez les adultes de plus de 50 ans.
Mode de transmission	Le zona ne se transmet pas. Il peut donner la varicelle à une personne non-immune par contact avec le liquide des vésicules ou rarement par voie aérienne dans le cas de zona disséminé ou lorsque la personne atteinte est immunosupprimée.
Tableau clinique	Fièvre, malaises généraux survenant de 3 à 4 jours avant les éruptions, adénopathies, démangeaisons, douleurs névralgiques ou sous forme de brûlure sur le trajet du nerf atteint, éruptions sous forme de vésicules regroupées en ligne. Parfois zona disséminé. Note : Peut survenir à tout âge, mais plus fréquent après 50 ans.
Complications	Surinfection bactérienne, névralgie chronique (rare chez les enfants).
Diagnostic	Le diagnostic se fait par observation clinique.
Traitement	Un antiviral initié dans les 72 heures pour diminuer la durée des symptômes et l'intensité de la douleur. Soulagement des symptômes avec un analgésique et des compresses humides.
Pronostic	Bon.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène telles que le lavage des mains, tenir les ongles courts, etc. Éviter le contact direct avec le liquide des vésicules.
Recommandations	Aucune exclusion de l'école ou du travail, retour dès que l'état de santé le permet. Diriger les nouveaux nés (voir précisions dans le PIQ), les personnes immunosupprimées et les femmes enceintes n'ayant jamais fait la varicelle et ayant été en contact direct avec les lésions d'un cas vers un médecin car une prophylaxie (VZIG) peut être indiquée dans les 96 heures suivant l'exposition.



BIBLIOGRAPHIE

- Agence de santé publique du Canada, Société canadienne de thoracologie, Association pulmonaire du Canada, *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse*, 6^e édition, 2007.
- American Academy of Pediatrics, *Report of the Committee on Infectious Diseases*, 27^e ed., Elk Grove Village, Illinois, 2006.
- American Academy of Pediatrics, *Managing Infectious Diseases in Child care and Schools*, 2004.
- 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.
- Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde. *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance, Guide d'intervention*, Les Publications du Québec, 2002.
- Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde. *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance, Guide d'intervention*, Les Publications du Québec, 2008.
- Direction de santé publique, ASSS de la Montérégie, *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire*, mai 2007.
- Direction de santé publique et d'évaluation, RR de la Montérégie, *Politique sur les maladies infectieuses en milieu scolaire*, 1997
- Gouvernement du Québec. *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004.
- Heyman, David L., *Control of Communicable Diseases in Man*, 18th Edition, American Public Health Association, Washington DC, 2004.
- Loi sur la santé publique, L.R.Q., 20 déc. 2001*, Éditeur officiel du Québec
- Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. 5-5, 1er sept. 1997*, Éditeur officiel du Québec.
- Table de concertation nationale en maladies infectieuses, Table de coordination nationale en santé publique, *Guide d'intervention pour le contrôle de la gale à l'intention des intervenants de la santé*, février 2002.



ANNEXE 1 LAVAGE DES MAINS



LAVAGE DES MAINS

Frotte le savon, le temps d'une chanson et les microbes s'en vont !

- 1** Ouvrir le robinet
- 2** Bien mouiller ses mains
- 3** S'enduire les mains de savon
- 4** Frotter les paumes des mains, frotter le dos des mains
- 5** Entrelacer les doigts
- 6** Bien nettoyer le bout des doigts
- 7** Bien nettoyer les poignets
- 8** Rincer
- 9** Sécher
- 10** Fermer le robinet

Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière

Affiche réalisée par la Direction de santé publique de Lanaudière

Pour être efficace, le lavage des mains doit durer 15 secondes.
Un truc ? Chantez cette chanson sur l'air de «À la Claire Fontaine...»

À la claire fontaine, m'en allant promener, j'ai trouvé l'eau si belle, mes mains j'y ai lavées.
Ah! que c'est l'un d'être propre, jamais je ne l'oublierai.

Quand se laver les mains ?

