
GUIDE D'INTERVENTION SUR LES MALADIES INFECTIEUSES EN MILIEU SCOLAIRE

Mai 2007

MEMBRES DU COMITÉ DE TRAVAIL

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

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

Collaboration spéciale:

Carole Fortin, médecin-conseil, DSP de la Montérégie, Santé au travail
Carole de Gagné, responsable du développement régional et des services complémentaires, Direction régionale de la Montérégie, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

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

Anne-Marie Clouâtre, agente de planification, programmation et recherche, DSP de la Montérégie
Ginette Clouâtre, assistante au supérieur immédiat Service Jeunesse-Adultes, CLSC Samuel de Champlain
Christiane Duval, directrice de l'administration des programmes communautaires, CLSC/CHSLD des Patriotes.
Jocelyne Pépin, coordonnatrice Enfance-Jeunesse, CLSC Jardin du Québec
Micheline Picard, inf., CLSC Seigneurie de Beauharnois
Stéphane Roy, médecin-conseil, DSP de la Montérégie (responsable du groupe de travail)
Dominique Tremblay, médecin-conseil, DSP de la Montérégie
Anne Vibien, médecin-conseil, microbiologiste-infectiologue, DSP de la Montérégie

Remerciements

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

Nous remercions également les infirmières des CSSS, qui ont œuvré dans le milieu scolaire depuis la parution du premier document et qui au cours des années, nous ont fait part de leurs questions, de leurs besoins et de leurs commentaires.

Enfin, un merci spécial pour l'excellente collaboration technique de mesdames Marie-Claude Guillette et Monique Levesque, agentes administratives à la DSP de la Montérégie.

AVANT-PROPOS

La révision de ce document a été réalisée grâce à la participation d'intervenants des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

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

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ANNEXES.....	iii
BUT	1
GÉNÉRALITÉS.....	1
CONFIDENTIALITÉ.....	2
1. RÔLES ET RESPONSABILITÉS.....	3
1.1 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PARENTS	3
1.2 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE LA DIRECTION D'ÉCOLE	4
1.3 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE LA COMMISSION SCOLAIRE.....	5
1.4 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU CSSS	5
1.5 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE.....	6
1.6 SIGNALEMENT	7
2. TRANSMISSION DE L'INFECTION, MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE.....	9
2.1 LA TRANSMISSION DE L'INFECTION.....	9
2.2 MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE	10
2.2.1 Mesures d'hygiène	10
2.2.1.1 Lavage des mains.....	10
2.2.1.2 Application de méthodes barrières.....	12
2.2.1.3 Hygiène respiratoire	13
2.2.1.4 Non-partage des objets personnels.....	13
2.2.2 Immunisation	13
2.2.3 Élimination des agents infectieux.....	14
2.2.3.1 Nettoyage et désinfection des objets et des surfaces de l'environnement.....	14
2.2.3.2 Manipulation sécuritaire des objets piquants ou tranchants.....	15
3. MALADIES TRANSMISSIBLES PAR LE SANG EN MILIEU SCOLAIRE.....	17
3.1 RISQUE D'INFECTION À LA SUITE D'UNE EXPOSITION SIGNIFICATIVE AU VHB, AU VHC OU AU VIH.....	18
3.1.1 Risque lors de blessures et accidents.....	18
3.1.2 Risque lors de morsures.....	18
3.1.3 Risque lors de partage de brosse à dents	20
3.1.4 Conduite recommandée lors d'une exposition au sang ou aux liquides biologiques.....	20
4. ANIMAUX ET MILIEU SCOLAIRE.....	21
4.1 PRÉSENCE D'ANIMAUX EN MILIEU SCOLAIRE	21
4.2 MORSURE, GRIFFURE, CONTACT AVEC LA SALIVE D'UN ANIMAL	21
4.3 EXPOSITION A UNE CHAUVE-SOURIS:	22

5.	FICHES DESCRIPTIVES SUR LES MALADIES INFECTIEUSES À L'INTENTION DES INFIRMIÈRES DU CSSS	23
5.1	DÉFINITIONS	23
5.2	MALADIES INFECTIEUSES	25
5.2.1	Conjonctivite	25
5.2.2	Coqueluche MADO	27
5.2.3	Diphtérie (respiratoire et cutanée) MADO	29
5.2.4	Érythème infectieux (5 ^e Maladie).....	31
5.2.5	Gale	33
5.2.6	Gastro-entérite.....	35
5.2.7	Giardiasis MADO	37
5.2.8	Hépatite virale A MADO.....	39
5.2.9	Hépatite virale B MADO.....	41
5.2.10	Hépatite virale C MADO.....	43
5.2.11	Herpès simplex labial (feu sauvage).....	45
5.2.12	Impétigo	47
5.2.13	Influenza (grippe).....	49
5.2.14	Maladie mains-pieds-bouche	51
5.2.15	Méningite bactérienne à méningocoque MADO.....	53
5.2.16	Méningite virale.....	55
5.2.17	Molluscum contagiosum.....	57
5.2.18	Mononucléose infectieuse	59
5.2.19	Oreillons MADO	61
5.2.20	Oxyurose (entérobiose).....	63
5.2.21	Pédiculose (poux).....	65
5.2.22	Pharyngite virale.....	67
5.2.23	Rhume.....	69
5.2.24	Rougeole MADO	71
5.2.25	Rubéole MADO.....	73
5.2.26	Scarlatine (pharyngite à Streptocoque du groupe A).....	75
5.2.27	Teigne : Tinea capitis (cuir chevelu), tinea corporis (corporelle), tinea pedis (des pieds ou pied d'athlète)	77
5.2.28	Tuberculose MADO	79
5.2.29	Varicelle (Picote).....	81
5.2.30	Verrue (vulgaire ou plane).....	83
5.2.31	VIH/SIDA.....	85
5.2.32	Zona.....	87
6.	RECOMMANDATIONS POUR LA DISTRIBUTION DES LETTRES	89
	BIBLIOGRAPHIE	91

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I	Lettres sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, version française et anglaise ❖ À l'intention des parents ❖ À l'intention du personnel
ANNEXE II	Liste des interventions de l'école selon les maladies infectieuses
ANNEXE III	Fiche de signalement d'une maladie infectieuse
ANNEXE IV	Liste des interventions du CSSS selon les maladies infectieuses Aide-mémoire de l'infirmière « Date d'intervention par classe selon les maladies infectieuses »
ANNEXE V	Évaluation de situations particulières Grille de collecte de données lors d'éclosions de gastro-entérite
ANNEXE VI	Listes des maladies à déclaration obligatoire (MADO) par le médecin et par le laboratoire
ANNEXE VII	Technique de lavage des mains
ANNEXE VIII	Affiche sur le lavage des mains (MAPAQ) Bon de commande pour les outils sur l'hygiène
ANNEXE IX	Désinfection des flûtes dans les écoles
ANNEXE X	Lettres types selon les maladies infectieuses - versions française et anglaise ❖ Coqueluche ❖ Érythème infectieux (5e maladie) ❖ Gale ❖ Impétigo ❖ Varicelle

BUT

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

GÉNÉRALITÉS

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

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

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

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

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

CONFIDENTIALITÉ

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

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

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

1. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

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

1.1 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PARENTS

Prévention

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

Signalement des infections

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

Intervention

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

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

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

1.2 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE LA DIRECTION D'ÉCOLE

Prévention

- ❖ La direction d'école s'assure de l'application du «*Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire*» et rend disponible le matériel nécessaire pour cette application.
- ❖ La direction d'école voit à la distribution aux parents, aux enseignants, au personnel non enseignant et au personnel de soutien d'une lettre sur les maladies infectieuses en milieu scolaire. (Annexe I)
- ❖ La direction d'école informe l'infirmière du CSSS, du nom des élèves, des enseignants, du personnel non enseignant et du personnel de soutien qui doivent être informés et pour quelle maladie ils doivent l'être, selon la recommandation de leur médecin, si présence dans l'école et ce, tout au long de l'année.
- ❖ La direction d'école s'assure que les fontaines, les lavabos, les distributeurs de savon et le matériel pour assécher les mains soient accessibles, propres et fonctionnels.
- ❖ La direction d'école s'assure de la propreté et de l'entretien régulier des locaux.
- ❖ Lorsque la direction d'école dispense un service d'alimentation (cafétéria, casse-croûte, traiteur), elle s'assure de respecter les normes de salubrité et collabore avec les services d'inspection des organismes municipaux et gouvernementaux.
- ❖ La direction d'école collabore avec l'infirmière du CSSS pour la mise en œuvre des séances de vaccination dans le cadre des programmes réguliers ou lors d'interventions de santé publique.

Signalement des infections

- ❖ Si la direction d'école soupçonne qu'un jeune est atteint d'une maladie infectieuse, elle doit en informer les parents et leur recommander de consulter un médecin.
- ❖ Pour tout cas de maladie infectieuse mentionnée à l'Annexe II chez un élève, un enseignant, un membre du personnel non enseignant ou de soutien, la direction d'école ou son répondant communiquera avec l'infirmière du CSSS. La communication doit se faire par téléphone ou par télécopieur le jour même pour les maladies suivantes : coqueluche, érythème infectieux, gale, hépatite A, impétigo, oreillons, rougeole, rubéole et varicelle afin de déterminer la conduite à tenir. La fiche de signalement à utiliser se retrouve à l'Annexe III.
- ❖ La direction d'école informe l'infirmière du CSSS lorsque le taux d'absence est anormalement élevé ou en présence d'une situation inhabituelle ou particulière.
- ❖ La direction d'école peut signaler au directeur de santé publique les situations où il existe une menace à la santé des personnes qui fréquentent cette école (article 94, Loi sur la santé publique (se référer à la sous-section 1.6, page 7)).

Intervention

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

1.3 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE LA COMMISSION SCOLAIRE

Prévention

- ❖ La commission scolaire recommande aux directeurs d'école de mettre en application le «*Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire*».

Intervention

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

1.4 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU CSSS

Prévention

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

Signalement des infections

- ❖ L'infirmière du CSSS prend connaissance de la fiche de signalement des maladies infectieuses que l'école lui envoie, complète l'information si nécessaire, fait l'analyse des données recueillies et applique les interventions recommandées selon les maladies (Annexe IV).
- ❖ Le signalement à la DSP se fait en utilisant de préférence la fiche de signalement de maladies infectieuses remplie par la direction d'école ou son répondant (Annexe III). (*Le signalement se fait en vertu de l'article 94 de la Loi sur la santé publique, voir la sous-section 1,6, signalement, page 7*).

- ❖ Suite au signalement d'une situation particulière par la direction d'une école, l'infirmière du CSSS évalue la situation après avoir recueilli toutes les informations nécessaires et contacte la DSP au besoin. (*Deux outils sont disponibles pour l'infirmière afin de documenter les situations ou signalement qui lui sont rapportés:* 1. *évaluation de situations particulières (annexe V),* 2. *grille de collecte de données lors d'une éclosion de gastro-entérite (annexe V)).*

Intervention

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

1.5 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Prévention

- ❖ La DSP fait la promotion du «*Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire*» auprès des commissions scolaires.
- ❖ La DSP rend le guide disponible aux CSSS et au milieu scolaire.
- ❖ La DSP fait connaître le guide aux médecins de la Montérégie.
- ❖ La DSP assure la mise à jour du guide.

Signalement des infections

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

Intervention

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

1.6 SIGNALLEMENT

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

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

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

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

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

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

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

2.1 LA TRANSMISSION DE L'INFECTION

Le processus de transmission d'une infection peut être comparé à une chaîne comportant trois maillons : un agent infectieux, un véhicule et un hôte susceptible. L'agent infectieux est un organisme (bactérie, virus, parasite ou champignon) capable de produire une infection ou une maladie. Le véhicule est la substance (eau, aliments, salive etc.) ou l'objet (jouet ou autre) qui sert d'intermédiaire dans la transmission de l'agent infectieux. Quant à l'hôte, c'est un humain ou un animal qui acquiert, transmet ou héberge l'agent infectieux. L'hôte peut être à la fois la personne qui est infectée et celle qui transmet l'agent.

L'agent infectieux a aussi besoin d'une porte d'entrée dans l'organisme, celle-ci peut être une plaie ou une muqueuse. Les muqueuses se retrouvent à différents endroits du corps : les yeux, l'appareil respiratoire (nez, bronches), digestif (bouche) et génito-urinaire (urètre, vagin).

L'organisme étant pourvu de moyens de défense, la présence de circonstances favorisantes est aussi nécessaire. La virulence ou la concentration de l'agent infectieux, la faible résistance de l'hôte, l'absence d'immunité naturelle ou acquise ou la présence de lésions sur la peau ou sur les muqueuses sont autant de circonstances favorisantes.

Plusieurs personnes ayant une maladie infectieuse présenteront des symptômes. D'autres personnes peuvent contracter la maladie et la transmettre sans en être affectées cliniquement.

Les modes de transmission des agents infectieux sont:

Transmission par contact

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

Transmission par gouttelettes

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

Transmission par voie aérienne

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

Transmission par vecteur

La transmission par vecteur désigne la transmission par des insectes vecteurs. Ex. : Virus du Nil Occidental (VNO).

