

Survenue de **maladies infectieuses** dans une **collectivité** **Conduites à tenir**

Collection
Avis et Rapports

COMMISSION SPECIALISEE MALADIES TRANSMISSIBLES

**Guide des conduites à tenir
en cas de maladies infectieuses
dans une collectivité d'enfants ou d'adultes**

**Rapport du groupe de travail
28 septembre 2012**

SOMMAIRE

SAISINE	5
GROUPE DE TRAVAIL	6
DECLARATIONS PUBLIQUES D'INTERET	6
1 – Introduction	7
2 - Mesures d'hygiène en collectivités	11
2.1 - La contamination	11
2.1.1 - Les réservoirs d'agents infectieux	11
2.1.2 - Les sources de contamination	11
2.1.3 - Mode de contamination	12
2.2 - Mesures préventives d'hygiène	12
2.2-1 - Mesures d'hygiène	12
2.2.1.1 - Hygiène des locaux, du matériel, du linge, de l'alimentation	12
2.2.1.2 - Hygiène individuelle	12
2.2-2 - Mesures renforcées d'hygiène en cas de maladies contagieuses dans la collectivité	13
2.2.2.1 - Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination digestive	13
2.2.2.2 - Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions respiratoires	14
2.2.2.3 - Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination à partir de lésions cutanéomuqueuses	14
2.2.3 - Mesures d'hygiène en cas d'exposition à du sang	14
3 – Fiches	17
Liste alphabétique des fiches	17
Quelques « équivalences »	18
GLOSSAIRE	93



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

Secrétariat d'état à la santé

Direction générale de la Santé

Sous-direction prévention des risques infectieux
Bureau risques infectieux et politique vaccinale

DGS-RII - N° 315

Personne en charge du dossier :

Dr Sabine Henry

Tél. : 01 40 56 72 38



23 AOU 2011

000122

Monsieur le Président du

Haut Conseil de la santé publique

18 place des cinq Martyrs du lycée Buffon
75014 Paris

Objet : Saisine du Haut Conseil de la santé publique relative à l'actualisation du guide des conduites à tenir en cas de maladies transmissibles dans une collectivité d'enfants

Les collectivités d'enfants mettent en contact de nombreux individus dans un espace relativement restreint, ce qui favorise la transmission des agents infectieux. Il est donc important d'avoir connaissance le plus rapidement possible de la survenue d'une maladie transmissible dans ce type de collectivité afin de mettre en œuvre au plus tôt les mesures de contrôle individuelles ou collectives qui s'imposent.

Le contrôle optimal des maladies transmissibles nécessite une information précise sur la période d'incubation, la durée de la contagion et les mesures à prendre concernant l'éviction du sujet malade de la collectivité, l'hygiène et la prévention de l'entourage. Dans les collectivités d'enfants, tous les enfants et membres du personnel malades ou ayant été au contact d'une personne présentant l'une de ces infections sont soumis à des mesures de prophylaxie, dont parfois l'éviction.

Il est à noter que ces mesures d'éviction sont actuellement définies par l'arrêté du 3 mai 1989¹ qui s'applique aux établissements d'enseignement et d'éducation publics et privés ainsi qu'aux centres de vacances et de loisirs. L'arrêté du 14 mai 1990 a étendu les consignes aux établissements d'enseignement agricole publics et privés.

Les mesures de prophylaxie et d'éviction de cet arrêté n'étant plus adaptées, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) a élaboré en 2003 un document, « *Guide des conduites à tenir en cas de maladies transmissibles dans une collectivité d'enfants* », destiné aux médecins traitants et aux médecins de ces collectivités qui doivent, en lien avec les directeurs de ces structures, mettre en œuvre les mesures de contrôle préconisées. Ce guide est constitué de fiches rassemblant de façon homogène et concise l'ensemble des données existantes à l'époque. Chaque maladie transmissible, dont le diagnostic a été porté par le médecin traitant, fait l'objet d'une fiche individuelle précisant les informations et les étapes nécessaires à la compréhension des mesures à prendre, en particulier la durée de l'éviction, pour lutter contre la ou les source(s) de contamination et pour réduire la transmission de l'agent infectieux.