	Avant	Après
Arriver à la maison ou à la garderie		✓
Préparer les aliments	✓	✓
Manger	✓	✓
Aller à la toilette ou aider un enfant à y aller		✓
Changer une couche		✓
Se moucher ou moucher un enfant		✓
Préparer ou administrer un médicament	✓	✓
Tousser ou éternuer		✓
Toucher un animal		✓
Toucher une surface sale ou du matériel souillé		✓
Jouer dehors		✓



ANNEXE 2

DÉSINFECTION DES FLÛTES DANS LES ÉCOLES



DÉSINFECTION DES FLûTES DANS LES ÉCOLES

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

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

Considérant que :

- le coût des flûtes musicales d'usage scolaire est bas et raisonnablement abordable (environ 10 \$ l'unité) pour la majorité de parents des élèves;
- le prêt de flûtes musicales aux élèves du primaire a été introduit par une commission scolaire de la région de Chaudières-Appalaches.

les instruments seront retournés par les élèves à la fin de l'année scolaire. Ce même instrument sera alors prêté à un nouvel élève l'année suivante;

le risque de contamination des flûtes par des pathogènes bactériens et viraux qui pourraient être présents dans la salive et les sécrétions respiratoires de personnes infectées est réel;

les agents pathogènes qui peuvent se trouver dans la salive et les sécrétions respiratoires d'écoliers infectés sont : Rhinovirus, parvovirus B19, cytomégalo virus, virus varicella-zoster *Staphylococcus aureus*, streptocoque bêta-hémolytique du groupe A, *Haemophilus influenzae* de type b, *Pseudomonas aeruginosa*, *Neisseria meningitidis*. D'autres pathogènes viraux ou bactériens sont possibles mais ils dépendront de la prévalence de l'infection dans un lieu et dans un temps donné;

le rôle des flûtes en tant que véhicule de transmission de microorganismes potentiellement pathogènes d'une personne à une autre est inconnu;

la présence de contaminants pathogènes sur les flûtes ne signifie pas qu'une infection sera transmise. Il existe plusieurs facteurs qui peuvent influencer la transmission ou non d'une infection par cette voie. On peut mentionner, l'inoculum, la durée de survie et la virulence de l'agent, la durée d'exposition à la flûte contaminée, la présence de facteurs endogènes antiviraux dans la muqueuse orale (anticorps spécifiques, mucine, thrombospondine, protéines solubles, protéases sécrétoires leucocytaires et autres molécules inhibitrices);

la période des vacances d'été (environ 10 semaines) est de loin supérieure à la durée de survie des microorganismes pathogènes sur la surface du matériel (plastique) des flûtes;

le contrôle de la transmission des agents pathogènes présents dans les flûtes contaminées est possible par des procédures de nettoyage et de désinfection disponibles et accessibles à des coûts raisonnables. Ces procédures pourraient être appliquées au début, pendant et à la fin de l'année scolaire;

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

- i. limiter le prêt des flûtes à des élèves qui, pour des raisons socio-économiques, ne sont pas en mesure d'acheter un de ces instruments;
- ii. les flûtes prêtées ne devront jamais être partagées entre les élèves à l'intérieur d'une session ou d'une année scolaire;
- iii. le nettoyage des instruments avec de l'eau et du savon liquide devrait être fait régulièrement avant et après chaque usage;
- iv. la désinfection des flûtes devra toujours être faite au début et à la fin de l'année scolaire. Pendant l'année scolaire, une fois par semaine ou au moins deux fois par mois serait acceptable;
- v. le désinfectant recommandé est la solution d'eau javalisée à une concentration de 1/10 (1 partie d'eau de Javel 5 à 6 % avec 9 parties d'eau). La procédure de désinfection est la suivante : rinçage à l'eau courante, nettoyage avec de l'eau et du savon s'il y a présence de débris ou d'autres matières organiques ou saletés visibles, deuxième rinçage, désinfection avec la solution d'eau javalisée (durée d'exposition de 2 à 5 minutes selon le type ou la quantité de saleté visible), troisième rinçage;
- vi. d'autres désinfectants pourraient aussi être utilisés, il faut alors suivre les indications du fabricant (dilution et temps d'exposition au désinfectant). Le germicide Twigg vendu pour la désinfection des instruments à vent peut être envisagé. J'ai essayé d'obtenir la fiche de composition du produit auprès du distributeur à Montréal. On m'a fourni par fax seulement les ingrédients actifs (di-isobutylphenoxyethoxyethyl dimethyl benzyl ammonium chloride 0,06 % et ingrédients inertes 99,94 %). Il s'agit d'un ammonium quaternaire très efficace pour la plupart des contaminants pathogènes décrits, ci-dessus. En plus, aux dilutions recommandées on peut le considérer sécuritaire pour les humains car l'ammonium quaternaire est utilisé dans la désinfection de l'équipement pour la fabrication des aliments. Il faut rincer et nettoyer les instruments avant d'utiliser ce type de désinfectant car comme la plupart de produits de cette catégorie, il peut être inactivé par la présence de matériel organique (protéines) et sécrétions. La durée d'exposition recommandée pour la désinfection est de 10 minutes. Il ne faut pas oublier de rincer après la période de désinfection.