Transmission par véhicule commun

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

2.2 MESURES DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE

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

2.2.1 Mesures d'hygiène

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

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

2.2.1.1 Lavage des mains

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

A) Circonstances où les mains doivent être lavées :

- ❖ Avant de préparer, de manipuler, de servir des aliments ou de manger ;
- ❖ Après être allé aux toilettes ;
- ❖ Avant et après avoir donné des soins ;
- ❖ Après avoir retiré les gants;

- ❖ Lorsque les mains sont visiblement souillées (ex. après avoir joué dehors) ;
- ❖ Après avoir été en contact avec un liquide biologique (sang, sécrétions nasales...) ;
- ❖ Après s'être mouché ou avoir aidé un enfant à se moucher ;
- ❖ Après avoir toussé ou éternué ;
- ❖ Après avoir touché un animal;
- ❖ Chaque fois qu'on le juge nécessaire.

B) Comment se laver les mains

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

Une affiche sur le lavage des mains se trouve à l'annexe VIII. Cette affiche est produite par le ministère de l'Agriculture, Pêcheries et Alimentation du Québec (MAPAQ). Elle peut être commandée en téléphonant au numéro 1 800 463-5023, par courriel à l'adresse suivante: dga.mapaq.gouv.qc.ca, ou par télécopieur (418) 380-2169. Le numéro de publication est: 06-0189.

Un bon de commande pour les affiches et le dépliant produits par l'Agence de santé et des services sociaux de la Montérégie est disponible à l'annexe VIII.

C) Utilisation d'eau et de savon

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

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

D) Utilisation des nettoyeurs sans eau (rinse-mains)

On retrouve maintenant en vente libre des solutions antiseptiques à base d'alcool qui s'utilisent sans eau. Elles se présentent généralement sous forme semi liquide ou en gel et contiennent un émollient qui les rend moins irritantes pour la peau. La concentration d'alcool généralement recommandée varie de 60 à 90 %.

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

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

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

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

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

2.2.1.2 Application de méthodes barrières

A) Le port de gants

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

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

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

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

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

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

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

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

B) Application de pansement sur les plaies

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

2.2.1.3 Hygiène respiratoire

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

Lors de toux ou d'éternuements :

- ❖ Couvrir le nez et la bouche avec un mouchoir de papier ou utiliser le haut de la manche, près de l'épaule lorsque des mouchoirs de papier ne sont pas disponibles,
- ❖ Déposer les mouchoirs de papier utilisés dans une poubelle,
- ❖ Se laver les mains.

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

2.2.1.4 Non-partage des objets personnels

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

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

2.2.2 Immunisation

L'immunisation permet de procurer au corps humain les moyens de se défendre contre une maladie, avant qu'elle ne survienne. C'est le moyen le plus efficace pour prévenir les maladies infectieuses pour lesquelles un vaccin existe. Au Québec, il est recommandé que les enfants reçoivent les vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, les oreillons, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b, la varicelle, les infections à pneumocoque et à méningocoque. De plus, une vaccination contre l'hépatite B est offerte en 4^e année et une mise à jour du carnet de vaccination est effectuée en troisième secondaire. Tous ces vaccins font partie du calendrier régulier de vaccination et sont gratuits.

2.2.3 Élimination des agents infectieux

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

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

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

Consignes de base sur les techniques de nettoyage et de désinfection

- ❖ Effectuer le nettoyage et la désinfection en commençant par les surfaces les moins souillées vers les surfaces les plus souillées.
- ❖ Enlever, le cas échéant, toutes les souillures avant d'effectuer le nettoyage et la désinfection. L'utilisation de produits dits nettoyants-désinfectants ne sont pas efficaces 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.

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

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

- ❖ Mettre des gants jetables à usage médical.
- ❖ Utiliser un papier essuie-tout pour éponger, mettre ensuite dans un sac, fermer celui-ci avant de le jeter.
- ❖ Laver les objets et les surfaces avec de l'eau savonneuse.
- ❖ Les désinfecter avec une solution d'eau de javel à une concentration de 1:10 (une partie d'eau de Javel à usage domestique à une concentration de 5 à 6 % pour neuf parties d'eau), laisser la solution agir de 2 à 3 minutes puis rincer à fond. La solution reste stable durant 24 heures.
- ❖ Les vêtements tachés de sang sont d'abord rincés à l'eau froide, puis lavés normalement à l'eau chaude savonneuse. En attendant qu'ils soient lavés, on doit les déposer dans un sac de plastique fermé.

2.2.3.2 Manipulation sécuritaire des objets piquants ou tranchants

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

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

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

Consignes pour le ramassage de seringues usagées

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

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

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

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

3. MALADIES TRANSMISSIBLES PAR LE SANG EN MILIEU SCOLAIRE

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

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

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

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

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

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

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

3.1 RISQUE D'INFECTION À LA SUITE D'UNE EXPOSITION SIGNIFICATIVE AU VHB, AU VHC OU AU VIH

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

Risque d'infection selon le type d'exposition pour le VHB, le VIH et le VHC

Type d'exposition	Personne source positive		
	Hépatite B (VHB)	VIH	Hépatite C (VHC)
Piqûre accidentelle	Risque estimé entre 1% et 31%	0,32 %	1,8 %
Morsure avec bris de peau	Rares cas	Aucun cas	Rares cas
Sang sur muqueuse	Risque moindre que piqûre accidentelle	0,03 %	Rares cas
Sang sur peau non saine	Risque moindre que piqûre accidentelle	Probablement moindre que 0,03 %	Aucun cas

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

3.1.1 Risque lors de blessures et accidents

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

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

3.1.2 Risque lors de morsures

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

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

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

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

A) Risque pour la personne mordue

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

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

B) Risque pour le mordeur

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

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

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

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

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

3.1.3 Risque lors de partage de brosse à dents

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

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

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

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

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

4. ANIMAUX ET MILIEU SCOLAIRE

4.1 PRÉSENCE D'ANIMAUX EN MILIEU SCOLAIRE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les comportements sécuritaires que doivent adopter les enfants sont:

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

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

- ❖ S'assurer que les enfants ne s'en approchent pas.
- ❖ **S'il y a eu morsure, griffure ou contact avec la salive de l'animal:**
 - Laver la plaie immédiatement à l'eau et au savon pendant au moins 10 minutes;
 - Aviser l'infirmière du CSSS 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 direction de santé publique. Elle fera également les recommandations pour une évaluation de la plaie;
 - Tenter de capturer l'animal ou d'obtenir les coordonnées du propriétaire de l'animal en cause, afin que celui-ci soit observé ou analysé pour vérifier la présence de rage animale.

4.3 EXPOSITION A UNE CHAUVÉ-SOURIS:

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1 DÉFINITIONS

Agent infectieux :	Un micro-organisme capable de produire une infection ou une maladie infectieuse (microbes, germes).
Anémie aplasique :	Forme d'anémie dans laquelle la moelle osseuse ne produit pas un nombre suffisant d'éléments sanguins.
Cas index :	Premier individu chez qui on a diagnostiqué une maladie contagieuse.
Contact :	Individu qui a été en relation avec une personne infectée ou un environnement contaminé, de telle sorte qu'il a eu l'occasion d'acquérir l'agent infectieux. Le type et la durée du contact nécessaire à la transmission d'une infection peut varier selon la maladie.
Écllosion :	Deux (2) cas ou plus d'une même maladie ayant un lien entre eux.
Immunosuppression :	Baisse de l'immunité qui amène une difficulté à se défendre contre une maladie infectieuse (causes : maladie, vieillesse, médicaments).
Létalité:	Risque de décès chez les personnes malades.
MADO :	« Maladie à déclaration obligatoire » selon le règlement d'application de la Loi sur la santé publique.
Mode de transmission :	Façon dont la maladie infectieuse se transmet d'une personne à l'autre dans la population.

<i>Période de contagiosité :</i>	Période pendant laquelle une personne peut transmettre l'infection.
<i>Période d'incubation :</i>	Intervalle entre l'exposition à un agent infectieux et l'apparition des premiers signes ou symptômes.
<i>Phase aiguë :</i>	Phase où la personne présente les symptômes.
<i>Porteur (sain) :</i>	Une personne ou un animal infecté sans symptôme ni signe clinique de la maladie qui est une source potentielle d'infection pour l'homme ou les animaux.
<i>Pratiques de base :</i>	Remplace le terme précautions universelles.
<i>Prophylaxie :</i>	Mesure ayant pour objet de prévenir le développement d'une maladie suite à un contact.
<i>Souche :</i>	Ensemble de bactéries issues d'une même colonie microbienne.
<i>Stridor :</i>	Bruit inspiratoire provenant du larynx.
<i>Sujet réceptif :</i>	Personne qui peut développer la maladie suite à une exposition.
<i>Valider :</i>	Vérifier l'exactitude des informations.

5.2 MALADIES INFECTIEUSES

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

5.2.1 Conjonctivite

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

5.2.2 Coqueluche

MADO

Définition	Infection aiguë des voies respiratoires causée par une bactérie (<i>Bordetella pertussis</i>), hautement contagieuse.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	En moyenne de 7 à 10 jours (5 à 21 jours).
Période de contagiosité	Si traitée, jusqu'à 5 jours après le début du traitement antibiotique. Si non traitée, jusqu'à 3 semaines après le début des quintes de toux, peut se prolonger jusqu'à 6 semaines chez les moins d'un an. Note : contagiosité maximale en phase catarrhale, soit la 1 ^{ère} phase avant le début des quintes de toux.
Durée de la maladie	6 semaines ou plus.
Mode de transmission	Par contact avec les sécrétions naso-pharyngées d'une personne infectée. Par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre de distance).
Tableau clinique	Phase catarrhale (durée de 1 à 2 semaines) : malaises, anorexie, rhinorrhée, toux, larmolement. Fièvre souvent absente ou minime. Phase paroxystique (durée de quelques semaines) : quintes de toux sévères souvent suivies d'un bruit inspiratoire caractéristique (chant du coq), de vomissements ou d'apnée. Phase de convalescence : résolution graduelle des symptômes.
Complication	Enfant : Otite, pneumonie (21,7 % des jeunes de moins d'un an), apnée, complications neurologiques telles que les convulsions (3 % des jeunes de moins d'un an) et les encéphalopathies (0,9 % des jeunes de moins d'un an). Adulte et adolescent : syncope, troubles du sommeil, incontinence, fractures de côtes et pneumonie. Risque de complications plus grand chez le nourrisson de moins de 1 an et chez l'adulte.
Particularité femme enceinte	La coqueluche n'entraîne pas de complication spécifique à la femme enceinte mais on peut penser que les symptômes seront particulièrement difficiles à supporter. Par contre, si la maladie est transmise au nouveau-né, cela pourrait être plus grave pour lui, c'est pour cette raison qu'il est recommandé une PPE pour une femme enceinte (37 sem.). Aucune transmission transplacentaire connue.

Diagnostic	Habituellement diagnostic clinique, confirmé par la culture ou recherche de la bactérie sur les sécrétions nasopharyngées.
Traitement	Spécifique : antibiotique per os. Le traitement du cas change rarement le cours de la maladie mais réduit le temps de contagiosité. De support : hydratation et traitement des symptômes respiratoires au besoin.
Pronostic	Décès possible : 1,3 % des nouveau-nés de moins de 1 mois et 0,3 % des jeunes enfants de 2 à 11 mois.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène. ▪ Programme d'immunisation pour toute la population. ▪ Vaccination complète efficace à 85 %. ▪ Lorsque le vaccin n'empêche pas la maladie, il réduit la gravité des symptômes et la fréquence des complications.
Recommandation	La DSP doit valider le cas. Lorsque le cas est validé : ▪ Intervention selon le protocole; ▪ Envoyer une lettre d'information aux parents de tous les élèves du même groupe de niveau primaire et secondaire s'il s'agit du premier cas dans le groupe. Une autre forme de communication pourrait être privilégiée au niveau secondaire afin d'informer les jeunes et leurs parents; ▪ Exclusion du cas durant la période de contagiosité.