Aucune actualisation des fiches et des mesures préconisées en cas de maladies transmissibles dans une collectivité d'enfants n'a été réalisée depuis la publication du guide en 2003. Je demande donc au Haut Conseil de la santé publique (HCSP) de procéder à cette actualisation, au vu des données de la littérature et des recommandations actuellement en vigueur. Je lui demande également de préciser les infections pour lesquelles l'éviction est essentielle en termes de santé publique et doit s'imposer aux collectivités d'enfants.

Je souhaite pouvoir disposer des conclusions des travaux du HCSP dans les meilleurs délais et au plus tard à la fin du mois de décembre 2011.

La directrice générale adjointe
de la santé

¹ Arrêté du 3 mai 1989 relatif aux durées et conditions d'éviction, mesures de prophylaxie à prendre à l'égard des élèves et du personnel dans les établissements d'enseignement et d'éducation publics et privés en cas de maladies transmissibles (Journal officiel du 31 mai 1989).

² Disponible : <http://www.sante.gouv.fr/guide-des-conduites-a-tenir-en-cas-de-maladie-transmissible-dans-une-collectivite-d-enfants.html>

GROUPE DE TRAVAIL

Agathe BILLETTE de VILLEMEUR, HCSP-CTV

Anne BERGER-CARBONNE, PH Hygiène hospitalière, Hôpital européen Georges Pompidou

Isabelle BONMARIN, InVS

Gérard CHERON, HCSP-CSMT

Emmanuel DEBOST, HCSP-CSMT

Véronique DUFOUR, Médecin de PMI

Daniel FLORET, HCSP-CTV, Président du CTV, Président du groupe de travail

Corinne LE GOASTER, SG-HCSP

François PUISIEUX, HCSP-CSMT

Sylvie QUELET, HCSP-CSMT

Jeanne-Marie URCUN, ministère de l'Education nationale, DGESCO

ONT EGALEMENT COLLABORE A CE GUIDE

Eric CAUMES, HCSP-CMVI, Président du CMVI

Hélène PEIGUE-LAFEUILLE, HCSP-CSMT, Vice-présidente de la CSMT

Nathalie VAN DER MEE-MARQUET, HCSP-CSMT

DECLARATIONS PUBLIQUES D'INTERET

Pas de lien d'intérêt déclaré au Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

1 - Introduction

S'agissant des collectivités d'enfants, les mesures d'évictions scolaires ont été définies par l'arrêté du 3 mai 1989 relatif aux durées et conditions d'éviction et aux mesures de prophylaxie à l'égard des élèves et du personnel dans les établissements d'enseignement et d'éducation publics et privés en cas de maladie contagieuse (Journal officiel du 31 mai 1989) [1].

Ce texte s'appliquait aux établissements d'enseignement et d'éducation publics et privés en cas de maladie contagieuse et aux centres de vacances et de loisirs. L'arrêté du 14 mai 1990 étendait les mêmes consignes aux établissements d'enseignement agricole publics et privés [2]. Dans la pratique, les crèches et les garderies d'enfants s'appuyaient sur ce texte en cas de survenue de maladies contagieuses chez les enfants dont ils ont la charge.

Cependant la mise en œuvre de certaines des mesures définies par cet arrêté n'était plus adaptée et donc mal appliquée. De ce fait, la rédaction d'un guide des conduites à tenir en cas de maladies transmissibles dans une collectivité d'enfants a été demandée au Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) qui a produit ce texte le 14 mars 2003 prenant en compte l'évolution des connaissances scientifiques et des avancées thérapeutiques en matière de traitement curatif et prophylactique [3]. La publication de ce guide n'a pas été suivie de la révision de l'arrêté du 3 mai 1989 et, en pratique, ce document est demeuré relativement confidentiel.

Suite à une nouvelle saisine du Directeur général de la santé en date du 23 août 2011, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a confié à la Commission spécialisée Maladies transmissibles (CSMT) la mission de réviser le guide de 2003. Un groupe de travail a été constitué, lequel a décidé de ne pas limiter son champ d'expertise aux collectivités d'enfants.

S'agissant des collectivités d'adultes, il faut distinguer celles qui sont des lieux d'hébergement, comme les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes ou les personnes handicapées, pour lesquelles des mesures d'éviction temporaire ne sont pas envisageables, mais où des mesures d'isolement peuvent être prises et les autres collectivités comme, par exemple, les « clubs du troisième âge » ou équivalent, les accueils de jour.