RÉFÉRENCES

1. Barbeau J, Ten Bokum L, Gauthier C, Prevost AP. Cross-contamination potential of saliva ejectors used in dentistry. *J Hosp Infect* 1998; 40(4) :303-311.
2. Chin, J. *Control of Communicable Diseases Manual*. 17th. Edition. APHA, 2000.
3. Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde. *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance*. Guide d'intervention. 2ème édition. Les publications du Québec. 1998.
4. Leung WK, Sung JJ, Ling TK, Siu KL, Cheng AF. Use of chopsticks for eating and *Helicobacter pylori* infection. *Dig Dis Sci* 1999; 44(6) : 1173-1176.
5. Mejicano GC, Maki DG. Infections acquired during cardiopulmonary resuscitation : estimating the risk and defining strategies for prevention. *Ann Intern Med* 1998; 129(10) :813-828.
6. Rice PS, Cohen BJ. A school outbreak of parvovirus B19 infection investigated using salivary antibody assays. *Epidemiol Infect* 1996; 116(3) : 331-338.
7. Infection control: the role of disinfection and sterilization. *J Hosp Infect*. 1999;43 : Suppl:S43-55.
8. Antimicrobial activity of home disinfectants and natural products against potential human pathogens. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2000;21(1):33-8.
9. Shugars DC, Endogenous mucosal antiviral factors of the oral cavity. *J Infect Dis* 1999; 179 Suppl 3 :S431-S435.
10. TWIGG Germicide. Les instruments de musique TWIGG Inc. 1230, St-Hubert, Montréal, Qc H2L 3Y7 Tél. : (514) 843-3593 et 675, Boul. Charest Est, Québec, Qc G1K 3J5 Tél. : (418) 649-0926.



ANNEXE 3
LISTE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
(MADO)



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

Laboratoires

Maladies à surveillance extrême

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

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

Maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire

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

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

Amibiase
Babésiose
 Brucellose
 Chancres mou
 Coqueluche
Cryptosporidiose
Cyclospore
 Diphtérie
 Encéphalite virale transmise par arthropodes (ex.: VNO, Encéphalite de St-Louis)
 Fièvre Q
 Fièvre typhoïde ou paratyphoïde
 Gastro-entérite à *Yersinia enterocolitica*
 Giardiase
 Granulome inguinal
 Hépatites virales
 Infection à *Campylobacter*
 Infection à *Chlamydia trachomatis*
 Infection à *Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine
Infection à Hantavirus
Infection à HTLV type I ou II
 Infection à Plasmodium
Infection au *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine (SARV)
 Infection gonococcique
 Infection invasive à *Escherichia coli*
 Infection invasive à *Haemophilus influenzae*
 Infection invasive à méningocoques
 Infection invasive à streptocoques du groupe A
 Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*
Infection par le virus du Nil occidental

