

Annexe 9-Fiche des différentes maladies infectieuses.

6.1 CINQUIÈME MALADIE (érythème infectieux ou parvovirus)

Définition	Infection causée par un virus, le parvovirus B-19.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Habituellement de 4 à 14 jours, parfois jusqu'à 20 jours.
Période de contagiosité	7 jours avant le début de l'éruption. La personne n'est plus contagieuse lorsque l'éruption apparaît.
Durée de la maladie	3 semaines ou plus.
Modes de transmission	Par les gouttelettes projetées par les personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent. Par contact indirect avec des objets contaminés par les sécrétions du nez et de la gorge des personnes infectées. De la mère au fœtus durant la grossesse.
Tableau clinique	Des symptômes bénins précèdent l'éruption de 7 à 10 jours : maux de tête, douleurs musculaires, douleurs articulaires. Éruption cutanée en trois étapes : <ol style="list-style-type: none">1. rougeurs marquées sur les joues (« joues giflées »);2. éruption maculopapulaire sur le tronc et les membres;3. réapparition de l'éruption lors d'exposition à la chaleur, au soleil et lors d'activité physique (peut durer trois semaines). 25 % des cas sont asymptomatiques. Survient surtout l'hiver et au printemps.
Complications	Arthrite et arthralgies surtout chez les femmes adultes. Anémie grave chez les personnes immunosupprimées.
Particularités associées à la femme enceinte	Chez les femmes réceptives, le risque d'infection est de 20 % à la suite d'un contact en milieu scolaire. L'infection chez la mère peut occasionner un avortement spontané, une anémie fœtale ou un décès intra-utérin associé à un <i>hydrops fetalis</i> (œdème fœtal grave). Le risque de perte fœtale pour une femme infectée est de 2 à 6 % et survient surtout pendant la première moitié de la grossesse.
Diagnostic	Diagnostic clinique. Sérologie : recherche d'IgM contre le Parvovirus B-19.

Traitement	Aucun traitement. ...verso
Pronostic	Très bon.
Prévention	Renforcement des mesures d'hygiène. À la suite d'un contact avec une personne infectée, il est recommandé que les personnes à risque, soit les personnes immunosupprimées, les femmes enceintes réceptives et les personnes atteintes d'hémoglobinopathies, consultent leur médecin.
Recommandations	Aucune exclusion du cas. Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.

Annexe 9-Fiche des différentes maladies infectieuses.

6.2 CONJONCTIVITE

Définition	Infection de l'œil causée par un virus ou une bactérie.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Généralement quelques jours.
Période de contagiosité	Virus : de plusieurs jours jusqu'à 14 jours. Bactérie : diminue rapidement après l'application du traitement.
Durée de la maladie	Variable selon le virus ou la bactérie.
Modes de transmission	Par contact avec les sécrétions oculaires. Par contact indirect avec des objets contaminés par les sécrétions des yeux, comme du maquillage.
Tableau clinique	Rougeur de l'œil, sensation de corps étranger, œdème des paupières, difficulté à ouvrir l'œil, écoulement purulent. La conjonctivite bactérienne est habituellement unilatérale, tandis que celle d'origine virale est le plus souvent bilatérale.
Complications	Complications cornéennes.
Particularités associées à la femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Habituellement diagnostic clinique. Coloration de Gram et culture bactérienne. Culture virale.
Traitement	Application locale de gouttes ou d'un onguent antibiotiques.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Renforcement des mesures d'hygiène. Éviter le partage d'objets personnels qui viennent en contact avec les yeux.
Recommandations	Aucune exclusion. Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.

Annexe 9-Fiche des différentes maladies infectieuses.

6.3 COQUELUCHE (MADO)

Définition	Infection des voies respiratoires causée par une bactérie hautement contagieuse, le <i>Bordetella pertussis</i> .
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 7 à 10 jours, rarement plus de 14 jours.
Période de contagiosité	Jusqu'à 5 jours après le début du traitement antibiotique. Sans traitement antibiotique : jusqu'à 3 semaines après le début des quintes de toux. La contagiosité est maximale avant le début des quintes de toux.
Durée de la maladie	De 6 à 10 semaines ou plus.
Modes de transmission	Par les gouttelettes projetées par les personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent.
Tableau clinique	Phase catarrhale (quelques jours) : malaises généraux, anorexie, rhinorrhée, toux, larmolement. Phase paroxystique (quelques semaines) : quintes de toux souvent suivies d'un bruit inspiratoire caractéristique (chant du coq), de vomissements ou d'apnée.
Complications	Otite, pneumonie, apnée, complications neurologiques telles que convulsions et encéphalopathie. Le risque de complications, incluant le décès, est plus grand chez le nourrisson de moins de 1 an.
Particularités associées à la femme enceinte	La coqueluche n'entraîne pas de complications spécifiques pour la femme enceinte mais on peut penser que les symptômes seront particulièrement difficiles à supporter. Par contre, si la maladie survient en fin de grossesse (3 dernières semaines), elle pourrait être transmise au nouveau-né, c'est pourquoi la prophylaxie antibiotique est recommandée dans ce cas.
Diagnostic	Diagnostic clinique. Culture ou PCR sur un prélèvement nasopharyngé.
Traitement	Antibiothérapie. Le traitement réduit la durée de la contagiosité mais ne change pas le cours de la maladie, sauf s'il est administré pendant la

	phase catarrhale.
Pronostic	Bon. Décès possible : 1,3 % des nouveau-nés de moins de 1 mois et 0,3 % des nourissons de 2 à 11 mois.