5.2.3 Diphtérie (respiratoire et cutanée)

MADO

Définition	Infection causée par une bactérie (<i>Corynebacterium diphtheriae</i> ou bacille de Klebs Loeffler). Cette bactérie peut synthétiser une toxine puissante qui est responsable de la majorité des complications cliniques.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Forme respiratoire : habituellement de 2 à 7 jours, parfois plus. Forme cutanée : inconnue.
Période de contagiosité	Forme respiratoire : de 7 jours avant et jusqu'à 2 semaines après le début des symptômes. Forme cutanée : tant que le bacille est présent dans les écoulements ou les lésions. Si traité, 4 jours après le début du traitement pour les deux types d'infection.
Durée de la maladie	Variable.
Mode de transmission	Par contact : avec les sécrétions nasopharyngées d'une personne malade ou d'un porteur, ou avec des lésions cutanées des personnes infectées ou, rarement, par des objets souillés d'écoulements des lésions cutanées provenant des personnes infectées. Par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre de distance).
Tableau clinique	Plus souvent asymptomatique, surtout s'il s'agit de souches non productrices de toxine. Forme respiratoire : mal gorge, fièvre, dysphagie, membranes obstruant les voies respiratoires, adénopathies cervicales, stridor, dyspnée, toux et tirage. Forme cutanée : variable, peut ressembler à un impétigo ou à un ulcère.
Complication	Secondaire aux effets de la toxine : obstructions respiratoires, paralysie des nerfs moteurs et sensitifs crâniens et périphériques et myocardite. Décès : rare chez les individus bien immunisés.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique, sérologique et par culture.
Traitement	Spécifique : antitoxine diphtérique et antibiotique parentéral ou per os. De support : l'hospitalisation est nécessaire si symptomatique.
Pronostic	Varie selon la virulence du bacille, la localisation de la maladie, l'état d'immunité et la précocité du traitement. La mortalité se situe entre 3 et 23 %, pour la forme respiratoire.

Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène. ▪ Programme d'immunisation pour toute la population. ▪ Vaccination complète efficace à plus de 95 %.
Recommandation	La DSP doit valider le cas. Lorsque le cas est validé: ▪ Intervention selon le protocole. ▪ Exclusion durant la période de contagiosité.

5.2.4 Érythème infectieux (5^e Maladie)

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

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

5.2.5 Gale

Définition	Infection causée par la pénétration d'un arthropode (<i>Sarcoptes scabiei var hominis</i>) sous l'épiderme.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 2 à 6 semaines avant le début du prurit chez les personnes qui n'ont encore jamais été exposées. De 1 à 4 jours chez les personnes qui ont déjà été infectées.
Période de contagiosité	Durant toute la période d'incubation et jusqu'à ce que le traitement soit complété.
Durée de la maladie	Jusqu'à l'application d'un traitement efficace.
Mode de transmission	Par contact : de peau à peau prolongé avec une personne infectée (une simple poignée de mains ne suffit pas). Par contact: avec les effets personnels ou la literie fraîchement contaminés par les personnes infectées (possible mais peu important comme mode de transmission).
Tableau clinique	Vésicules, papules ou fins sillons qui sont plus évidents au niveau interdigital, sur les faces antérieures des poignets ou des coudes, aux plis axillaires antérieurs, aux cuisses, à l'abdomen et aux organes génitaux. Les fins sillons hébergent les femelles et les œufs. La gale épargne habituellement la tête, la paume des mains et la plante des pieds sauf chez le nourrisson. Démangeaisons intenses, surtout la nuit qui persistent même après un traitement efficace. Le prurit est secondaire à une réponse immunitaire et non au déplacement du parasite.
Complication	Surinfection des lésions, cellulite, lymphangite.
Particularité femme enceinte	Aucune, sauf pour le traitement.
Diagnostic	Habituellement diagnostic clinique et mise en évidence par grattage et parfois par biopsie.
Traitement	Scabicide topique prescrit par un médecin. Les personnes atteintes et tous les membres de leur famille et autres contacts significatifs doivent appliquer le traitement simultanément, qu'ils aient ou non des symptômes. En général il n'est pas nécessaire de répéter le traitement sauf si de nouvelles lésions apparaissent. Les nodules et démangeaisons peuvent persister plusieurs jours après le traitement et ne sont pas un signe d'échec du traitement.

Pronostic	Excellent.
Prévention	▪ S'assurer que les vêtements ou literie en contact direct avec une personne infectée dans les 7 jours précédant son traitement soient lavés à l'eau savonneuse très chaude (50OC) et séchés au cycle chaud. ▪ Les vêtements qui ne peuvent être lavés, tels les lainages et les manteaux seront placés dans un sac de plastique fermé hermétiquement pendant 7 jours ou nettoyés à sec. Aucune mesure particulière n'est requise pour les divans et les tapis, si ce n'est un nettoyage à l'aspirateur. Les planchers et surfaces horizontales seront lavés en ajoutant à l'eau de lavage un désinfectant couramment utilisé. ▪ Ne pas utiliser pendant 7 jours tous les onguents et crèmes (incluant les produits cosmétiques) qui auraient pu être contaminés par les mains 7 jours avant le début du traitement. ▪ Surveiller l'apparition des symptômes dans l'entourage.
Recommandation	Lorsque l'infirmière du CSSS a validé le cas auprès des parents : ▪ Envoyer une lettre d'information aux parents de tous les élèves du groupe lorsqu'il y a deux cas dans le même groupe de niveau primaire dans un intervalle de six semaines. ▪ Pour le niveau secondaire, il est préférable de cibler l'intervention le plus possible aux contacts étroits si deux cas sont diagnostiqués dans le même groupe dans un intervalle de six semaines. ▪ Exclusion jusqu'à ce que le traitement soit complété.

5.2.6 Gastro-entérite

Définition	Infection causée le plus souvent par un virus et occasionnellement par une bactérie.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Virale : de 24 à 48 heures. Autres : variable selon l'agent causal.
Période de contagiosité	Habituellement pendant la phase aiguë.
Durée de la maladie	Variable selon l'agent causal.
Mode de transmission	Par contact (fécal-oral) : avec des selles contaminées (mains, objets contaminés) ou ingestion de nourriture ou d'eau contaminées.
Tableau clinique	Nausées, vomissements, douleurs et crampes abdominales, diarrhée, fièvre légère, etc.
Complication	Déshydratation rapide chez les jeunes enfants.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Habituellement diagnostic clinique mais des cultures peuvent être disponibles et deviennent nécessaires dans un contexte d'éclosion.
Traitement	Spécifique : parfois antibiotique per os, si origine bactérienne avec atteinte de l'état général. De support : hydratation, diète liquide et reprise de l'alimentation solide progressivement selon la tolérance.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène.
Recommandation	Aucune exclusion sauf situation particulière ou manipulateur d'aliments : - Lors d'une éclosion de gastro-entérite, l'infirmière du CSSS doit documenter la situation et aviser la DSP.* - Exclure ou réaffecter les manipulateurs d'aliments malades jusqu'à 48 heures après la fin des symptômes.

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

5.2.7 Giardiase

MADO

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

5.2.8 Hépatite virale A

MADO

Définition	Infection du foie causée par le virus de l'hépatite A (VHA).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 15 à 50 jours, en moyenne de 28 jours.
Période de contagiosité	De 14 jours avant le début des symptômes et jusqu'à 7 jours après le début de l'ictère ou 14 jours après le début des symptômes en absence d'ictère.
Durée de la maladie	Environ 1 à 2 semaines, mais parfois la maladie est plus grave et peut se prolonger jusqu'à quelques mois.
Mode de transmission	Par contact (fécal-oral) : avec les selles d'une personne infectée (mains mal lavées, objets, aliments) ou par des aliments contaminés par de l'eau (ex : mollusques et crustacés). Peut aussi se transmettre lors de contacts sexuels ou usage de drogues contaminées.
Tableau clinique	Souvent asymptomatique : 70 % des enfants de moins de 6 ans sont asymptomatiques. Si symptomatique : début abrupt de fièvre, malaises généraux, céphalée, fatigue, arthralgie, anorexie, nausées, inconfort abdominal suivi après quelques jours de jaunisse, urine foncée ou selles pâles. La sévérité augmente avec l'âge.
Complication	Hépatite fulminante rare, surtout chez ceux avec une maladie hépatique sous-jacente. Aucun porteur chronique.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique et sérologique.
Traitement	Spécifique : aucun. De support : selon les symptômes.
Pronostic	Létalité de 0,1 % à 0,3 %. Les rares décès surviennent chez les patients chez qui la maladie a une évolution fulminante.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène. ▪ Vaccination préventive contre l'hépatite A. Efficacité de 95% à 100%. ▪ Vaccination contre l'hépatite A avec ou sans immunoglobulines en postexposition. ▪ La vaccination est efficace à 85% en post-exposition si administrée dans un délai de 7 jours.

Recommandation	La DSP doit valider le cas. Lorsque le cas est validé : ▪ Intervention selon protocole. ▪ Exclusion durant la période de contagiosité.
-----------------------	--

5.2.9 Hépatite virale B

MADO

Définition	Infection virale du foie causée par le virus de l'hépatite B (VHB).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 45 à 180 jours, en moyenne 60 à 90 jours (aussi court que 2 semaines, aussi long que 6 à 9 mois).
Période de contagiosité	Plusieurs semaines avant l'apparition des premiers symptômes, pendant la phase aiguë et jusqu'à la disparition de l'antigène HBs (HBsAg). Certains sujets deviennent porteurs chroniques (< 5 % des adultes).
Durée de la maladie	Quelques semaines (2-6 semaines) à plus de 6 mois (6 mois est la démarcation entre la phase aiguë et l'état de porteur).
Mode de transmission	Transmission par le sang d'une personne infectée. Contact percutané, muqueux ou peau non saine : exposition à du sang ou des liquides biologiques visiblement teintés de sang d'une personne infectée. Tatouage ou perçage dans des conditions où les mesures d'asepsie et de stérilisation ne sont pas adéquates. Partage de drogues, de matériel de préparation et d'absorption de drogues. Transmission transplacentaire ou périnatale : de la mère au bébé. Transmission sexuelle : avec une personne infectée. Note : La salive est considérée infectieuse dans le cas de morsure avec bris cutané ou lorsqu'elle est visiblement teintée de sang. Dans 27 % des cas au Canada, la source n'est pas identifiée.
Tableau clinique	Souvent asymptomatique (plus de 50%). Si symptomatique: fatigue, anorexie, malaises généraux, nausée, vomissements, fièvre, ictère (30%) , selles décolorées, urines foncées.
Complication	Hépatite fulminante (0.1% à 0.5% de ceux qui présentent un ictère). Le porteur chronique peut présenter les complications suivantes dans 15 à 25% des cas: hépatite chronique active, cirrhose et cancer du foie.
Particularité femme enceinte	La transmission transplacentaire (5%) et périnatale (de 10 à 90% selon la contagiosité de la mère) est possible. Voir prévention.
Diagnostic	Diagnostic clinique et sérologique.
Traitement	Spécifique : interféron efficace dans certains cas d'hépatite B chronique. De support : selon les symptômes.

Pronostic	En fonction des complications : guérison complète avec immunité chez plus de 95 % des adultes infectés, 70 % des jeunes de 1 à 5 ans infectés et seulement 10 % des nouveau-nés infectés. Note : En phase aiguë de la maladie, le décès peut survenir dans environ 1 % des cas.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène et les pratiques de base. ▪ Utiliser un condom lors de relations sexuelles. ▪ S'assurer que le tatouage et le perçage soient faits dans des conditions stériles. ▪ Insister sur l'importance de ne partager ni drogues, ni matériel de préparation ou de prise de drogues par injection ou inhalation et de toujours utiliser des seringues stériles. ▪ Dépistage systématique des femmes enceintes : ce dépistage des femmes enceintes est effectué pour identifier celles qui sont porteuses du virus de l'hépatite B; le cas échéant, le nouveau-né recevra des immunoglobulines et sera vacciné à la naissance. ▪ Dépistage des personnes présentant des facteurs de risque selon le «<i>Guide québécois de dépistage, infections transmises sexuellement et par le sang</i>». ▪ Vaccination préventive contre l'hépatite B. Efficacité de plus de 95 %. ▪ Pour les porteurs chroniques du virus de l'hépatite B, la vaccination contre l'hépatite A est recommandée et fait partie du programme provincial gratuit. ▪ Prophylaxie postexposition : administration d'immunoglobulines humaines anti-hépatite B (HBIG) et vaccination selon les indications du PIQ (<i>Protocole d'immunisation du Québec</i>).
Recommandation	▪ Aucune exclusion.

5.2.10 Hépatite virale C**MADO**

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

Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène et les pratiques de base. ▪ Utilisation du condom. ▪ Insister sur l'importance de ne partager ni drogues, ni matériel de préparation ou de prise de drogues par injection ou inhalation et de toujours utiliser des seringues stériles. ▪ S'assurer que le tatouage et le perçage soient faits dans des conditions stériles. ▪ Aucun vaccin disponible. ▪ Aucune preuve d'efficacité des immunoglobulines en postexposition. ▪ Pour les porteurs du virus de l'hépatite C, la vaccination contre les hépatites A et B est recommandée et fait partie du programme provincial gratuit.
Recommandation	▪ Aucune exclusion.