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

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

Légionellose

Lèpre

Leptospirose**Listériose**

Lymphogranulomatose vénérienne

Maladie de Chagas**Maladie de Lyme**

Oreillons

Poliomyélite

Psittacose

Rage

Rougeole

Rubéole

Salmonellose

Shigellose

Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)**Syphilis**

Tétanos

Trichinose

Tuberculose

Tularémie

Typhus

Québec



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

Médecins

Maladies à surveillance extrême

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

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

Maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire

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

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

Amiantose

Angiosarcome du foie

Asthme dont l'origine professionnelle a été confirmée par un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires

Atteinte broncho-pulmonaire aiguë d'origine chimique (bronchiolite, pneumonite, alvéolite, bronchite, syndrome d'irritation bronchique ou œdème pulmonaire)

Atteinte des systèmes cardiaque, gastro-intestinal, hématopoïétique, rénal, pulmonaire ou neurologique lorsque le médecin a des motifs sérieux de croire que cette atteinte est consécutive à une exposition chimique d'origine environnementale ou professionnelle par les :

- Alcools (ex. : alcool isopropylique, alcool méthylique)
- Aldéhydes (ex. : formaldéhyde)
- Cétones (ex. : acétone, méthyle éthyle cétone)
- Champignons (ex. : amanites, clitocybes)
- Corrosifs (ex. : acide fluorhydrique, hydroxyde de sodium)
- Esters (ex. : esters d'acides gras éthoxylés)
- Gaz et asphyxiants
(ex. : monoxyde de carbone, hydrogène sulfuré, acétylène)
- Glycols (ex. : éthylène glycol)
- Hydrocarbures et autres composés organiques volatils
(ex. : aliphatique, aromatique, halogéné, polycyclique)
- Métaux et métalloïdes (ex. : plomb, mercure)
- Pesticides (ex. : insecticides organophosphorés et carbamates)
- Plantes (ex. : datura, stramoine, digitale)

Babésiose*

Béryllose

Brucellose*

Byssinose

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

Chancre mou

Coqueluche

Diphthérie

Écllosion à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)

Écllosion au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)

Encéphalite virale transmise par arthropodes* (ex.: VNO, Encéphalite de St-Louis)

Fièvre Q*

Fièvre typhoïde ou paratyphoïde

Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée

Granulome inguinal

Hépatites virales* (ex.: VHA, VHB, VHC)

Infection à *Chlamydia trachomatis*

Infection à Hantavirus

Infection à *Plasmodium* (malaria)*

Infection gonococcique

Infection invasive à *Escherichia coli*

Infection invasive à *Haemophilus influenzae*

Infection invasive à méningocoques

Infection invasive à streptocoques du groupe A

Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque)

Infection par le VIH seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus*

Infection par le virus du Nil occidental*

Légionellose

Lèpre

Lymphogranulomatose vénérienne

Maladie de Chagas*

Maladie de Creutzfeldt-Jakob et ses variantes*

Maladie de Lyme*

Mésotéliome

Oreillons

Paralysie flasque aiguë

Poliomyélite

Psittacose

Rage*

Rougeole

Rubéole

Rubéole congénitale

Sida: seulement si la personne atteinte a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus*

Silicose

Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

Syphilis*

Tétanos

Toxi-infection alimentaire et hydrique

Trichinose

Tuberculose*

Tularémie

Typhus

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

* Maladie à traitement obligatoire (MATO)

Québec



ANNEXE 4
ORDONNANCE COLLECTIVE DE THÉRAPIE PÉDICULICIDE ET FEUILLE
POUR L'EXÉCUTION DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE POUR LES INFIRMIÈRES
DES CSSS OEUVRANT EN MILIEU SCOLAIRE ET AVIS DE L'INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) DU 1^{ER} MARS 2008