...verso

Prévention	Renforcement des mesures d'hygiène. Vaccination universelle. Prophylaxie antibiotique limitée aux contacts à risque : enfants de moins de 1 an, femmes enceintes dans les 3 dernières semaines de la grossesse, membres des familles et des services de garde où il y a des enfants de moins de 1 an.
Recommandations	Validation du cas par la DSP. Intervention selon le document provincial <i>Guide d'intervention contre la coqueluche</i> , 2007. Exclusion du cas durant la période de contagiosité. Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3. Surveillance de l'apparition de nouveaux cas.



Annexe 9-Fiche des différentes maladies infectieuses.

6.4 GALE

Définition	Infestation causée par un parasite, le <i>Sarcoptes scabiei</i> , qui pénètre la couche superficielle de la peau et y creuse un tunnel (sillon) où il dépose ses œufs.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 2 à 6 semaines chez les personnes qui n'ont jamais été exposées. De 1 à 4 jours chez les personnes qui ont déjà été infestées.
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 du traitement.
Modes de transmission	Par contact de peau à peau prolongé et répété avec une personne infestée (une simple poignée de mains ne suffit pas). Par contact indirect avec les effets personnels ou la literie des personnes infestées (peu important comme mode de transmission).
Tableau clinique	Papules ou sillons qui sont plus apparents au niveau interdigital, sur les faces antérieures des poignets ou des coudes, aux plis axillaires, à la taille, aux régions périaréolaires, aux fesses et aux organes génitaux. La gale épargne habituellement la tête, la paume des mains et la plante des pieds sauf chez le nourrisson. Démangeaisons intenses, surtout la nuit.
Complications	Surinfection des lésions.
Particularités associées à la femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique. Mise en évidence du parasite par grattage de l'extrémité d'un sillon.
Traitement	Crème de perméthrine à 5 % appliquée sur tout le corps, à l'exception de la tête et des muqueuses; laver après 8 à 14 heures. Il n'est pas nécessaire de répéter le traitement sauf si de nouvelles lésions apparaissent. Les nodules et les démangeaisons peuvent persister plusieurs jours après le traitement et ne sont pas un signe d'échec au traitement. Tous les membres de leur famille et les autres personnes qui ont eu des contacts de peau à peau prolongés et répétés avec une personne infestée doivent appliquer le traitement simultanément, qu'ils aient ou non des symptômes.

	<p>Les femmes qui allaitent et qui souffrent d'une gale périaréolaire doivent interrompre l'allaitement jusqu'à ce que la crème de perméthrine ait été complètement enlevée.</p> <p style="text-align: right;">...verso</p>
Pronostic	Excellent.
Prévention	<p>Renforcement des mesures d'hygiène.</p> <p>S'assurer que les vêtements, les serviettes et la literie utilisés par les personnes infestées dans les 4 jours précédant l'application du traitement soient lavés séparément à l'eau chaude savonneuse et séchés dans la sècheuse au cycle chaud.</p> <p>Les vêtements qui ne peuvent être lavés, tels les lainages et les manteaux, seront placés dans un sac de plastique fermé hermétiquement pendant au moins 4 jours ou nettoyés à sec.</p> <p>Aucune mesure particulière n'est requise pour les divans et les tapis, si ce n'est un nettoyage à l'aspirateur.</p> <p>Surveiller l'apparition des symptômes dans l'entourage.</p>
Recommandations	<p>Exclusion jusqu'à ce que le traitement ait été complété.</p> <p>Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.</p> <p>Surveillance de l'apparition de nouveaux cas pour une période de six semaines.</p>

Annexe 9-Fiche des différentes maladies infectieuses.

6.5 GASTRO-ENTÉRITE

Définition	Infection causée le plus souvent par un virus et occasionnellement par une bactérie.
Réservoir	Être humain et animaux.
Période d'incubation	Virale : de 24 à 48 heures. Bactérienne : variable selon l'agent causal.
Période de contagiosité	Habituellement pendant la phase aiguë. La gastro-entérite virale peut être contagieuse jusqu'à 48 heures après la fin des symptômes.
Durée de la maladie	Variable selon l'agent causal.
Modes de transmission	Par contact avec les selles ou les vomissures des personnes infectées. Par contact indirect avec des mains ou des objets contaminés par les selles ou les vomissures des personnes infectées. Par ingestion de nourriture contaminée.
Tableau clinique	Nausées, vomissements, crampes abdominales, diarrhée et fièvre légère.
Complications	Déshydratation rapide chez les jeunes enfants.
Particularités associées à la femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique. Recherche virale ou culture dans des échantillons de selles : très utiles lors d'éclosions.
Traitement	Hydratation et reprise de l'alimentation solide progressivement selon la tolérance. Antibiothérapie : pour certains cas dont l'origine est bactérienne. Les anti-diarrhéiques sont contre-indiqués.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Renforcement des mesures d'hygiène.
Recommandations	Lors d'une éclosion de gastro-entérite, l'infirmière du CSSS doit documenter la situation (annexe 7) et aviser la DSP (annexe 4).