5.2.11 Herpès simplex labial (feu sauvage)

Définition	Infection cutanée et muqueuse causée par le virus de l'herpès simplex (VHS).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Variable de 2 jours à 2 semaines.
Période de contagiosité	Primo-infection : de 1 à plusieurs semaines après le début des symptômes. Récurrence : de 1 à 5 jours après le début des symptômes.
Durée de la maladie	Primo-infection : de 10 à 14 jours. Récurrence : moins d'une semaine.
Mode de transmission	Par contact: avec les lésions ou la salive d'une personne infectée ou avec des objets contaminés.
Tableau clinique	Infection primaire : peut être asymptomatique surtout chez les jeunes. Si symptomatique : fièvre, rougeur et ulcères aux gencives et muqueuse buccale, difficulté à s'alimenter, adénopathies cervicales. Récurrence : vésicules à la région péri-buccale (feu sauvage) pouvant être provoquées par la fièvre, une infection, un stress, une exposition au soleil, au froid, les menstruations etc. Les récurrences sont fréquentes.
Complication	Déshydratation, eczéma herpétiforme, impétigo, kératoconjonctivite herpétique, méningo-encéphalite. L'infection est plus sévère chez les personnes immunosupprimées.
Particularité femme enceinte	Aucune pour l'atteinte buccale.
Diagnostic	Habituellement diagnostic clinique.
Traitement	Spécifique : antiviraux surtout pour l'hôte immunosupprimé. De support : antipyrétique (acétaminophène) et analgésique au besoin, agents topiques disponibles en pharmacie, diète molle non irritante.
Pronostic	Bon. Les jeunes immunosupprimés ou ceux souffrant d'eczéma sont plus à risque d'une infection sévère.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène.
Recommandation	▪ Aucune exclusion.

5.2.12 Impétigo

Définition	Infection cutanée causée par du staphylocoque ou du streptocoque du groupe A.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Variable, habituellement de 1 à 10 jours.
Période de contagiosité	Jusqu'à la guérison des lésions ou jusqu'à 24 heures après le début du traitement par antibiotique.
Durée de la maladie	Variable, rarement plus de 7 jours avec un traitement adéquat.
Mode de transmission	Par contact : avec des sécrétions naso-pharyngées d'une personne infectée ou une lésion purulente ou avec des objets contaminés. Par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre de distance). Note : 30 à 40 % des gens hébergent des staphylocoques au niveau des fosses nasales. L'auto-contamination est responsable d'au moins 1/3 des infections.
Tableau clinique	Les lésions cutanées (purulentes et croûtées) peuvent être localisées et discrètes ou s'étendre et couvrir une grande surface, le plus souvent au pourtour du nez et de la bouche mais peuvent aussi se retrouver ailleurs sur le corps. Occasionnellement, de la fièvre, des malaises, une céphalée ou de l'anorexie.
Complication	Cellulite, endocardite, glomérulonéphrite ou autres complications bactériémiques.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Habituellement diagnostic clinique mais la culture du nez, de la gorge ou des écoulements purulents peut être faite au besoin.
Traitement	Spécifique : pour les infections localisées de la peau, antibiotique topique prescrit par le médecin. L'administration d'antibiotiques per os n'est indiquée que si l'infection s'étend de façon marquée. De support : lavage des lésions avec de l'eau et un savon antiseptique, compresses humides pour décroûter et soulager le prurit.
Pronostic	Très bon. Guérison généralement sans cicatrice.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène. ▪ Traitement rapide des cas initiaux chez les jeunes et dans les familles.

Recommandation	Lorsque l'infirmière du CSSS a validé le cas auprès des parents : ▪ Envoyer une lettre d'information aux parents de tous les élèves du même groupe lorsqu'il y a deux cas dans le même groupe de niveau primaire dans un intervalle de 10 jours. ▪ Aucune intervention au niveau secondaire. ▪ Recouvrir les lésions avec un pansement lorsque possible. ▪ Aucune exclusion.
-----------------------	---

5.2.13 Influenza (grippe)

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

<i>Pronostic</i>	Morbidité et mortalité élevées chez les personnes âgées et chez celles qui sont affaiblies par des maladies chroniques cardiaques, respiratoires, rénales ou métaboliques. Morbidité élevée pour les 6 à 23 mois.
<i>Prévention</i>	▪ Renforcer les mesures d'hygiène. ▪ Vaccination annuelle (Programme d'immunisation gratuite pour certains groupes cibles; voir «<i>Protocole d'immunisation du Québec</i>»). ▪ Antiviraux pour certains groupes ou personnes en postexposition.
<i>Recommandation</i>	▪ Aucune exclusion.

5.2.14 Maladie mains-pieds-bouche

Définition	Infection causée par des entérovirus, plus particulièrement par le virus Coxsackie A16.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 3 à 6 jours.
Période de contagiosité	Durant la phase aiguë de la maladie, mais le virus peut être excrété dans les selles pendant 8 à 12 semaines.
Durée de la maladie	Guérison spontanée en une semaine environ.
Mode de transmission	Par contact : avec les sécrétions nasopharyngées ou les selles d'une personne infectée ou avec des objets contaminés par les sécrétions ou les selles. Par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre de distance).
Tableau clinique	Ulcérations arrondies et superficielles, douloureuses, localisées à la partie antérieure de la bouche. Vésicules de nombre et de taille variables surtout localisées aux faces dorsales et 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.
Complication	Méningite, myocardite, syndrome poliomyélitique. Les complications sont rares.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic essentiellement clinique.
Traitement	Spécifique : aucun. De support : antipyrétique et analgésique (acétaminophène) au besoin et éviter les aliments et liquides acides à cause des lésions buccales douloureuses.
Pronostic	Excellent.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène.
Recommandation	▪ Aucune exclusion.

5.2.15 Méningite bactérienne à méningocoque**MADO**

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

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

5.2.16 Méningite virale

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

5.2.17 Molluscum contagiosum

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

5.2.18 Mononucléose infectieuse

Définition	Infection causée par un virus (Epstein-Barr virus - EBV).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 28 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. Portage chronique chez 10 à 15 % des adultes.
Durée de la maladie	Une à deux semaines habituellement. La fatigue peut persister quelques semaines.
Mode de transmission	Par contact : avec la salive d'une personne infectée ou avec des objets contaminés par la salive (ex. : verres). Occasionnellement relié à des transfusions sanguines.
Tableau clinique	Fièvre, mal de gorge avec souvent des exsudats importants, adénopathies, atteinte du foie et de la rate, fatigue, perte d'appétit, rougeurs sur le corps dans certains cas (surtout si traitement avec pénicilline). Parfois peu ou pas symptomatique. Note : plus sérieux chez l'adolescent.
Complication	Obstruction respiratoire, méningite, encéphalite, myélite, névrite optique, rupture de la rate, anémie, syndrome de Guillain et Barré, thrombocytopénie, agranulocytose, orchite, myocardite.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique avec formule sanguine et monostest.
Traitement	Spécifique : aucun. De support : antipyrétique (acétaminophène) si fièvre, repos, diète légère. Note : si la rate est augmentée de volume, éviter les sports de contact selon recommandations du médecin.
Pronostic	Bon.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène.
Recommandation	▪ Aucune exclusion.

5.2.19 Oreillons

MADO

Définition	Infection causée par le virus des oreillons de la famille des Paramyxovirus, qui se manifeste le plus souvent par une parotidite.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 12 à 25 jours, en moyenne 16 à 18 jours.
Période de contagiosité	De 7 jours avant et jusqu'à 9 jours après l'apparition du gonflement. Contagiosité maximale de 48 heures avant et jusqu'à 5 jours après le début du gonflement.
Durée de la maladie	De 3 à 10 jours.
Mode de transmission	Par contact: avec la salive d'une personne infectée. Par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre de distance).
Tableau clinique	Souvent asymptomatique (30 %). Fièvre, malaises, anorexie, myalgies, céphalée, gonflement parotidien unilatéral ou bilatéral en 2 ou 3 jours; peut durer jusqu'à 9 jours. Parfois, atteinte des glandes sublinguales ou sous-maxillaires (10 %). Note : surtout en hiver et au printemps.
Complication	Les plus fréquentes : Méningite clinique (10 à 30 % des cas) généralement sans séquelle. Après la puberté : orchite (jusqu'à 50 % des cas), ovarite (5 % des cas). Stérilité rare. Aussi possible (mais rare) : Névrite, arthrite, mastite, pancréatite, surdité, thyroïdite, encéphalite, péricardite, néphrite, myélite transverse, thrombocytopénie. Mortalité rare 1,6 à 3,83/10 000.
Particularité femme enceinte	La femme enceinte qui est au premier trimestre et qui contracte la maladie risque davantage de faire un avortement spontané. Aucune malformation congénitale n'a été rapportée.
Diagnostic	Diagnostic clinique, sérologique et par culture.
Traitement	Spécifique : aucun. De support : diète molle sans fruit citrin, analgésiques et antipyrétiques au besoin, compresses chaudes ou froides localement.
Pronostic	Excellent sauf dans les cas de méningo-encéphalite où 1,4 % de décès sont rapportés.

	Note : La maladie est plus grave chez l'adulte.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène. ▪ Programme d'immunisation à 12 mois pour toute la population. ▪ Vaccination complète efficace à 95 %. ▪ Le vaccin administré après une exposition à la maladie ne protège pas les sujets contacts mais peut être donné, si indiqué, pour protéger d'une exposition subséquente. ▪ Les immunoglobulines ne sont pas efficaces en post-exposition.
Recommandation	Le DSP doit valider le cas. Lorsque le cas est validé : ▪ Intervention selon le protocole. ▪ Exclusion durant la période de contagiosité.

5.2.20 Oxyurose (entérobiase)

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

5.2.21 Pédiculose (poux)

Définition	Infestation parasitaire des régions pileuses du corps : pou de tête (<i>Pediculus humanus capitis</i>), pou de corps (<i>Pediculus humanus corporis</i>), pou du pubis (<i>Phthirus pubis</i>). Nous ne traiterons que des poux de tête.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Environ 10 jours. Les œufs (lentes) prendront entre 4 et 10 jours avant d'éclore et les poux atteignent leur maturité après environ 2 semaines.
Période de contagiosité	Tant que les poux et les lentes demeurent vivants sur la personne infestée ou sur ses effets personnels contaminés. Note : les poux peuvent survivre 24 heures en dehors du corps humain.
Durée de la maladie	Tant qu'un traitement efficace n'a pas été appliqué.
Mode de transmission	Par contact direct : avec une personne infectée (tête à tête). Par contact indirect : avec les effets personnels d'une personne infectée (brosse à cheveux, peignes, barrettes, chapeaux, etc.). Semble jouer un rôle secondaire dans la transmission.
Tableau clinique	Démangeaison et excoriation du cuir chevelu, présence de lentes collées à la racine des cheveux, derrière les oreilles et à l'occiput, parfois dans les sourcils les cils ou les oreilles. Les poux sont occasionnellement visibles à l'œil nu.
Complication	Surinfection secondaire des lésions de grattage pouvant entraîner parfois une adénite cervicale.
Particularité femme enceinte	Aucune, si ce n'est des précautions pour le traitement.
Diagnostic	Diagnostic clinique (plus facile avec une loupe).
Traitement	Se référer au « <i>Protocole provincial d'intervention sur la pédiculose</i> ».
Pronostic	Excellent.
Prévention	▪ Sensibilisation et éducation des parents et du personnel éducateur à la détection précoce des poux et des lentes et à l'application rigoureuse des mesures de contrôle. ▪ Renforcer les mesures d'hygiène : ne pas partager les peignes, brosses à cheveux, chapeaux et casquettes.
Recommandation	▪ Se référer au «<i>Protocole d'intervention sur la pédiculose</i>».

5.2.22 Pharyngite virale

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

5.2.23 Rhume

Définition	Infection aiguë des voies respiratoires causée par un virus (ex. : adénovirus, rhinovirus, etc.).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 12 heures à 5 jours (48 heures en moyenne).
Période de contagiosité	De 24 heures avant et jusqu'à 5 jours après le début des symptômes.
Durée de la maladie	De 2 à 10 jours.
Mode de transmission	Par contact: avec des sécrétions nasopharyngées contaminées ou des objets contaminés par ces sécrétions. Par gouttelettes: avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre).
Tableau clinique	Écoulement nasal, larmolement, éternuements, irritation de la gorge, frissons, maux généraux et rarement de la fièvre.
Complication	Sinusite, otite moyenne, bronchite, laryngite, trachéite, rarement pneumonie. Peut occasionner une crise d'asthme chez les jeunes asthmatiques.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique.
Traitement	Spécifique : aucun. De support : hydratation, humidité, solution saline, antipyrétique (acétaminophène) si fièvre, etc.
Pronostic	Excellent.
Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène.
Recommandation	▪ Aucune exclusion.