ORDONNANCE COLLECTIVE	
THERAPIE PEDICULIDE	
Médecin signataire de l'ordonnance collective : L'ordonnance devra être individualisée au nom du Dr Laurent Marcoux , Directeur de santé publique de la région de Lanaudière. En cas de problèmes ou pour toutes autres précisions, contactez la secrétaire du service au : 450 759-1157 poste 4459.	
Date d'entrée en vigueur :	Octobre 2008
Date de révision prévue :	En fonction des recommandations provinciales
Professionnels habilités à exécuter l'ordonnance ➤ Pharmaciens communautaires exerçant au Québec, dans la région de Lanaudière ➤ Infirmières (infirmiers) des CSSS oeuvrant en milieu scolaire	
Groupe de personnes visées : Toute personne nécessitant un traitement contre la pédiculose.	
Référence à un protocole : oui ☐ non ☒ inclus à l'ordonnance	
Références : <i>Mise à jour de l'Institut de santé publique du Québec (INSPQ) concernant la thérapie pédiculicide (1-3-08)</i> <i>Protocole d'intervention : La Pédiculose, Une nouvelle approche en santé publique pour le contrôle de la pédiculose de tête dans les écoles et dans les services de garde à l'enfance (MSSS, juillet 2000)</i> http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/santpub/maladietransmis.nsf/section?OpenView (outils d'intervention)	

**INTENTION
THÉRAPEUTIQUE :**

Traitement de la pédiculose

CONDITIONS :

Le pharmacien ou l'infirmière (infirmier) du CSSS oeuvrant en milieu scolaire individualisant cette ordonnance collective doit suivre les recommandations de traitement indiquées au « Protocole : traitement de la pédiculose » produit par la Direction de santé publique et d'évaluation de Lanaudière (mai 2008)

ACTIONS :

- Remettre le dépliant du MSSS « Poux...Poux...Poux... tout savoir sur les poux de tête » au patient ou à son parent.
<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/santpub/maladietransmis.nsf/section?OpenView>
 (outils d'information)
- Aviser le client de traiter seulement les personnes qui ont des poux dans la famille. De plus, il est important que le traitement soit administré la même journée pour ces personnes.
- Référer, au besoin, les patients au service info-santé. Il est également disponible pour répondre aux interrogations des personnes atteintes de pédiculose.

CONTRE-INDICATIONS :

Référence au « Protocole : traitement de la pédiculose » produit par la Direction de santé publique et d'évaluation de Lanaudière (mai 2008) joint à cette ordonnance.

Directeur de santé publique et d'évaluation de Lanaudière

No permis : 77303

Date : 2008



Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière



Direction de santé publique et d'évaluation

Protocole : Traitement de la pédiculose

**Dans le cadre de l'ordonnance collective
aux pharmaciens communautaires et
aux infirmières (infirmiers) des CSSS
oeuvrant en milieu scolaire
de la région de Lanaudière**

Juin 2008



Avant l'application de tous pédiculicides, il faut s'assurer que les cheveux sont exempts de tous produits qui laissent un résidu tel que les fixatifs, les mousses, les gels, etc. et qui recouvrent les poux et les lentes, et ainsi les protègent contre les pédiculicides.

Si des poux vivants sont observés 24-48 heures après la première application d'un produit pédiculicide et que le traitement a été appliqué correctement (quantité suffisante de produit et étapes d'utilisation suivies adéquatement), il est recommandé de reprendre le traitement aussitôt en utilisant un autre produit de composition différente. Le nouveau produit sera appliqué une deuxième fois de 7 à 10 jours plus tard (référence « *Protocole d'intervention : La Pédiculose, Une nouvelle approche en santé publique pour le contrôle de la pédiculose de tête dans les écoles et dans les services de garde à l'enfance* » (MSSS, juillet 2000)).