	<p>Retour à l'école lorsque l'état général le permet.</p> <p>Exclusion des manipulateurs d'aliments jusqu'à 48 heures après la fin des symptômes.</p> <p>Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.</p>
--	--

6.6 GIARDIASE (MADO)

Définition	Infection de l'intestin causée par un parasite, le <i>Giardia lamblia</i> .
Réservoir	Être humain et animaux domestiques ou sauvages (chien, chat, vache, chèvre, castor, etc.)
Période d'incubation	De 1 à 4 semaines.
Période de contagiosité	Aussi longtemps que les kystes du parasite sont excrétés dans les selles (plusieurs mois).
Durée de la maladie	De quelques jours à plusieurs mois.
Modes de transmission	Par contact avec les selles des humains ou des animaux infectés. Par contact indirect avec des objets contaminés par les selles des humains ou des animaux infectés. Par ingestion d'eau contaminée et, moins fréquemment, d'aliments contaminés.
Tableau clinique	Diarrhée, selles pâles grisseuses et malodorantes, crampes abdominales, ballonnement, fatigue et perte de poids. Souvent asymptomatique.
Complications	L'infection chronique peut entraîner un syndrome de malabsorption avec déficit vitaminiq ue et déficience en lactase qui peut persister plusieurs semaines après le traitement.
Particularités associées à la femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Recherche du parasite dans les selles. Détection d'antigènes dans les selles.
Traitement	Le premier choix est le métronidazole.
Pronostic	Les rechutes peuvent exiger une répétition du traitement.
Prévention	Renforcement des mesures d'hygiène.
Recommandations	Il n'est pas indiqué de dépister et de traiter les contacts asymptomatiques. Aucune exclusion.

	Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.
--	---

6.7 HÉPATITE A (MADO)

Définition	Infection du foie causée par le virus de l'hépatite A.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 15 à 50 jours, en moyenne de 28 à 30 jours.
Période de contagiosité	De 14 jours avant le début de l'ictère (ou du début de la maladie s'il n'y a pas d'ictère) jusqu'à 7 jours après.
Durée de la maladie	De 1 à 2 semaines, parfois plus longue.
Modes de transmission	Par contact avec les selles des personnes infectées. Par contact indirect avec les mains ou les objets contaminés par les selles des personnes infectées. Par de l'eau ou des aliments contaminés. Peut aussi se transmettre lors de contacts sexuels.
Tableau clinique	Fièvre, malaises généraux, anorexie, nausées, ictère, urines foncées et selles pâles. La gravité augmente avec l'âge. 70 % des enfants de moins de 6 ans sont asymptomatiques.
Complications	Hépatite fulminante rare survenant surtout chez les personnes avec maladie hépatique sous-jacente.
Particularités associées à la femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Sérologie : recherche d'IgM contre le virus de l'hépatite A.
Traitement	De support.
Pronostic	Létalité : de 0,3 % à 0,6 %. Chez les gens de plus de 50 ans : 1,8 %.
Prévention	Renforcement des mesures d'hygiène. Vaccination contre l'hépatite A.
Recommandations	Validation du cas par la DSP. Intervention selon le <i>Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)</i> . Exclusion du cas durant la période de contagiosité.

	Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.
--	---

6.8 IMPÉTIGO

Définition	Infection cutanée causée par une bactérie, le staphylocoque ou le streptocoque du groupe A.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 7 à 10 jours.
Période de contagiosité	Jusqu'à la guérison des lésions ou jusqu'à 24 à 48 heures après le début de l'antibiothérapie.
Durée de la maladie	Avec traitement antibiotique : rarement plus de 7 jours.
Modes de transmission	Par contact avec les lésions cutanées d'une personne infectée. Par contact indirect avec des objets contaminés par l'exsudat des lésions des personnes infectées. L'impétigo survient souvent suite à une auto-infection de plaies à partir de bactéries présentes au niveau des narines ou de la peau.
Tableau clinique	Les lésions cutanées purulentes et croûteuses se situent le plus souvent au pourtour du nez et de la bouche, au menton et derrière les oreilles, mais peuvent aussi se retrouver ailleurs sur le corps. Occasionnellement : fièvre et malaises généraux.
Complications	Cellulite et plus rarement endocardite et glomérulonéphrite.
Particularités associées à la femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique. Culture des lésions.
Traitement	En présence de lésions peu étendues : antibiotique topique. L'administration d'antibiotiques par la bouche n'est indiquée que si l'infection s'étend de façon marquée.
Pronostic	Bon. Guérison généralement sans cicatrice.
Prévention	Renforcement des mesures d'hygiène. Si possible, recouvrir les lésions d'un pansement.
Recommandations	Exclusion jusqu'à 24 heures après le début du traitement. Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.