5.2.24 Rougeole

MADO

Définition	Infection aiguë très contagieuse causée par un virus de la famille des paramyxovirus (virus de la rougeole).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 7 à 14 jours. L'intervalle moyen entre l'exposition et l'éruption est de 14 jours.
Période de contagiosité	De 4 jours avant et jusqu'à 4 jours après l'apparition de l'éruption. Contagiosité maximale juste avant l'apparition de l'éruption.
Durée de la maladie	De 7 à 10 jours.
Mode de transmission	Par voie aérienne : propagation dans l'air du virus et transmission à distance. Par contact: avec les sécrétions nasopharyngées d'une personne infectée ou plus rarement avec des objets contaminés par ces sécrétions nasopharyngées. Par gouttelettes: avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre). Note : se transmet très facilement.
Tableau clinique	Atteinte de l'état général, fièvre, toux, coryza, conjonctivite avec larmoiement excessif et photophobie, pharyngite, présence du signe de Koplik (lésion typique de la muqueuse buccale). Éruption maculo-papulaire généralisée (durée 4 à 7 jours). Note : surtout en hiver et au début du printemps.
Complication	Otite moyenne (5 à 9 % des cas), infection pulmonaire (1 à 5 % des cas), encéphalite (1/1 000 cas). Complications gastro-intestinales : gastro-entérite, hépatite, appendicite, iléo colite et adénite mésentérique. Pan-encéphalite subaiguë sclérosante (1/100 000) (maladie neurologique grave survenant plusieurs années après la maladie). Décès : 1/3 000. Généralement plus sévère chez les nourrissons, les adultes et les personnes immunosupprimées.
Particularité femme enceinte	La femme enceinte atteinte de rougeole peut présenter une forme plus sévère de la maladie. Risque plus élevé d'avortement spontané et de prématurité.
Diagnostic	Diagnostic clinique, sérologique et isolement du virus.
Traitement	Spécifique : aucun. De support : antipyrétique (acétaminophène) si fièvre, suppléments de vitamine A dans certaines circonstances.

<i>Pronostic</i>	Létalité : 1 cas sur 3 000.
<i>Prévention</i>	▪ Renforcer les mesures d'hygiène. ▪ Programme d'immunisation à 12 mois pour toute la population (2 doses): vaccination efficace entre 85 et 95 % avec une dose et à près de 100 % si deux doses reçues. ▪ Les immunoglobulines sont recommandées après un contact dans certains cas (voir le «<i>Protocole d'immunisation du Québec</i>»).
<i>Recommandation</i>	La DSP doit valider le cas. Lorsque le cas est validé: ▪ Intervention selon le protocole. ▪ Exclusion durant la période de contagiosité.

5.2.25 Rubéole**MADO**

Définition	Infection causée par le virus de la rubéole, un rubivirus de la famille des togavirus.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 16 à 18 jours en moyenne (14 à 23 jours).
Période de contagiosité	De 7 jours avant et jusqu'à 7 jours après le début de l'éruption. Peut persister jusqu'à un an chez le nouveau-né atteint de rubéole congénitale.
Durée de la maladie	Environ 7 jours.
Mode de transmission	Par contact avec les sécrétions nasopharyngées des personnes infectées Par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre de distance). Transplacentaire : de la mère au bébé. Par contact : avec les sécrétions corporelles d'un enfant atteint de rubéole congénitale. Note : dans la rubéole congénitale, toutes les sécrétions corporelles peuvent être contaminées incluant l'urine et les selles.
Tableau clinique	Infection acquise : asymptomatique 25-50 %. Si symptômes : fièvre légère, adénopathies (surtout suboccipitales, rétro-auriculaires et cervicales), éruption maculo-papulaire discrète peu caractéristique débutant au visage et progressant vers le corps, arthrite ou arthralgie (surtout chez les femmes). Note : surtout en hiver et au printemps.
Complication	Hémorragie secondaire à une thrombocytopénie ou une vasculite (1/3 000). Rarement encéphalite (1/5 000).
Particularité femme enceinte	Une femme enceinte atteinte de rubéole peut transmettre l'infection à son enfant. Le risque qu'il développe une rubéole congénitale est particulièrement élevé si l'infection survient lors du premier trimestre. Il pourra présenter : surdité, déficience intellectuelle, malformations cardiaques et anomalies oculaires. Avortement spontané aussi possible.
Diagnostic	Diagnostic clinique, sérologique et isolement du virus.
Traitement	Spécifique : aucun. De support : antipyrétique (acétaminophène) si fièvre.
Pronostic	Bon (sauf pour la rubéole congénitale).

Prévention	▪ Renforcer les mesures d'hygiène. ▪ Programme d'immunisation à 12 mois pour toute la population : vaccination efficace à 95 % après 1 dose. ▪ Offrir le vaccin aux adolescentes et aux jeunes femmes réceptives en âge de procréer.
Recommandation	La DSP doit valider le cas. Lorsque le cas est validé: ▪ Intervention selon le protocole. ▪ Exclusion durant la période de contagiosité.

5.2.26 Scarlatine (pharyngite à *Streptocoque* du groupe A)

Définition	Infection de la gorge causée par le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A produisant parfois une toxine érythrogénique (scarlatine).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 2 à 5 jours, rarement plus longue.
Période de contagiosité	Si traitée : jusqu'à 24 heures après le début du traitement. Si non traitée : habituellement 10 à 21 jours mais on peut devenir porteur pour une période variable.
Durée de la maladie	Rarement plus de 7 jours.
Mode de transmission	Par gouttelettes: avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées ou porteuses, lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre). Rarement par ingestion d'aliments contaminés, tels que le lait ou des œufs.
Tableau clinique	Fièvre élevée, mal de gorge, pharyngite ou amygdalite avec ou sans exsudats, atteinte de l'état général, nausées, vomissements, langue framboisée, adénopathies cervicales et érythème fin atteignant le cou, le corps, l'intérieur des cuisses et particulièrement les plis des aisselles, des coudes et des aines, blanchissant sous la pression et donnant au toucher une impression de papier sablé. L'éruption diminue en une semaine. Il peut y avoir desquamation.
Complication	Le rhumatisme articulaire aigu et la glomérulonéphrite aiguë si non traitée.
Particularité femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique et détection de la bactérie par culture ou par un test rapide d'identification du streptocoque dans la gorge.
Traitement	Spécifique : antibiotique prescrit par le médecin. De support : hydratation, antipyrétique (acétaminophène), si fièvre.
Pronostic	Bon, en général.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène.
Recommandation	Aucune exclusion.

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

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

Prévention	▪ Teigne cuir chevelu : ne pas partager les objets personnels tels que brosses, peignes etc. ▪ Teigne corporelle : recouvrir les lésions, si possible. ▪ Teigne des pieds: éviter de marcher pieds nus dans les endroits publics (piscine, douche, gymnase).
Recommandation	▪ Aucune exclusion.

5.2.28 Tuberculose

MADO

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

5.2.29 Varicelle (Picote)

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

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

5.2.30 Verrue (vulgaire ou plane)

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

5.2.31 VIH/SIDA

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

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

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

6. RECOMMANDATIONS POUR LA DISTRIBUTION DES LETTRES

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

Des lettres types en français et en anglais pour les maladies infectieuses suivantes : coqueluche, érythème infectieux, gale, impétigo et varicelle sont disponibles à l'Annexe X.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Gale :** Dès qu'il y a deux cas validés par l'infirmière du CSSS auprès des parents dans un même groupe de niveau primaire dans un intervalle de six semaines. Pour le niveau secondaire, il est préférable de cibler l'intervention le plus possible aux contacts étroits lorsque deux cas sont diagnostiqués dans un intervalle de six semaines.
- Impétigo :** Dès qu'il y a deux cas validés par l'infirmière du CSSS auprès des parents dans un même groupe de niveau primaire dans un intervalle de 10 jours. Aucune intervention au niveau secondaire.
- Rubéole :** Dès qu'il y a un cas validé par la DSP dans un groupe de niveau primaire et secondaire (lettre fournie par la DSP lors de l'épisode).

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

- Rougeole :** Dès qu'il y a un cas validé par la DSP dans l'école de niveau primaire et secondaire (lettre fournie par la DSP lors de l'épisode).
- Varicelle :** Dès qu'il y a un cas validé par le CSSS auprès des parents dans un groupe de niveau primaire et secondaire. Une autre forme de communication pourrait être privilégiée au niveau secondaire afin d'informer les jeunes et leurs parents.

Informations supplémentaires concernant la validation des cas et l'intervention

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

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde. *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance, Guide d'intervention d'intervention*, Les Publications du Québec, 2002.

Direction de santé publique du Saguenay-Lac Saint-Jean, *Protocole de contrôle des maladies contagieuses en milieu scolaire*, version 2003.

Direction de santé publique de Laval, *Prévention et contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire*, mise à jour 2004.

Direction de santé publique de l'Outaouais, *Protocole d'intervention en maladies infectieuses*, mise à jour 2002.

Direction de santé publique de la Montérégie, *Avis aux commissions scolaires de la Montérégie. Recommandations régionales concernant les risques biologiques en milieu scolaire et préscolaire et la travailleuse enceinte*. Table régionale de concertation des médecins désignés de la Montérégie, *Pour une maternité sans danger*, sept. 2002.

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

Direction de santé publique de la Montérégie. *Problèmes de santé associés à la présence d'animaux en milieu scolaire*, février 1997.

Gouvernement du Québec. *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004.

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

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

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

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

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

Loi sur la santé publique, L.R.Q., 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.

Lettres sur les maladies infectieuses en milieu scolaire

Versions française et anglaise

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

Date : _____

AUX PARENTS

OBJET : LES MALADIES INFECTIEUSES EN MILIEU SCOLAIRE

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

AVISER L'ÉCOLE !

- ♦ Si votre enfant est malade, vous devez aviser l'école de son absence. Si vous allez chez le médecin, demandez-lui si votre enfant a une maladie contagieuse; si tel est le cas, en aviser l'école (voir la liste des maladies à signaler au verso). L'infirmière du CSSS en sera informée et, si nécessaire, vous contactera pour avoir plus de renseignements et répondre à vos questions.
- ♦ L'enfant malade devrait rester à la maison jusqu'à ce qu'il soit capable de suivre les activités scolaires. Pour certaines maladies contagieuses, un délai pour le retour à l'école pourrait être indiqué jusqu'à la fin de la période de contagiosité.
- ♦ Si votre enfant présente une condition médicale particulière comme par exemple l'immunosuppression, demandez à votre médecin quelles sont les maladies contagieuses qui sont à risque pour lui et en aviser la direction de l'école. L'infirmière du CSSS en sera informée et pourra vous prévenir si des cas de ces maladies surviennent à l'école.

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

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

- ♦ Votre enfant devrait avoir reçu les vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, les oreillons, l'*Haemophilus influenzae* de type B et la varicelle (s'il n'a pas déjà eu la maladie). Les enfants de la 4^e année du primaire, devraient avoir reçu aussi le vaccin contre l'hépatite B. En cas de doute, vous pouvez consulter votre CSSS ou votre médecin traitant pour compléter la vaccination de votre enfant.
- ♦ Pour certains jeunes atteints de maladies particulières, d'autres vaccins peuvent être indiqués. Consultez votre médecin ou votre CSSS.
- ♦ Les mesures d'hygiène sont également nécessaires pour prévenir la transmission des maladies contagieuses. Se laver les mains, utiliser un mouchoir de papier lors de toux ou d'éternuements, éviter de partager des objets personnels, couvrir les plaies d'un pansement, prendre les mesures pour éviter le contact avec le sang d'une autre personne. Ce sont des actions simples et efficaces pour tous.

Merci de votre collaboration.

Infirmière du CSSS

Direction de l'école

Source: *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007*

.../2

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

- ♦ Coqueluche
- ♦ Érythème infectieux (5^e maladie)
- ♦ Gale
- ♦ Hépatite A
- ♦ Impétigo
- ♦ Oreillons
- ♦ Pédiculose (poux)
- ♦ Rougeole
- ♦ Rubéole
- ♦ Varicelle (picote)

Date: _____

TO PARENTS

RE.: INFECTIOUS DISEASES IN THE SCHOOLS

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

INFORM THE SCHOOL!

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

VACCINATION AND HYGIENE: THE BEST MEANS OF PREVENTION

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

- ◆ Your child should have received vaccines against diphtheria, pertussis (whooping cough), tetanus, poliomyelitis, measles, German measles, mumps, *Haemophilus influenzae* type B and chickenpox (if he has not already had this disease). Children in 4th grade in elementary school should also have received the vaccine against hepatitis B. If you are unsure, consult your CSSS or your family doctor so that you can complete your child's vaccinations if necessary.
- ◆ Children who suffer from certain diseases may require other vaccines. Consult your doctor or your CSSS.

Hygiene measures are also necessary to prevent the spread of contagious diseases. Wash your hands, use a paper tissue when coughing or sneezing, avoid sharing personal objects, cover wounds with a dressing and take measures to avoid contact with blood from another person. These are simple and effective actions that everyone can take.

Thank you for your cooperation,

CSSS Nurse

School Administration

Source: *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007.*

LIST OF DISEASES TO BE REPORTED
TO THE SCHOOL ADMINISTRATION

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

Date : _____

AU PERSONNEL ENSEIGNANT
AU PERSONNEL NON ENSEIGNANT
AU PERSONNEL DE SOUTIEN

OBJET : MALADIES INFECTIEUSES EN MILIEU SCOLAIRE

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

LA VACCINATION, ÇA VOUS CONCERNE

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

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

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

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

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

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

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

Merci de votre collaboration.