Liste des produits pédiculicides recommandés

PRODUIT	PARTICULARITÉS	MODE D'UTILISATION
Premier choix • Perméthrine 1 % (Kwellada-^{MD} 1 %, Nix^R 1 % ou autres marques de commerce) (après-shampooing)	Ce traitement peut être administré aux enfants de 2 ans et plus et aux femmes enceintes. Pouvoir insecticide et ovicide connu. Produit avec fort pouvoir résiduel d'environ 10 jours après le traitement. Peu toxique, réactions dermiques bénignes. Efficacité ≥95 %. Note : prudence chez les personnes allergiques aux chrysanthèmes	• Laver les cheveux avec un shampoing ordinaire ne contenant pas de revitalisant (conditionneur ou crème-rince). Rincer les cheveux à l'eau claire et les sécher avec une serviette. • Bien agiter le flacon. • Appliquer de 25 à 50 ml du produit sur le cuir chevelu. Masser pour bien imbiber tous les cheveux, surtout à la nuque et derrière les oreilles. • Laisser reposer pendant 10 minutes. • Rincer à fond à l'eau claire. • Sécher les cheveux avec une autre serviette ou au séchoir. Déposer les serviettes avec les articles à nettoyer. • Passer le peigne fin tous les jours. Note : répéter 7 à 10 jours plus tard.
Deuxième choix • Pyréthrines et butoxyde de pipéronyle (Pronto^{MD}, R & C^{MC} ou autres marques de commerce) (shampooing revitalisant)	Ce traitement peut être administré aux enfants de moins de 2 ans et aux femmes enceintes ou qui allaitent. Pouvoir insecticide connu, mais moins ovicide que la perméthrine.	• Appliquer de 25 à 50 ml du produit sur les cheveux secs et masser pour bien imbiber tous les cheveux, surtout à la nuque et derrière les oreilles. • Laisser reposer pendant 10 minutes (sans diluer).

PRODUIT	PARTICULARITÉS	MODE D'UTILISATION
	Produit sans aucun pouvoir résiduel. Dermate de contact et atteinte cornéenne possibles. Efficacité de 45 % après la première application et de 94 % après la deuxième application. Note : prudence chez les personnes allergiques aux chrysanthèmes et à l'herbe à poux.	• Ajouter de l'eau en petite quantité jusqu'à la formation de mousse. • Rincer à fond à l'eau claire. • Sécher les cheveux avec une serviette ou au séchoir. Déposer la serviette avec les articles à nettoyer. • Passer le peigne fin tous les jours. Note : Répéter 7 à 10 jours plus tard.

Mesures exceptionnelles • Myristate^{md} d'isopropyl (Resultz)	Ce traitement peut être administré aux personnes âgées de 4 ans et plus. Aucune mention d'utilisation de ce traitement chez les femmes enceintes n'est faite dans les recommandations de l'INSPQ (2008). Son mécanisme d'action est différent, il dissout la chitine qui recouvre l'exosquelette du pou, provoquant la déshydratation puis la mort du parasite. Le pouvoir ovicide (lentes) de ce produit n'est pas établi. Son efficacité pédiculicide est très variable, soit de 46 à 96 %. Ce dernier taux de réussite a été rapporté dans une étude où le peigne fin y a été employé pendant une durée de 10 minutes après l'application. Note : Ne pas utiliser près des yeux.	• Utiliser une serviette pour protéger les yeux. • Appliquer de 30 à 120 ml (selon la longueur des cheveux) du produit sur les cheveux secs et masser pour bien imbiber tous les cheveux, surtout à la nuque et derrière les oreilles. • Laisser reposer pendant 10 minutes (sans diluer). • Ajouter de l'eau en petite quantité jusqu'à la formation de mousse. • Rincer à fond à l'eau chaude et lavez-les si désirez. • Sécher les cheveux avec une serviette ou au séchoir. Déposer la serviette avec les articles à nettoyer. • Passer le peigne fin tous les jours. Note : Répéter 7 jours plus tard.
--	--	--

Référence :

- Avis de L'INSPQ du 1-3-2008 « Mise à jour de l'Institut national de santé publique du Québec concernant la thérapie pédiculicide » (voir document en annexe).
- Groupe de travail de la TCNMI (2002), « Liste des traitements spécifiques contre les poux de tête et modes d'utilisation suggérés par les Directions régionales de santé publique ».
- MSSS (juillet 2000), *Protocole d'intervention : La Pédiculose, Une nouvelle approche en santé publique pour le contrôle de la pédiculose de tête dans les écoles et dans les services de garde à l'enfance.*



Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière



Direction de santé publique et d'évaluation

Thérapie aux pédiculicides
Exécution de l'ordonnance collective par
« les infirmières (infirmiers) des CSSS oeuvrant en milieu scolaire »