6.9 INFLUENZA (grippe)

Définition	Infection aiguë de l'appareil respiratoire causée par le virus de l'influenza.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 24 à 72 heures.
Période de contagiosité	De 24 heures avant 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.
Modes de transmission	Par les gouttelettes projetées par les personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent. Par contact indirect des muqueuses avec des mains ou des objets souillés par les sécrétions du nez ou de la gorge d'une personne infectée. Le virus de la grippe peut survivre cinq minutes sur la peau, quelques heures dans les sécrétions séchées et jusqu'à 48 heures sur les objets.
Tableau clinique	Fièvre (38,3°C et plus) et toux pouvant être accompagnées de céphalées, myalgies, fatigue et maux de gorge. La grippe se distingue du rhume par l'apparition brusque et la gravité des symptômes.
Complications	Otite moyenne, sinusite, laryngite, bronchite et, plus rarement, pneumonie virale ou bactérienne secondaire.
Particularités associées à la femme enceinte	Le vaccin contre la grippe devrait être administré à la femme enceinte ayant des conditions médicales particulières. Afin de protéger le nouveau-né, la femme enceinte en bonne santé devrait aussi recevoir le vaccin contre la grippe si l'accouchement est prévu durant la saison grippale.
Diagnostic	Diagnostic clinique. Détection du virus dans les sécrétions nasopharyngées.
Traitement	Hydratation, antipyrétiques (acétaminophène) pour la fièvre. Dans certains cas : antiviraux (efficacité démontrée si débutés en moins de 48 heures après de début des symptômes).

...verso

Pronostic	Morbidity et mortalité élevées chez les personnes âgées et chez celles qui sont atteintes de maladies chroniques cardiaques, respiratoires, rénales ou métaboliques. Morbidity élevée chez les enfants de moins de 2 ans.
Prévention	Renforcement des mesures d'hygiène. Vaccination annuelle pour certains groupes ciblés (voir « <i>Protocole d'immunisation du Québec</i> »). Antiviraux en post-exposition pour certains groupes ou personnes à risque.
Recommandations	Lors d'une éclosion d'influenza, l'infirmière du CSSS doit documenter la situation (annexe 8) et aviser la DSP (annexe 4). Aucune exclusion. Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.

6.10 MÉNINGITE À MÉNINGOCOQUE (MADO)

Définition	Infection des méninges causée par une bactérie, le <i>Neisseria meningitidis</i> (méningocoque); il en existe plusieurs sérogroupes, les sérogroupes B et C étant les plus fréquents au Québec.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 1 à 10 jours, habituellement moins de 4 jours.
Période de contagiosité	De 7 jours avant le début des symptômes jusqu'à 24 heures après le début du traitement. État de porteur de la bactérie chez 3 à 25 % de la population.
Durée de la maladie	Variable.
Modes de transmission	Par les gouttelettes projetées par les personnes porteuses ou malades lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent. Moins fréquemment par contact indirect avec les mains ou les objets contaminés par les sécrétions des personnes infectées.
Tableau clinique	Forte fièvre, maux de tête importants, raideur de la nuque, myalgies, nausées et vomissements. Certains cas présentent des pétéchies ou du purpura. Dans les cas fulminants, l'infection progresse rapidement et le décès peut survenir en 12 à 24 heures.
Complications	Péricardite, myocardite, arthrite septique, coma, coagulation intravasculaire disséminée, gangrène des extrémités, déficit neurologique, surdité, paralysie cérébrale et décès.
Particularités associées à la femme enceinte	Aucune si ce n'est le choix de l'antibiotique utilisé en prophylaxie.
Diagnostic	Diagnostic clinique Culture du liquide céphalo-rachidien ou du sang.
Traitement	Antibiothérapie intraveineuse.
Pronostic	En lien avec les complications.

...verso

Prévention	<p>Renforcement des mesures d'hygiène.</p> <p>La chimioprophylaxie est offerte aux contacts étroits du cas. Les contacts scolaires n'en font généralement pas partie.</p> <p>La vaccination est offerte aux contacts étroits lorsqu'il s'agit d'un méningocoque de séro groupe A, C, Y ou W135, parce qu'il existe un vaccin contre ces sérogroupes.</p> <p>Vaccination universelle contre le méningocoque du groupe C à l'âge de 12 mois.</p>
Recommandations	<p>Validation du cas par la DSP.</p> <p>Intervention selon le document provincial <i>Les infections invasives à méningocoque</i>, mise à jour 2007.</p> <p>Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.</p>

6.11 MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Définition	Infection bénigne de la peau causée par un poxvirus.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 2 à 7 semaines.
Période de contagiosité	Tant que les lésions persistent. Peu contagieux.
Durée de la maladie	Sans traitement, les lésions disparaissent spontanément après une période de 6 mois à 5 ans, en moyenne 8 mois.
Modes de transmission	Par contact avec les lésions des personnes infectées. Moins fréquemment, par contact indirect avec des objets contaminés par les lésions des personnes infectées. Auto-inoculation fréquente.
Tableau clinique	Papules ombiliquées de 2 à 10 mm de diamètre allant du rose perlé au blanc localisées au tronc, visage et membres supérieurs.
Complications	Habituellement aucune.
Particularités associées à la femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique.
Traitement	Pour raison d'esthétique ou pour éviter l'auto-inoculation et la propagation : curetage sous anesthésie locale, cryothérapie ou application d'agents kératolytiques.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Renforcement des mesures d'hygiène. Éviter le contact avec les lésions. Lavage des mains après tout contact avec les lésions.
Recommandations	Recouvrir les lésions, si possible. Aucune exclusion. Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.