Infirmière du CSSS

Direction de l'école

Source: *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007*

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

- ♦ Coqueluche
- ♦ Érythème infectieux (5e maladie)
- ♦ Gale
- ♦ Hépatite A
- ♦ Impétigo
- ♦ Oreillons
- ♦ Pédiculose (poux)
- ♦ Rougeole
- ♦ Rubéole
- ♦ Varicelle (picote)

Date: _____

TO TEACHING STAFF
TO NON-TEACHING STAFF
TO SUPPORT STAFF

RE.: INFECTIOUS DISEASES IN THE SCHOOLS

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

VACCINATION CONCERNS YOU

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

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

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

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

DURING THE SCHOOL YEAR, REMEMBER THAT:

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

Preventing disease is everyone's business.

Thank you for your cooperation,

CSSS Nurse

School Administration

Source: *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007.*

LIST OF DISEASES TO BE REPORTED
TO THE SCHOOL ADMINISTRATION

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

ANNEXE II

Liste des interventions de l'école selon les maladies infectieuses

Liste des interventions de l'école selon les maladies infectieuses

Toutes ces maladies demandent une consultation médicale afin d'établir le diagnostic (sauf pédiculose et varicelle)	Signalement des parents et du personnel à l'école	Signalement de l'école au CSSS (transmission par téléphone ou télécopieur le jour même)
Coqueluche	X	X
Érythème infectieux (5e maladie)	X	X
Gale	X	X
Hépatite A	X	X
Impétigo	X	X
Oreillons	X	X
Pédiculose (poux)	X	Voir protocole d'intervention sur la pédiculose
Rougeole	X	X
Rubéole	X	X
Varicelle	X	X

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

- | | |
|---|---|
| ▪ amygdalite | ▪ molluscum contagiosum |
| ▪ coxsackie (maladie mains-pieds-bouche) | ▪ mononucléose infectieuse |
| ▪ conjonctivite | ▪ oxyurose (ver) |
| ▪ gastro-entérite | ▪ pharyngite virale ou bactérienne |
| ▪ giardiase | ▪ rhume |
| ▪ herpès (feu sauvage) | ▪ scarlatine |
| ▪ influenza (grippe) | ▪ teigne |
| ▪ méningite virale | ▪ verru |

- Lors de situations inhabituelles telles que plusieurs absences en même temps causées par de la gastro-entérite ou autre, veuillez communiquer avec l'infirmière du CSSS.
- Toutes les morsures animales ou humaines avec bris cutané, les plaies traumatiques et les expositions au sang doivent être évaluées par un médecin.
- La présence de chauve-souris dans l'environnement de l'école doit être signalée le plus tôt possible à l'infirmière du CSSS ou le service Info-Santé en son absence.

Source: *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007.*

ANNEXE III

Fiche de signalement de maladies infectieuses

Fiche de signalement de maladies infectieuses

À L'USAGE DE L'ÉCOLE

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

- | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ coqueluche | ☐ hépatite A | ☐ rougeole |
| ☐ érythème infectieux | ☐ impétigo | ☐ rubéole |
| ☐ gale | ☐ oreillons | ☐ varicelle |

Nom : _____ Prénom : _____

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

Adresse : _____
numéro rue ville code postal

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

☎ Rés : _____ Trav : _____ Cell : _____

École fréquentée : _____ Groupe : _____

Diagnostic médical : ☐ oui ☐ non

Nom du médecin consulté : _____ Tél. : _____

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

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

À L'USAGE DU CSSS

Liste des maladies à signaler à la DSP : par télécopieur au (450-928-3023)
par téléphone (1-800-265-6213) ou (450-928-3231)

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ coqueluche | ☐ oreillons | ☐ rubéole |
| ☐ hépatite A | ☐ rougeole | |

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

Date : _____ Signature : _____

CSSS : _____ ☎ _____
poste

ANNEXE IV

Liste des interventions du CSSS selon les maladies infectieuses

Aide-mémoire de l'infirmière

Liste des interventions du CSSS selon les maladies infectieuses

TOUTES CES MALADIES DEMANDENT UNE CONSULTATION MÉDICALE AFIN D'ÉTABLIR LE DIAGNOSTIC (sauf pédiculose et varicelle)	SIGNALEMENT DES PARENTS ET DU PERSONNEL À L'ÉCOLE	SIGNALEMENT DU CSSS À LA DSP (transmission par télécopieur le jour même)	RETOUR À L'ÉCOLE	LETTRE AUX PARENTS ET AU PERSONNEL		RECOMMANDATIONS
				Si un cas validé	Si plusieurs cas validés (≥2)	
Coqueluche**	oui	oui Si 1er cas dans le groupe ou la classe ou si intervention à faire auprès d'une personne à risque	5 jrs. après le début de l'antibiotique ou 3 sem. après le début de la toux si non traitée	oui Dans le groupe niveau primaire et secondaire*		La DSP doit valider le cas. Si le cas est validé, intervention de la DSP selon le protocole.
Érythème infectieux (5e maladie)	oui	non	Pas d'exclusion	oui Dans le groupe primaire et secondaire*		L'infirmière du CSSS doit valider le cas auprès des parents.
Gale	oui	non	Après l'application du traitement	non	oui Groupe primaire si les cas surviennent à l'intérieur de 6 semaines	L'infirmière du CSSS doit valider le cas auprès des parents. Pour le niveau secondaire, il est préférable de cibler l'intervention le plus possible aux contacts étroits.
Hépatite A**	oui	oui	7 jours après le début de la jaunisse			La DSP doit valider le cas. Si le cas est validé, intervention de la DSP selon le protocole.
Impétigo	oui Au primaire seulement	non	Aucune exclusion	non	oui Groupe primaire si les cas surviennent à l'intérieur de 10 jrs	L'infirmière du CSSS doit valider les cas auprès des parents. Aucune intervention au niveau secondaire.
Oreillons**	oui	oui	9 jours après le début du gonflement			La DSP doit valider le cas. Si le cas est validé, intervention de la DSP selon le protocole

Source: Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007.

Liste des interventions du CSSS selon les maladies infectieuses

TOUTES CES MALADIES DEMANDENT UNE CONSULTATION MÉDICALE AFIN D'ÉTABLIR LE DIAGNOSTIC (sauf pédiculose et varicelle)	SIGNALEMENT DES PARENTS ET DU PERSONNEL À L'ÉCOLE	SIGNALEMENT DU CSSS À LA DSP (transmission par télécopieur le jour même)	RETOUR À L'ÉCOLE	LETTRE AUX PARENTS ET AU PERSONNEL		RECOMMANDATIONS
				Si un cas validé	Si plusieurs cas validés (≥2)	
Pédiculose (poux)	oui	non	Après la première application du traitement	Selon protocole provincial	Selon protocole provincial	Si le cas est validé, intervention selon le protocole.
Rougeole**	oui	oui	4 jrs après le début de l'éruption			La DSP doit valider le cas. Si le cas est validé, intervention de la DSP selon le protocole.
Rubéole **	oui	oui	7 jrs après le début de l'éruption			La DSP doit valider le cas. Si le cas est validé, intervention de la DSP selon le protocole.
Varicelle (picote)	oui	non	Aucune exclusion	oui Dans l'école primaire et secondaire*		L'infirmière du CSSS doit valider le cas auprès des parents

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

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

Liste des interventions du CSSS selon les maladies infectieuses

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

- | | | |
|--|--|----------------------------|
| ▪ <i>amygdalite</i> | ▪ <i>influenza (grippe)</i> | ▪ <i>rhume</i> |
| ▪ <i>coxsackie (maladie mains-pieds-bouche)</i> | ▪ <i>méningite virale</i> | ▪ <i>scarlatine</i> |
| ▪ <i>conjonctivite</i> | ▪ <i>molluscum contagiosum</i> | ▪ <i>teigne</i> |
| ▪ <i>gastro-entérite</i> | ▪ <i>mononucléose infectieuse</i> | ▪ <i>verru</i> |
| ▪ <i>giardiase</i> | ▪ <i>oxyurose (ver)</i> | |
| ▪ <i>herpès (feu sauvage)</i> | ▪ <i>pharyngite virale ou bactérienne</i> | |

- O Lors de situations inhabituelles telles que plusieurs absences en même temps causées par de la gastro-entérite ou autre, une évaluation de la situation est recommandée.
- O Toutes les morsures animales ou humaines avec bris cutané, les plaies traumatiques et les expositions au sang doivent être évaluées par un médecin
- O Si présence d'une chauve-souris dans l'environnement scolaire, aviser la DSP.

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

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

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

Aide mémoire de l'infirmière

Date d'intervention par classe selon les maladies infectieuses

NOM DE L'ÉCOLE : _____

NOM DES ENSEIGNANT(E)S	COQUELUCHE	ÉRYTHÈME INFECTIEUX	GALE 1 ^E cas	GALE 2 ^E cas	GALE INTERVENTION
------------------------	------------	------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------

MATERNELLE

1^{re} ANNÉE

2^e ANNÉE

3^e ANNÉE

4^e ANNÉE

5^e ANNÉE

6^e ANNÉE

AUTRES

PÉRIODE : août à décembre : _____ janvier à juin : _____

Note : *Utiliser un crayon marqueur pour identifier la maladie à risque dans une classe due à la présence d'une personne à aviser.*

NOM DE L'ÉCOLE : _____

NOM DES ENSEIGNANT(E)S	IMPÉTIGO 1 ^E cas	IMPÉTIGO 2 ^E cas	IMPÉTIGO INTERVENTION	PÉDICULOSE	VARICELLE
------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------	------------	-----------

MATERNELLE

1^{re} ANNÉE

2^e ANNÉE

3^e ANNÉE

4^e ANNÉE

5^e ANNÉE

6^e ANNÉE

AUTRES

PÉRIODE : août à décembre : _____ janvier à juin : _____

Note : *Utiliser un crayon marqueur pour identifier la maladie à risque dans une classe due à la présence d'une personne à aviser.*

INFIRMIÈRE : _____

ANNEXE V

Évaluation de situations particulières

Grille de collecte de données lors d'éclosion de gastro-entérite

Évaluation de situations particulières

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

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

Ou toute autre question jugée pertinente par l'infirmière.

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

Grille de collecte de données lors d'une éclosion de gastro-entérite à l'usage de l'infirmière

LIEU DE L'ÉVÉNEMENT :										DATE :					
Groupe	Nom	Prénom	Date de naissance ou âge	Sexe	SYMPTÔMES					Début premier symptôme (date + hre)	Durée (en hres)	Prélèvement (date)	Hospitalisation	Consultation méd.	Autres malades dans la famille
					Fièvre	Vomissements	Douleurs abdo.	Diarrhée	Sang dans selles						

NOM DE L'INFIRMIÈRE : _____

CSSS : _____

ANNEXE VI

Listes des maladies à déclaration obligatoire (MADO)

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

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

Médecins

Maladies à surveillance extrême

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

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

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

Chancres 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, dengue)

Fièvre Q*

Fièvre typhoïde ou paratyphoïde

Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée

Granulome inguinal

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

Infection à *Chlamydia trachomatis*

Infection à Hantavirus

Infection à Plasmodium (malaria)*

Infection gonococcique

Infection invasive à *Escherichia coli*

Infection invasive à *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*

Mésothéliome

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)

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

Laboratoires

Maladies à surveillance extrême

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

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

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
Diphthérie
Encéphalite virale transmise par arthropodes (ex.: VNO, dengue)
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

ANNEXE VII

Technique de lavage des mains

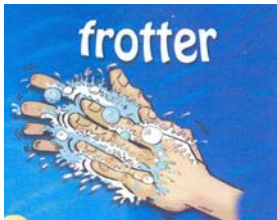
Technique de lavage des mains



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



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



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



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



- 5 Rincer abondamment sous l'eau courante



- 6 Bien assécher les mains et les poignets avec du papier



- 7 Utiliser le papier pour fermer le robinet

ANNEXE VIII

Affiche sur le lavage des mains (MAPAQ)

NOTE

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

Numéro de publication : 06-0189

Bon de commande pour les outils sur l'hygiène

La santé...