Nom de la personne : _____

Téléphone : _____

Date de naissance : _____

Prescription	Posologie
☐ Permétrine 1 %	• Appliquer de 25 à 50 ml du produit sur les cheveux (qui ont été préalablement lavés et séchés à la serviette). Masser pour bien imbiber tous les cheveux, surtout à la nuque et derrière les oreilles. • Laisser reposer pendant 10 minutes. • Rincer à fond à l'eau claire. • Répéter 7 à 10 jours plus tard.
☐ Pyréthrinés et butoxyde de pipéronyle	• Appliquer de 25 à 50 ml du produit sur les cheveux secs et masser pour bien imbiber tous les cheveux, surtout à la nuque et derrière les oreilles. • Laisser reposer pendant 10 minutes (sans diluer). • Ajouter de l'eau en petite quantité jusqu'à la formation de mousse. • Rincer à fond à l'eau claire. • Répéter 7 à 10 jours plus tard.
☐ Myristate d'isopropyl (Resultz ^{md})	• Appliquer de 30 à 120 ml du produit sur les cheveux secs et masser pour bien imbiber tous les cheveux, surtout à la nuque et derrière les oreilles. • Laisser reposer pendant 10 minutes (sans diluer). • Ajouter de l'eau en petite quantité jusqu'à la formation de mousse. • Rincer à fond à l'eau chaude et lavez les cheveux si désirez. • Répéter 7 à 10 jours plus tard.

Remarque :

Signature de l'infirmière (infirmier) du CSSS oeuvrant en milieu scolaire

Nom du CSSS –CLSC

No de téléphone

Date

DSPE oct 08

Direction de santé publique
Septembre 2009

Page 123



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

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



information



formation



recherche



coopération
internationale

INTRODUCTION

La pédiculose est un problème commun chez les enfants de 3 à 12 ans. Le nombre d'infestations semble augmenter ainsi que les rapports sur le terrain de l'émergence d'une résistance aux pédiculicides conventionnels¹. Par ailleurs, depuis la publication du protocole d'intervention sur la pédiculose du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (juillet 2000) et de sa mise à jour (TCNMI, août 2002) des nouveaux pédiculicides ont été introduits et d'autres ont cessé d'être distribués. Devant ce contexte, l'Institut national de santé publique (INSPQ) a reçu la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses de faire une révision de la thérapie contre les poux de tête. Le présent document fait état de cette révision.

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

Québec

RÉVISION DE LA THÉRAPIE

Actuellement, le protocole d'intervention sur la pédiculose du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec² recommande en première ligne de traitement la perméthrine 1 % (Nix^{MD}, Kwellada-P^{MD}) et en deuxième ligne de traitement les pyréthrinés naturels synergisés par le butoxyde de pipéronyle (Pronto^{MD}, R&C^{MD}).

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

Les pyréthrinés naturels et synthétiques dérivent des fleurs de chrysanthèmes. Leur action pédiculicide est due à une modification du fonctionnement des canaux sodiques, retardant la polarisation de la membrane cellulaire, ce qui provoque la paralysie et la mort du pou. Le butoxyde de pipéronyle agit comme agent synergique. Les pyréthrinés naturels étaient très efficaces dans les années 80

lorsqu'elles ont été commercialisées, mais plusieurs études indiquent que leur efficacité diminue¹.

Lorsqu'elle a été commercialisée en 1986, la perméthrine démontrait un effet résiduel significatif qui lui permettait de détruire les poux et leurs lentes. L'efficacité était près de 95 % et aurait diminuée avec le temps. Les pyréthrinés sont très bien tolérés. Leur absorption percutanée est faible. Les effets indésirables sont rares et incluent irritation de la peau, rash, rougeur, enflure⁵.

En 2002, le protocole d'intervention sur la pédiculose recommandait l'emploi des pyréthrinés synergisés par le butoxyde de pipéronyle en première ligne de traitement chez la femme enceinte. Une étude prospective, comparative, publiée en 2005, portant sur le résultat de 113 grossesses chez des femmes traitées à la perméthrine à quelque trimestre de leur grossesse n'a pas démontré de différence significative sur le résultat de la grossesse versus un groupe contrôle⁶. Aucune autre étude semblable n'a été publiée concernant l'emploi des autres pédiculicides lors de la grossesse.