6.12 MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE

Définition	Infection causée par un virus, le virus Epstein-Barr (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.
Durée de la maladie	Habituellement, de 1 à 2 semaines. La fatigue peut persister quelques semaines.
Modes de transmission	Par contact avec la salive d'une personne infectée. Par contact indirect avec des objets contaminés par la salive des personnes infectées, comme les verres.
Tableau clinique	Fièvre, maux de gorge, adénopathies, atteinte du foie et de la rate, fatigue importante, anorexie et éruption cutanée surtout chez les personnes traitées à l'ampicilline. Incidence plus élevée à l'adolescence. Peu de symptômes chez les enfants.
Complications	Obstruction respiratoire, méningite, encéphalite, rupture de la rate, syndrome de Guillain-Barré, thrombocytopénie, agranulocytose, anémie hémolytique et atteinte cardiaque.
Particularités associées à la femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique. Formule sanguine, monotest.
Traitement	Antipyrétiques (acétaminophène) si fièvre, repos, diète légère. Si la rate est augmentée de volume, éviter les sports de contact selon la recommandation du médecin.
Pronostic	Bon.
Prévention	Renforcement des mesures d'hygiène.
Recommandations	Aucune exclusion. Envoie d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.

6.13 OREILLONS (MADO)

Définition	Infection causée par un virus de la famille des paramyxovirus, le virus des oreillons.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 12 à 25 jours, en moyenne de 16 à 18 jours.
Période de contagiosité	De 7 jours avant jusqu'à 9 jours après l'apparition du gonflement de la parotide (glande salivaire située devant l'oreille). Contagiosité maximale de 48 heures avant jusqu'à 5 jours après le début du gonflement.
Durée de la maladie	De 3 à 10 jours.
Modes de transmission	Par les gouttelettes projetées par les personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent.
Tableau clinique	Fièvre, malaises généraux, anorexie, céphalées, gonflement parotidien unilatéral ou bilatéral. Asymptomatique dans 30 % des cas. Survient surtout en hiver et au printemps.
Complications	Méningite généralement sans séquelle dans 10 % des cas. Après la puberté : orchite chez 20 à 30 % des hommes et ovarite chez 5 % des femmes, qui entraînent rarement la stérilité. Dans de rares cas : arthrite, pancréatite, surdité, thyroïdite, encéphalite.
Particularités associées à la femme enceinte	La femme enceinte qui contracte la maladie au premier trimestre risque davantage un avortement spontané. Aucune malformation congénitale n'a été rapportée. Le vaccin contre les oreillons est contre-indiqué en cours de grossesse.
Diagnostic	Diagnostic clinique. Sérologie.
Traitement	Aucun. Diète molle sans fruit citrin, analgésiques et antipyrétiques au besoin.
Pronostic	Excellent.

...verso



Prévention	<p>Renforcement des mesures d'hygiène.</p> <p>Vaccination universelle à l'âge de 12 mois.</p> <p>Le vaccin administré après une exposition peut ne pas protéger pas les personnes réceptives suite à un contact récent mais les protégera lors d'une exposition subséquente.</p>
Recommandations	<p>Validation du cas par la DSP.</p> <p>Intervention selon les recommandations provinciales.</p> <p>Exclusion du cas jusqu'à 5 jours après le début du gonflement des parotides.</p> <p>Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.</p> <p>Surveillance de l'apparition de nouveaux cas.</p>



6.14 OXYUROSE

Définition	Infection de l'intestin causée par un parasite, le ver rond appelé <i>Enterobius vermicularis</i>
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 2 à 6 semaines.
Période de contagiosité	Tant que la personne n'est pas traitée.
Durée de la maladie	Jusqu'à la prise du traitement.
Modes de transmission	Par ingestion d'œufs d' <i>Enterobius vermicularis</i> provenant de l'anus d'une personne infectée, soit de la même personne ou d'une autre personne, par l'intermédiaire des mains, des vêtements, de la literie ou de tout autre objet contaminés par les œufs du ver.
Tableau clinique	Démangeaisons anales surtout la nuit causant de l'irritabilité et un dérangement du sommeil. Souvent asymptomatique.
Complications	Les complications sont rares : vulvo-vaginite, salpingite, infection du tractus urinaire, granulome pelvien.
Particularités associées à la femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique. Visualisation du ver adulte dans la région anale, de 2 à 3 heures après que l'enfant se soit endormi. Application d'une bande adhésive transparente à la région anale afin de recueillir des œufs pour un examen au microscope.
Traitement	Antiparasitaire. Traitement à répéter après 2 semaines. Traitement de tous les contacts familiaux symptomatiques ou non.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Renforcement des mesures d'hygiène telles que le lavage des mains en portant une attention particulière aux ongles. Garder les ongles courts. Laver la literie, les pyjamas et les sous-vêtements tous les jours pendant les 2 ou 3 jours suivant le début du traitement.
Recommandations	Aucune exclusion. Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.