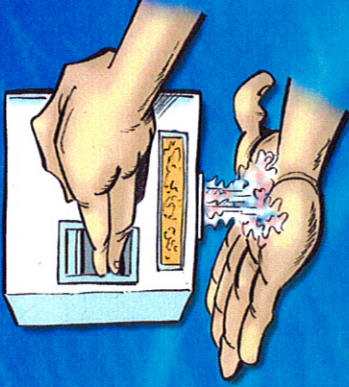


ROBI NET

en un tour de main !



mouiller



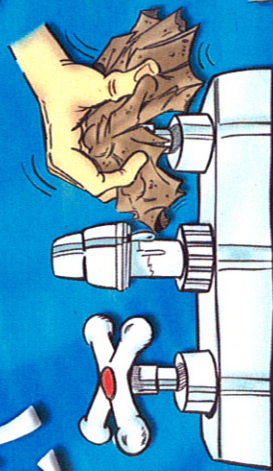
savonner



frotter



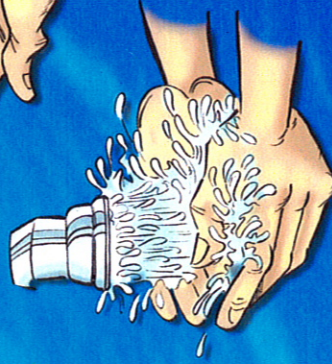
nettoyer
les ongles



fermer avec
du papier



sécher



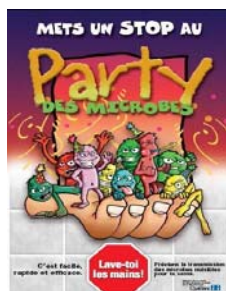
rincer

6810-90

Agriculture, Pêcheries
et Alimentation

Québec

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



1



2



3



4

RÉFÉRENCE	MATÉRIEL DISPONIBLE		AUTEUR	FRANÇAIS	ANGLAIS
1	Affiche	« Mets un STOP au Party des microbes »	ASSSM		
2	Affiche	« STOP Les microbes - T'es-tu lavé les mains ? »	ASSSM		
3	Affiche	«Fais la lutte aux microbes » (enfants d'âge scolaire niveau primaire)	ASSSM		
4	Dépliant	«Fais la lutte aux microbes » (enfants d'âge scolaire niveau primaire)	ASSSM		

Nom :

Établissement :

Adresse :

Code postal :

Téléphone :

Courriel :

Adresser votre commande :



Par télécopieur au (450) 928-3021

Note : Vous pouvez utiliser les fichiers pdf disponibles sur notre site Web à www.rrsss16.gouv.qc.ca

ANNEXE IX

Désinfection des flûtes dans les écoles

Montréal, le 22 mars 2001

Désinfection des flûtes dans les écoles

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

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

Considérant que :

le coût des flûtes musicales d'usage scolaire est bas et raisonnablement abordable (environ 10 \$ l'unité) pour la majorité de parents des élèves;

le prêt de flûtes musicales aux élèves du primaire a été introduit par une commission scolaire de la région de Chaudières-Appalaches.

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

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

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

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

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

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

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

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

1. limiter le prêt des flûtes à des élèves qui pour des raisons socio-économiques ne sont pas en mesure d'acheter un de ces instruments;
2. les flûtes prêtées ne devront jamais être partagées entre les élèves à l'intérieur d'une session ou d'une année scolaire;
3. le nettoyage des instruments avec de l'eau et du savon liquide devrait être fait régulièrement avant et après chaque usage;
4. la désinfection des flûtes devra toujours être faite au début et à la fin de l'année scolaire. Pendant l'année scolaire, une fois par semaine ou au moins deux fois par mois serait acceptable;
5. le désinfectant recommandé est la solution d'eau 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;

6. d'autres désinfectants pourraient aussi être utilisés, il faut alors suivre les indications du fabricant (dilution et temps d'exposition au désinfectant). Le germicide Twigg vendu pour la désinfection des instruments à vent peut être envisagé. J'ai essayé d'obtenir la fiche de composition du produit auprès du distributeur à Montréal. On m'a fourni par fax seulement les ingrédients actifs (di-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.



Julio C. Soto MD, PhD
Conseiller scientifique

JS/dl-md

RÉFÉRENCES

1. Barbeau J, Ten Bokum L, Gauthier C, Prevost AP. Cross-contamination potential of saline 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. 2^{ème} 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.

Lettres types selon les maladies infectieuses

Versions française et anglaise

- *Coqueluche*
- *Érythème infectieux
(5^e maladie)*
- *Gale*
- *Impétigo*
- *Varicelle*

Date : _____

AUX PARENTS

OBJET : COQUELUCHE

CETTE MALADIE PEUT ÊTRE GRAVE

Il y a actuellement un cas de coqueluche dans le groupe que fréquente votre enfant. Cette maladie contagieuse débute comme un rhume banal et peut être sérieuse. Elle se manifeste par une toux persistante et incontrôlable survenant par quintes et qui peut provoquer des vomissements. Cette toux peut durer de 6 à 8 semaines. La coqueluche peut causer des complications neurologiques et pulmonaires surtout chez l'enfant de moins d'un an.

LA VACCINATION PEUT PRÉVENIR LA MALADIE

- ♦ Le ministère de la Santé et des Services sociaux recommande que tous les enfants soient vaccinés contre la coqueluche. Les enfants doivent recevoir 5 doses de vaccin aux âges suivants : 2 mois, 4 mois, 6 mois, 18 mois et entre 4-6 ans. Un rappel du vaccin contre la coqueluche est recommandé entre l'âge de 14 à 16 ans.
- ♦ Vous devez vérifier dans le carnet de vaccination de votre enfant s'il a reçu toutes ses doses.
- ♦ S'il n'a pas reçu toutes ses doses de vaccin, contactez votre médecin ou votre CSSS. Vous pouvez joindre votre CSSS au _____

QUELLE EST LA CONDUITE À TENIR ?

- ♦ Si votre enfant développe un des symptômes mentionnés ci-dessus, veuillez s'il vous plaît le garder à la maison, consulter un médecin pour obtenir un diagnostic et s'il y a lieu, un traitement et aviser l'école.
- ♦ Les enfants qui souffrent d'un problème de santé tel que la fibrose kystique et la bronchodysplasie, présentent un très haut risque de complications. Ils doivent consulter un médecin et lui remettre cette lettre.

Cette lettre ne sera pas envoyée à chaque signalement de coqueluche. C'est pourquoi, il est important de la garder et de s'y référer au besoin.

Merci de votre collaboration.

Infirmière du CSSS

Direction de l'école

Pour de plus amples renseignements, contactez le service Info-Santé de votre territoire au _____

Source: *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007.*

Date: _____

TO PARENTS

RE.: PERTUSSIS (WHOOPIING COUGH)

THIS DISEASE MAY BE SERIOUS

There is currently a case of pertussis in your child's group. This contagious disease begins like an ordinary cold but may be serious. It is manifested by a persistent and uncontrollable cough which occurs in paroxysm and may cause vomiting. The cough may last for 6 to 8 weeks. Pertussis can cause neurological and lung problems, particularly in a child under the age of one year.

VACCINATION CAN PREVENT THE DISEASE

- ♦ The *Ministère de la Santé et des Services sociaux* recommends that all children be vaccinated against pertussis. Children must receive 5 doses of the vaccine at the following ages: 2 months, 4 months, 6 months, 18 months and between 4 and 6 years. A booster dose of the vaccine against pertussis is recommended between the ages of 14 and 16 years.
- ♦ If your child has not had all his doses of the vaccine, contact your doctor or CSSS at:

WHAT PROCEDURE SHOULD BE FOLLOWED?

- ♦ If your child develops the above-mentioned symptoms, please keep him/her at home, consult a doctor for a diagnosis and, if applicable, treatment, and advise the school.
- ♦ Children who suffer from a health problem such as cystic fibrosis or bronchopulmonary dysplasia present a high risk for complications. Please consult a doctor, bringing this letter with you.

This letter will not be sent out each time a case of pertussis is reported, so it is important that you keep it for future reference.

Thank you for your cooperation

CSSS Nurse

School Administration

For more information, contact the Info-Santé service in your territory at _____

Source: *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007.*

Date : _____

AUX PARENTS

OBJET : ÉRYTHÈME INFECTIEUX (5^e MALADIE)

CETTE MALADIE N'EST PAS GRAVE

- ♦ Il y a actuellement un cas d'érythème infectieux (5^e maladie) dans le groupe que fréquente votre enfant. L'infection peut se transmettre de la même façon qu'un rhume.
- ♦ L'éruption débute généralement par une rougeur aux joues suivie quelques jours plus tard par 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'expositions à la chaleur telles que les bains chauds, l'exposition au soleil, l'exercice physique, etc. L'enfant est contagieux avant le début des rougeurs.
- ♦ Il n'y a présentement aucun vaccin pour prévenir cette maladie, pas de médicament ni de traitement. Le tout rentre dans l'ordre spontanément.

CERTAINES PERSONNES SONT PLUS À RISQUE

- ♦ Il est recommandé aux femmes enceintes, aux personnes immunosupprimées ou souffrant d'anémie hémolytique chronique ou d'atteinte de l'hémoglobine (ex: thalassémie, anémie sévère) ayant été en contact avec un cas d'érythème infectieux de consulter leur médecin.

QUELLES SONT LES MESURES À PRENDRE ?

- ♦ Si votre enfant présente une éruption, consultez un médecin, remettez-lui cette lettre et avisez l'école. Votre enfant peut continuer à fréquenter l'école.

Cette lettre ne sera pas envoyée à chaque signalement de 5^e maladie. C'est pourquoi, il est important de la garder et de s'y référer au besoin.

Merci de votre collaboration.

Infirmière du CSSS

Direction de l'école

Pour de plus amples renseignements, contactez le service Info-Santé de votre territoire au _____

Source: *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007.*

Date: _____

TO PARENTS

RE.: ERYTHEMA INFECTIONOSUM (FIFTH DISEASE)

THIS DISEASE IS NOT SERIOUS

- ♦ There is currently a case of erythema infectiosum (fifth disease) in your child's group. This infection can be transmitted the same way as a cold.
- ♦ The disease usually begins with a red flush on the cheeks, followed a few days later by an eruption of little red plaques on the trunk and limbs. Over the next three weeks, the eruption may reappear on exposure to heat, such as a hot bath, the sun, physical exercise, etc. The child is contagious before the red flush appears.
- ♦ At the moment there is no vaccine to prevent this disease, no medication and no treatment. Everything will return to normal on its own.

SOME PEOPLE ARE MORE AT RISK

- ♦ It is recommended that pregnant women, persons who are immunocompromised or who suffer from chronic haemolytic anaemia or haemoglobin problems (ex.: thalassaemia, severe anaemia) who have come into contact with a case of erythema infectiosum should consult their doctor.

WHAT MEASURES SHOULD BE TAKEN?

- ♦ If your child has these symptoms, consult a doctor, taking this letter with you and advise the school. The child may continue to attend school.

This letter will not be sent each time a case of fifth disease is reported, so we suggest you keep it for future reference.

Thank you for your cooperation

CSSS Nurse

School Administration

For more information, contact the Info-Santé service in your territory at _____

Source: *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007.*

Date : _____

AUX PARENTS

OBJET : GALE

QU'EST-CE QUE LA GALE ?

- ♦ Il y a actuellement des cas de gale dans le groupe que fréquente votre enfant. La gale est causée par un parasite qui se loge sous la peau.
- ♦ Ce parasite se manifeste soit par de petites bosses rouges ou de petites bulles de liquide, soit par de fines lignes rougeâtres situées surtout entre les doigts, aux poignets, aux plis des coudes, sous les bras, à la taille, aux aines et aux cuisses. La démangeaison peut être plus importante la nuit.

LA GALE PEUT SE TRANSMETTRE

- ♦ 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 d'un même lit ou de serviettes de toilette.
- ♦ 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. Les démangeaisons peuvent persister plusieurs semaines après le traitement même si celui-ci a été efficace.

QUELLES SONT LES MESURES À PRENDRE ?

- ♦ Si vous remarquez quelques rougeurs douteuses, il est conseillé de consulter un médecin pour établir un diagnostic et obtenir un traitement approprié. Remettez-lui cette lettre.
- ♦ 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 dans les 7 jours précédant le traitement. Pour les vêtements qui ne peuvent être lavés, les faire nettoyer à sec ou les déposer dans un sac de plastique et le fermer hermétiquement pendant 7 jours car le parasite peut survivre plusieurs jours sans contact avec la peau.
- ♦ Ne pas utiliser pendant 7 jours tous les onguents et crèmes (incluant les produits cosmétiques) qui auraient pu être contaminés par les mains.
- ♦ Aucune mesure particulière n'est requise pour les tapis et les divans si ce n'est un nettoyage à l'aspirateur. Les planchers et les surfaces seront lavés en ajoutant à l'eau de lavage un désinfectant couramment utilisé. On peut déposer les coussins et les oreillers dans un sac de plastique, le fermer hermétiquement pendant 7 jours.

Cette lettre ne sera pas envoyée à chaque signalement de gale. C'est pourquoi, il est important de la garder et de s'y référer au besoin.

Merci de votre collaboration.

Infirmière du CSSS

Direction de l'école

Pour plus d'informations, contactez le service Info-Santé de votre territoire au _____

Source: *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007.*

Date: _____

TO PARENTS

RE.: SCABIES

WHAT IS SCABIES?

- ◆ There are currently cases of scabies in your child's group. Scabies is caused by a parasite under the skin.
- ◆ This parasite is manifested by little red bumps and tiny blisters filled with liquid, or by thin reddish lines located particularly between the fingers, at the wrist, in the fold of the elbow, under the arms, at the waist, and on the groin and thighs. It may become very itchy at night.

SCABIES IS CONTAGIOUS

- ◆ Scabies is mainly transmitted through contact with the skin of an infected person. The parasite can also be transmitted by exchanging clothing, sharing a bed or a towel.
- ◆ Scabies spreads very quickly among children and members of a family. All the members of the family, whether or not they have been infected, must be treated at the same time. The itching may persist several weeks after the treatment, even if it has been effective.