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

2. Ministère de la Santé et des services sociaux. *La pédiculose, protocole d'intervention*. Juillet 2000, 36 p.

3. Pollack RJ, Kiszewski A, Armstrong P, Hahn C, Wolfe N, Rahman HA, Laserson K, Telford SR III, Spielman A. Differential Permethrin Susceptibility of Head Lice Sampled in the United States and Borneo. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 1999;153:969-973.

4. Pollack RJ, Kiszewski A, Spielman A. Overdiagnosis and consequent mismanagement of head louse infestations in North America. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 2000; 19:689-693

5. Micromedex® Healthcare Series, (electronic version).

Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado, USA. Available at: <http://www.thomsonhc.com>.

6. Kennedy D, Hurst V, Konradsdottir E, et coll. « Pregnancy Outcome following exposure to permethrin and use of teratogen information. » *American Journal of Perinatology* 2005; 22(2):87-90.



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

Depuis 2006, le myristate d'isopropyl commercialisé sous le nom de Resultz^{MD} est disponible sur le marché canadien. Il s'agit d'un produit dont l'ingrédient fait partie de plusieurs produits cosmétiques et dermatologiques. Son mécanisme d'action diffère des pédiculicides traditionnels. Il dissout la chitine qui recouvre l'exosquelette du pou, provoquant la déshydratation puis la mort du parasite⁷. Il est peu probable qu'une résistance s'y développe. On doit l'appliquer sur les cheveux à deux reprises à sept jours d'intervalle comme pour les autres agents. L'efficacité du Resultz^{MC} repose sur deux études de phase II publiées⁸, sur des données d'« abstracts »⁹ et des données internes de la compagnie. Le pouvoir ovicide (lentes) de ce produit n'a pu être établi. Quant à son efficacité pédiculicide, elle est très variable, soit de 46 à 96 %. Ce dernier taux de réussite a été rapporté dans une étude réalisée chez 60 sujets avec groupe témoin. À différence de la plupart d'études, le peigne fin y a été employé pendant une durée de 10 minutes après les applications). Le devis de ces études et la méthodologie peu explicite font en sorte qu'il est difficile d'en établir la valeur thérapeutique du produit sur cette prémisse, le Conseil du médicament a rejeté son inscription à la liste des médicaments remboursé par la

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Le myristate d'isopropyl se compare aux pyréthrine quant à ses effets indésirables qui comprennent : éruption cutanée, picotement, sensation de brûlure, irritation et prurit du cuir chevelu, érythème^{4,5}. Pour le moment, il est indiqué au Canada pour le traitement des poux de tête chez les enfants de quatre ans et plus. Le myristate d'isopropyl (Resultz) n'a pas été étudié lors de grossesse ou allaitement. Le passage du peigne fin pour retirer les lentes serait à recommander lors de son utilisation.

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

RECOMMANDATION DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

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

7. « New over-the-counter head lice treatment : ResultzMC. » Pharmacist's Letter/Prescriber's Letter 2006; 22(9):220919.

8. Kaul N, Palma KG, Silagy SS, Goodman JJ et coll. « North American efficacy and safety of a novel pediculicide rinse, isopropyl myristate 50% (ResultzMC). » Journal of Cutaneous Medicine and Surgery 2007; 11(5):161-7.

9. Kaul N, Palma KG, Bergman JN et coll. « Evaluation of the comparative efficacy of 50% isopropyl myristate (IPM) vs two marketed pediculicides in a phase 2 clinical design. » Abstract présenté au 82nd Annual Canadian Dermatology Association Meeting June 29 – July 4th, 2007, Toronto, Canada.

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

AUTRES CONSIDÉRATIONS

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

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

Auteure

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

Révisé par :

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

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

N° de publication : 784

**Institut national
de santé publique**

Québec 

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

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

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

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

©Gouvernement du Québec (2008)