6.15 PÉDICULOSE

Définition	Infestation parasitaire des régions pileuses du corps : <ul style="list-style-type: none"> ▪ pou de tête (<i>Pediculus humanus capitis</i>), ▪ pou de corps (<i>Pediculus humanus corporis</i>), ▪ pou du pubis (<i>Phthirus pubis</i>).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Environ 10 jours.
Période de contagiosité	Tant que les poux et les lentes demeurent vivants sur la personne infestée ou sur ses effets personnels.
Durée de la maladie	Tant qu'un traitement efficace n'a pas été appliqué.
Modes de transmission	Par contact direct, de tête à tête, avec une personne infestée. Par contact indirect avec les effets personnels d'une personne infestée (brosse à cheveux, peignes, chapeaux, etc.) ; ce type de contact joue un rôle secondaire dans la transmission. Il faut noter que les poux de tête ne transmettent aucune maladie.
Tableau clinique	Démangeaisons du cuir chevelu. Lentes collées à la racine des cheveux derrière les oreilles, à l'occiput et parfois dans les sourcils.
Complications	Lésions de grattage du cuir chevelu. Surinfection secondaire des lésions de grattage.
Particularités associées à la femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique.
Traitement	Se référer au document <i>Pédiculose : outils d'intervention</i> , juin 2002.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Sensibilisation et éducation des parents et du personnel à la détection précoce des poux et des lentes et à l'application rigoureuse des mesures de contrôle. Éviter de partager les peignes, brosses à cheveux, chapeaux et casquettes.
Recommandations	Se référer au <i>Protocole d'intervention La pédiculose</i> , juillet 2000. Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3. Remettre aux parents des enfants infestés le dépliant <i>Poux... poux...</i>

poux... tout savoir sur les poux de tête du MSSS, version 2009.

6.16 PHARYNGO-AMYGDALITE STREPTOCOCCIQUE ET SCARLATINE

Définition	Infection de la gorge causée par le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A qui produit parfois une toxine érythrogène (scarlatine).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 1 à 5 jours.
Période de contagiosité	Jusqu'à 24 heures après le début du traitement. Sans traitement : habituellement de 10 à 21 jours.
Durée de la maladie	Rarement plus de 7 jours.
Modes de transmission	Par les gouttelettes projetées par les personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent. Plus rarement par ingestion d'aliments contaminés. Environ 5 à 15 % des enfants sont des porteurs sains de la bactérie ; le risque de transmission de l'infection par ces enfants est minime.
Tableau clinique	Fièvre élevée, maux de gorge, hyperémie du pharynx ou des amygdales avec ou sans exsudats, pétéchies au palais, atteinte de l'état général, nausées, vomissements et adénopathies cervicales. Dans le cas de la scarlatine, d'autres signes s'ajoutent : langue framboisée, érythème fin blanchissant sous la pression et donnant au toucher une impression de papier sablé atteignant le cou, le corps, l'intérieur des cuisses et particulièrement les plis de flexion des aines, des coudes et des genoux. L'éruption diminue en une semaine et il peut y avoir desquamation surtout aux extrémités.
Complications	Otite moyenne, sinusite, mastoïdite, impétigo, abcès périamygdalien ou rétropharyngien.
Particularités associées à la femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique mais difficile à distinguer de la pharyngite virale. Culture ou détection d'antigènes dans un prélèvement de gorge.
Traitement	Antibiothérapie. Hydratation, antipyrétiques si fièvre.
Pronostic	Bon en général.
Prévention	Renforcement des mesures d'hygiène.
Recommandations	Exclusion jusqu'à 24 heures après le début du traitement. Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.