WHAT MEASURES SHOULD BE TAKEN?

- ◆ If you notice any suspicious redness, you should consult a doctor to establish a diagnosis and obtain the appropriate treatment. Bring this letter with you.
- ◆ At the same time as the treatment is initiated, you must wash all clothing and bedding which has been used in the week preceding the treatment, using very hot water and the hot cycle on the clothes dryer. Clothing that cannot be washed must be dry cleaned or placed in a plastic bag and hermetically sealed for 7 days, since the parasite can survive for several days without contact with the skin.
- ◆ Do not use any ointments or creams for 7 days (including cosmetics) which could have been contaminated through contact with your hands.
- ◆ No particular measures are required for carpets and couches other than a simple vacuuming. Floors and surfaces should be washed with water to which a regular disinfectant has been added. Cushions and pillows can be placed in a hermetically sealed plastic bag for 7 days.

This letter will not be sent out each time a case of scabies is reported, so it is important that you keep it for future reference.

Thank you for your cooperation

CSSS Nurse

School Administration

For more information, contact the Info-Santé service in your territory at _____

Source: *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007.*

Date : _____

AUX PARENTS

OBJET : IMPÉTIGO

QU'EST-CE QUE L'IMPÉTIGO ?

- ♦ Il y a actuellement des cas d'impétigo dans le groupe que fréquente votre enfant. L'impétigo est une maladie de la peau courante chez les jeunes enfants. Cette infection apparaît souvent au visage, en particulier autour du nez et de la bouche. Elle se manifeste par des lésions purulentes qui deviennent croûteuses.
- ♦ L'impétigo est causé par une bactérie parfois présente sur la peau saine qui peut causer des problèmes lorsqu'il y a coupure, égratignure ou piqûre de moustiques.

QUELLES SONT LES MESURES À PRENDRE ?

- ♦ Cette infection se propage par contact direct d'une personne à l'autre. Pour éviter que la maladie se propage, il faut se laver les mains à l'eau savonneuse après chaque contact avec les lésions.
- ♦ L'impétigo se traite avec des antibiotiques. Si vous remarquez la présence de ce type de lésions sur la peau de votre enfant, nous vous demandons de consulter un médecin et de lui remettre cette lettre.

Cette lettre ne sera pas envoyée à chaque signalement d'impétigo. C'est pourquoi, il est important de la garder et de s'y référer au besoin.

Merci de votre collaboration.

Infirmière du CSSS

Direction de l'école

Pour de plus amples renseignements, contactez le service Info-Santé de votre territoire au _____

Source: *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007.*

Date: _____

TO PARENTS

RE.: IMPETIGO

WHAT IS IMPETIGO?

- ♦ There are currently cases of impetigo in your child's group. Impetigo is a common skin disease among young children. This infection often appears on the face, in particular around the nose and mouth and is manifested by purulent sores which form a crust.
- ♦ Impetigo is caused by bacteria sometimes found on healthy skin which can cause a problem when the skin is cut, scratched or bitten by a mosquito.

WHAT MEASURES SHOULD BE TAKEN?

- ♦ This infection is spread through direct physical contact. To prevent its transmission, wash your hands with soap and water after contact with the sores.
- ♦ Impetigo is treated with antibiotics. If you notice the presence of this type of sore on your child's skin, please consult a doctor, bringing this letter with you.

This letter will not be sent every time a case of impetigo is reported, so we suggest you keep it for future reference.

Thank you for your cooperation,

CSSS Nurse

School Administration

For more information, contact the Info-Santé service in your territory at _____

Source: *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007.*

Date : _____

AUX PARENTS

OBJET : VARICELLE DANS LE GROUPE

Il y a actuellement un cas de varicelle (picote) dans le groupe que fréquente votre enfant.

QU'EST-CE QUE LA VARICELLE ?

- ♦ La varicelle est une maladie très contagieuse qui entraîne parfois des complications même chez les enfants en bonne santé.
- ♦ La varicelle se manifeste par une fièvre légère, une éruption cutanée (boutons rouges avec bulles de liquide) qui s'étend du thorax vers les membres et la tête, accompagnée de démangeaisons. Cette éruption, en séchant, forme des croûtes et disparaît au bout de quelques semaines.
- ♦ Elle se transmet facilement d'une personne à une autre par les sécrétions du nez ou de la gorge lorsqu'une personne infectée tousse ou éternue. Elle se transmet également par contact direct avec les boutons en forme de bulles. Les enfants sont contagieux de un à deux jours avant l'apparition de l'éruption et jusqu'à ce que toutes les lésions deviennent croûteuses.

CERTAINES PERSONNES SONT PLUS À RISQUE

- ♦ Si votre enfant n'a jamais eu la varicelle, n'a jamais été vacciné et a un système immunitaire affaibli en raison d'une maladie (ex. : cancer) ou d'un médicament (ex. : à la suite d'une greffe), il est à risque de développer une forme plus grave de la maladie. Nous vous conseillons de consulter un médecin dans les 24 heures suivant la réception de cette lettre.
- ♦ Un nouveau-né n'ayant jamais fait la varicelle ou une femme enceinte n'ayant jamais fait la varicelle et n'ayant jamais été vaccinée, devrait aussi consulter un médecin suite à un contact avec une personne atteinte de cette maladie.

QUELLES SONT LES MESURES À PRENDRE ?

- ♦ Pour soulager les démangeaisons, il est suggéré de prendre un bain tiède avec du bicarbonate de soude (soda à pâte). En cas de fièvre, utiliser de l'acétaminophène (Tempura, Tylenol, etc.).
- ♦ Si l'infection a été transmise, elle se manifestera deux ou trois semaines plus tard.
- ♦ Il existe un vaccin gratuit qui est recommandé aux personnes âgées de 12 mois ou plus qui n'ont jamais fait la varicelle. Ce vaccin peut aussi prévenir la maladie s'il est administré rapidement après un contact avec un cas de varicelle.
- ♦ L'enfant qui a la varicelle peut continuer à fréquenter l'école si son état de santé le permet.

Cette lettre ne sera pas envoyée à chaque signalement de varicelle. C'est pourquoi, il est important de la garder et de s'y référer au besoin.

Merci de votre collaboration.

Infirmière du CSSS

Direction de l'école

Pour de plus amples renseignements, contactez le service Info-Santé de votre territoire au _____

Source: *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007.*

Date: _____

TO PARENTS

RE.: CHICKENPOX IN THE GROUP

There is currently a case of chickenpox in your child's group.

WHAT IS CHICKENPOX?

- ◆ Chickenpox is a highly contagious disease that can cause complications, even in children who are in good health.
- ◆ The symptoms of chickenpox are a slight fever, an itchy rash (red spots with blisters filled with fluid) which extends from the chest toward the limbs and head. When this eruption dries it forms scabs which will disappear in a few weeks.
- ◆ The disease is easily spread from person to person through the secretion of droplets from the nose or throat when the infected person coughs or sneezes. It is also spread through direct contact with the spots which form blisters. Children are contagious for one to two days before the rash appears and until all the blisters have dried and formed scabs.

CERTAIN PEOPLE ARE MORE AT RISK

- ◆ If your child has never had chickenpox, has not been vaccinated against it and has a weakened immune system due to a disease (ex.: cancer) or medication (ex.: following a transplant), he/she risks developing a more serious form of the disease. We advise you to consult a physician within 24 hours of receiving this letter.
- ◆ Newborn babies or pregnant women, who have never had chickenpox and have never been vaccinated, should also consult a doctor after being in contact with a person who has this disease.

WHAT MEASURES SHOULD BE TAKEN?

- ◆ To relieve the itching, take a tepid bath with sodium bicarbonate (baking soda). For fever, take acetaminophen (Tempra, Tylenol, etc.).
- ◆ If the infection has been transmitted, it will appear two to three weeks later.
- ◆ There is a free vaccine which is recommended for persons over the age of 12 months who have never had chickenpox. This vaccine can also prevent the disease if it is administered rapidly after contact with a case of chickenpox.
- ◆ A child who has chickenpox can continue to attend school if his/her state of health allows.

This letter will not be sent each time a case of chickenpox is reported, so we suggest you keep it for future reference.

Thank you for your cooperation

CSSS Nurse

School Administration

For more information, contact the Info-Santé service in your territory at _____

Source: *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007.*

Date : _____

AUX PARENTS

OBJET : VARICELLE DANS L'ÉCOLE

Il y a actuellement un cas de varicelle (picote) dans l'école que fréquente votre enfant.

QU'EST-CE QUE LA VARICELLE ?

- ♦ La varicelle est une maladie très contagieuse qui entraîne parfois des complications, même chez les enfants en bonne santé.
- ♦ La varicelle se manifeste par une fièvre légère, une éruption cutanée (boutons rouges avec bulles de liquide) qui s'étend du thorax vers les membres et la tête, accompagnée de démangeaisons. Cette éruption, en séchant, forme des croûtes et disparaît au bout de quelques semaines.
- ♦ Elle se transmet facilement d'une personne à une autre par les sécrétions du nez ou de la gorge lorsqu'une personne infectée tousse ou éternue. Elle se transmet également par contact direct avec les boutons en forme de bulles. Les enfants sont contagieux de un à deux jours avant l'apparition de l'éruption et jusqu'à ce que toutes les lésions deviennent croûteuses.

CERTAINES PERSONNES SONT PLUS À RISQUE

- ♦ Si votre enfant n'a jamais eu la varicelle, n'a jamais été vacciné et a un système immunitaire affaibli en raison d'une maladie (ex. : cancer) ou d'un médicament (ex. : à la suite d'une greffe) il est à risque de développer une forme plus grave de la maladie. Nous vous conseillons de consulter un médecin dans les 24 heures suivant la réception de cette lettre.
- ♦ Un nouveau-né n'ayant jamais fait la varicelle ou une femme enceinte n'ayant jamais fait la varicelle et n'ayant jamais été vaccinée, devrait aussi consulter un médecin suite à un contact avec une personne atteinte de cette maladie.

QUELLES SONT LES MESURES À PRENDRE ?

- ♦ Pour soulager les démangeaisons, il est suggéré de prendre un bain tiède avec du bicarbonate de soude (soda à pâte). En cas de fièvre, utiliser de l'acétaminophène (Tempra, Tylenol, etc.).
- ♦ Si l'infection a été transmise, elle se manifestera deux ou trois semaines plus tard.
- ♦ Il existe un vaccin gratuit qui est recommandé aux personnes âgées de 12 mois ou plus qui n'ont jamais fait la varicelle. Ce vaccin peut aussi prévenir la maladie s'il est administré rapidement après un contact avec un cas de varicelle.
- ♦ L'enfant qui a la varicelle peut continuer à fréquenter l'école si son état de santé le permet.

Cette lettre ne sera pas envoyée à chaque signalement de varicelle. C'est pourquoi, il est important de la garder et de s'y référer au besoin.

Merci de votre collaboration.

Infirmière du CSSS

Direction de l'école

Pour de plus amples renseignements, contactez le service Info-Santé de votre territoire au _____

Source: *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007.*

Date: _____

TO PARENTS

RE.: CHICKENPOX IN THE SCHOOL

There is currently a case of chickenpox in your child's school.

WHAT IS CHICKENPOX?

- ♦ Chickenpox is a highly contagious disease that can cause complications, even in children who are in good health.
- ♦ The symptoms of chickenpox are a slight fever, an itchy rash (red spots with blisters filled with fluid) which extends from the chest toward the limbs and head. When this eruption dries it forms scabs which will disappear in a few weeks.
- ♦ The disease is easily spread from person to person through the secretion of droplets from the nose or throat when the infected person coughs or sneezes. It is also spread through direct contact with the spots which form blisters. Children are contagious for one to two days before the rash appears and until all the blisters have dried and formed scabs.

CERTAIN PEOPLE ARE MORE AT RISK

- ♦ If your child has never had chickenpox, has not been vaccinated against it and has a weakened immune system due to a disease (ex.: cancer) or medication (ex.: following a transplant), he/she risks developing a more serious form of the disease. We advise you to consult a physician within 24 hours of receiving this letter.
- ♦ Newborn babies or pregnant women, who have never had chickenpox and have never been vaccinated, should also consult a doctor after being in contact with a person who has this disease.

WHAT MEASURES SHOULD BE TAKEN?

- ♦ To relieve the itching, take a tepid bath with sodium bicarbonate (baking soda). For fever, take acetaminophen (Tempra, Tylenol, etc.).
- ♦ If the infection has been transmitted, it will appear two to three weeks later.
- ♦ There is a free vaccine which is recommended for persons over the age of 12 months who have never had chickenpox. This vaccine can also prevent the disease if it is administered rapidly after contact with a case of chickenpox.
- ♦ A child who has chickenpox can continue to attend school if his/her state of health allows.

This letter will not be sent each time a case of chickenpox is reported, so we suggest you keep it for future reference.

Thank you for your cooperation

CSSS Nurse

School Administration

For more information, contact the Info-Santé service in your territory at _____

Source: *Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire, Direction de santé publique de la Montérégie, Mai 2007.*