6.17 ROUGEOLE (MADO)

Définition	Infection très contagieuse causée par un virus de la famille des paramyxovirus. Infection rare au Québec depuis l'introduction d'une deuxième dose de vaccin au calendrier régulier.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 7 à 18 jours, en moyenne 14 jours.
Période de contagiosité	De 4 jours avant jusqu'à 4 jours après l'apparition de l'éruption. Contagiosité maximale avant l'apparition de l'éruption.
Durée de la maladie	De 7 à 10 jours.
Modes de transmission	Par les gouttelettes projetées par les personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent, ou éternuent. Par voie aérienne : propagation dans l'air de microgouttelettes contenant le virus.
Tableau clinique	Atteinte de l'état général, fièvre élevée, toux, rhinorrhée, conjonctivite, photophobie et signe de Koplik (lésion typique de la muqueuse buccale). De 3 à 5 jours plus tard : éruption maculo-papulaire généralisée, débutant au visage et au cou. Survient surtout en hiver et au début du printemps.
Complications	Otite moyenne (de 5 à 9 % des cas), infection pulmonaire (de 1 à 5 % des cas), encéphalite (1 cas/1000). Décès : de 1 à 2 cas/1000. Généralement plus sévère chez les nourrissons, les adultes, les femmes enceintes et les personnes immunosupprimées.
Particularités associées à la femme enceinte	Risque plus élevé d'avortement spontané, de prématurité ou de naissance d'un bébé de petit poids. Le vaccin contre la rougeole est contre-indiqué en cours de grossesse.
Diagnostic	Diagnostic clinique. Sérologie. Culture.
Traitement	Antipyrétiques si fièvre, antibiotiques si infection bactérienne secondaire.
Pronostic	Létalité : de 1 à 2 cas/1000.

...verso



Prévention	<p>Renforcement des mesures d'hygiène.</p> <p>Vaccination universelle à l'âge de 12 et 18 mois.</p> <p>Dans certains cas les immunoglobulines ou le vaccin sont recommandés après un contact (voir le <i>Protocole d'immunisation du Québec</i>, 2009).</p>
Recommandations	<p>Validation du cas par la DSP.</p> <p>Exclusion du cas durant la période de contagiosité.</p> <p>Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.</p> <p>Surveillance de l'apparition de nouveaux cas.</p>



6.18 RUBEOLE (MADO)

Définition	Infection causée par un virus de la famille des togavirus.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 14 à 23 jours.
Période de contagiosité	De 7 jours avant 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.
Modes de transmission	Par les gouttelettes projetées par les personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent. Par contact indirect avec des objets contaminés par les sécrétions. De la mère au bébé pendant la grossesse. Par contact avec les sécrétions, incluant l'urine et les selles, d'un enfant atteint de rubéole congénitale.
Tableau clinique	Asymptomatique dans 25 à 50 % des cas. Fièvre légère, adénopathies surtout sous-occipitales, rétroauriculaires et cervicales, conjonctivite, léger coryza, éruption maculo-papulaire discrète peu caractéristique, d'une durée moyenne de 3 jours, débutant au visage et progressant vers le corps. Survient surtout en hiver et au printemps.
Complications	Arthralgie et arthrite transitoire surtout chez les adolescentes et les femmes adultes. Rarement encéphalite ou thrombocytopénie.
Particularités associées à la femme enceinte	La rubéole peut se transmettre de la mère au bébé durant la grossesse. Le risque de rubéole congénitale est particulièrement élevé si l'infection survient au cours des 20 premières semaines de la grossesse : l'enfant pourra présenter de la surdité, une déficience intellectuelle, des malformations cardiaques et des cataractes. Un avortement spontané est aussi possible. Le vaccin contre la rubéole est contre-indiqué en cours de grossesse.
Diagnostic	Diagnostic clinique peu fiable. Sérologie. Culture.

Traitement	Antipyrétiques si fièvre. ...verso
Pronostic	Bon, sauf pour la rubéole congénitale.
Prévention	Renforcement des mesures d'hygiène. Vaccination universelle à l'âge de 12 mois. Vaccination des adolescentes et des jeunes femmes réceptives en âge de procréer.
Recommandations	Validation du cas par la DSP. Intervention selon le document provincial <i>Protocole d'intervention La rubéole</i> , 1998. Exclusion du cas durant la période de contagiosité. Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.

6.19 SYNDROME PIEDS-MAINS-BOUCHE

Définition	Infection causée par le virus <i>Coxsackie</i> de la famille des entérovirus.
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	Généralement moins de 10 jours.
Modes de transmission	Par les gouttelettes projetées par les personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent. Par contact avec les sécrétions ou les selles d'une personne infectée. Par contact indirect avec les mains ou des objets contaminés par les sécrétions ou les selles.
Tableau clinique	Infection le plus souvent asymptomatique. Fièvre, pharyngite ou stomatite vésiculeuse avec lésions de nombre et de taille variables localisées aux mains et aux pieds.
Complications	Insuffisance cardiaque et encéphalite.
Particularités associées à la femme enceinte	Une infection chez la mère en fin de grossesse peut parfois causer une myocardite ou une encéphalite chez le nouveau-né.
Diagnostic	Habituellement diagnostic clinique. Culture virale de la gorge, des sécrétions nasopharyngées ou des selles.
Traitement	De support.
Pronostic	Excellent.
Prévention	Renforcement des mesures d'hygiène.
Recommandations	Aucune exclusion. Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.

6.20 TEIGNE

Définition	Infection mycotique de la peau (<i>tinea corporis</i> ou <i>pedis</i>) ou du cuir chevelu (<i>tinea capitis</i>).
Réservoir	Teigne du cuir chevelu et du corps : être humain, animaux domestiques surtout les chats et les chiens. Teigne des pieds (pied d'athlète) : être humain.
Période d'incubation	Teigne du cuir chevelu : de 2 à 14 jours. Teigne corporelle : de 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 n'a pas été administré.
Modes de transmission	Teigne du cuir chevelu et corporelle : par contact étroit avec la peau d'une personne infectée ou par contact indirect avec des objets, des cheveux ou des poils d'animaux contaminés. Teigne des pieds : par contact avec les lésions d'une personne infectée ou par contact indirect avec des planchers contaminés, surtout les planchers des douches, salles de déshabillage et piscines publiques.
Tableau clinique	Teigne du cuir chevelu : papules avec plaques squameuses ressemblant à des pellicules, perte de cheveux avec zones dénudées, pustules et, plus rarement, lésions suppuratives pouvant s'accompagner de fièvre et adénopathies. Teigne corporelle : lésions annulaires plates dont la périphérie est érythémateuse et peut aussi être papulo-vésiculaire ou squameuse. Le prurit est fréquent. Teigne des pieds : fissures avec desquamation et prurit entre les orteils latéraux avec parfois douleur et odeur fétide.
Complications	Teigne du cuir chevelu : plaques d'alopecie permanentes. Teigne corporelle : aucune. Teigne des pieds : surinfection bactérienne.
Particularités associées à la femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Diagnostic clinique. Examen microscopique. Culture.

...verso

Traitement	<p>Teigne du cuir chevelu : antifongique oral.</p> <p>Teigne corporelle : antifongique topique et parfois oral pour les cas réfractaires.</p> <p>Teigne des pieds : antifongique topique ou oral pour les cas plus graves.</p>
Pronostic	Bon.
Prévention	<p>Renforcement des mesures d'hygiène.</p> <p>Teigne du cuir chevelu : ne pas partager les objets personnels tels que brosses, peignes et chapeaux.</p> <p>Teigne corporelle : recouvrir les lésions, si possible.</p> <p>Teigne des pieds : éviter de marcher pieds nus dans les endroits publics (piscine, douche, gymnase).</p>
Recommandations	<p>Teigne du cuir chevelu et teigne corporelle : exclusion jusqu'à ce que le traitement soit débuté.</p> <p>Teigne des pieds : aucune exclusion.</p> <p>Dans le cas de la teigne corporelle et de la teigne des pieds, éviter de fréquenter la piscine, à moins que les lésions soient couvertes ou que l'élève porte des souliers de baignade.</p> <p>Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.</p>



6.21 VARICELLE

Définition	Infection causée par un virus, le <i>varicella-zoster</i> .
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 10 à 21 jours, en moyenne de 14 à 16 jours.
Période de contagiosité	De 1 à 2 jours avant 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 1 à 2 semaines.
Modes de transmission	Par les gouttelettes projetées par les personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent. Par voie aérienne : propagation dans l'air de microgouttelettes contenant le virus. Par contact indirect avec des objets contaminés par les sécrétions. Par contact avec le liquide présent dans les vésicules.
Tableau clinique	Fièvre et éruption maculo-papulaire devenant rapidement vésiculaire, généralisée et prurigineuse, qui commence à croûter en 24 à 48 heures. Maladie souvent plus grave chez l'adulte et les personnes immunosupprimées. Survient habituellement à la fin de l'hiver ou au début du printemps.
Complications	Surinfection bactérienne des lésions chez 5 % des enfants en bonne santé, arthrite, pneumonie, ostéomyélite et septicémie. La varicelle augmente de 58 fois le risque d'infection invasive causée par le streptocoque du groupe A chez les enfants auparavant en bonne santé.
Particularités associées à la femme enceinte	Risque du syndrome de varicelle congénitale (atrophie des membres et cicatrices cutanées) de 0,4 à 2 % si l'infection maternelle survient au cours du premier trimestre de la grossesse. Une varicelle néonatale grave peut survenir si la mère fait la varicelle dans les 5 jours avant l'accouchement jusqu'à 2 jours après. Une femme enceinte qui n'a jamais fait la varicelle ou qui n'a jamais été vaccinée et qui a été en contact avec une personne atteinte de varicelle doit consulter rapidement son médecin.
Diagnostic	Diagnostic clinique.

Traitement	<p>Antihistaminiques si démangeaisons incommodantes, antipyrétiques (acétaminophène) si fièvre.</p> <p>Un traitement antiviral peut être envisagé chez les personnes réceptives à risque de développer une varicelle grave.</p>
Pronostic	Bon.
Prévention	<p>Renforcement des mesures d'hygiène.</p> <p>Vaccination universelle à l'âge de 12 mois.</p> <p>L'administration du vaccin à une personne réceptive dans les 5 jours suivant l'exposition à la varicelle est efficace à 90 % ou plus dans la prévention de la maladie.</p> <p>Administration d'immunoglobulines contre le <i>varicella-zoster</i> (VZIG) aux personnes réceptives à haut risque telles les personnes immunosupprimées et les femmes enceintes, dans les 96 heures suivant le premier contact avec une personne atteinte de varicelle.</p>
Recommandations	<p>Aucune exclusion.</p> <p>Envoi d'une lettre d'information aux parents : voir annexe 3.</p>