Les recommandations présentes s'appliquent à l'ensemble des collectivités, en sachant que l'ensemble des pathologies abordées ne concernent pas de façon identique toutes les tranches d'âge et que des mesures d'éviction seront remplacées par des mesures d'isolement.

L'objectif du groupe de travail a été pour chaque maladie infectieuse, d'une part de considérer l'éviction temporaire d'une collectivité essentiellement sous l'angle de la réduction de la transmission et d'autre part de préciser les mesures de prévention qui doivent être prises au sein de la collectivité.

Il laisse le médecin traitant juge de décider de prolonger la durée de l'absence dans l'intérêt du malade (enfant ou adulte) si son état de santé le nécessite. Par ailleurs, cette prolongation peut également se justifier par la perturbation du fonctionnement de la collectivité que la maladie peut entraîner, ce qui ne peut s'envisager qu'au cas par cas et ne peut être traité ici.

De plus il est très important d'avoir connaissance de la survenue d'une maladie transmissible dans la collectivité afin de mettre en œuvre le plus rapidement possible les mesures préventives ou curatives qui s'imposent pour les personnes exposées ayant un déficit immunitaire ou présentant un risque accru de complications.

Dans certaines pathologies, la période de contagiosité étant présente voire maximale avant le début des signes cliniques permettant le diagnostic, quand les patients sont encore asymptomatiques ou présentent peu de signes, l'éviction/isolement des personnes malades

n'est pas totalement efficace. Cependant cela peut parfois se justifier à la phase du diagnostic afin d'en réduire le risque pour la collectivité.

Il est à rappeler que

- Pour toute personne malade (par exemple présentant de la fièvre, des vomissements ou une diarrhée profuse...), la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse n'est pas souhaitable, même si l'agent pathogène responsable de l'infection ne justifie pas par lui-même une éviction temporaire de la collectivité.
- Le retour (ou la levée d'isolement) d'un sujet malade (enfant ou adulte) en collectivité n'est sous tendu à la prescription d'antibiotiques que de façon exceptionnelle (coqueluche, streptocoque du groupe A, shigelles...). Dans ces cas seulement, la collectivité peut demander à la personne ou sa famille la preuve que cet antibiotique a bien été prescrit (copie de l'ordonnance). Par ailleurs, dans de rares cas, le retour en collectivité peut être subordonné à la production d'examens microbiologiques négatifs. Par contre, la collectivité est infondée à demander la fourniture d'un certificat de non contagion, que les médecins doivent s'abstenir de rédiger.

La prévention des maladies transmissibles en collectivité vise à lutter contre les sources de contamination et à réduire la transmission. Les collectivités d'enfants ou d'adultes mettent en contact de nombreux individus dans un espace relativement restreint, ce qui favorise la transmission des agents infectieux.

Trois étapes sont nécessaires pour la transmission d'une maladie infectieuse d'un individu à l'autre ou à partir de l'environnement :

- émission de l'agent pathogène par le sujet malade ou simplement porteur (sécrétions respiratoires, selles, urines, sang ...) ou par la source environnementale ;
- transmission directe à la personne saine (de personne à personne ou par aérosol) ou transmission indirecte (par l'intermédiaire d'objets contaminés ou de vecteur) ;
- introduction de l'agent pathogène (bouche, nez, peau...) chez l'individu jusqu'alors sain qui devient infecté.

La connaissance de la période d'incubation d'une maladie transmissible permet d'estimer le temps durant lequel d'autres cas peuvent survenir dans la collectivité et de déterminer la rapidité avec laquelle les mesures de prévention telles que l'immunothérapie et la chimioprophylaxie doivent être mises en œuvre.

La période de contagion des maladies transmissibles d'un individu à l'autre permet, quant à elle, de définir la durée d'exclusion pendant laquelle le sujet malade présente un risque pour la santé des autres membres de la collectivité.

Le contrôle optimal des maladies infectieuses nécessite donc une information précise sur la période d'incubation, la durée de la contagiosité, les mesures à prendre concernant l'éviction du sujet malade, l'hygiène et la prévention de l'entourage.

Afin de rassembler de façon homogène et concise l'ensemble de ces données, un guide des conduites à tenir en cas de maladies transmissibles dans une collectivité d'enfants ou d'adultes, constitué de fiches, est apparu comme l'outil le plus pertinent par sa facilité d'utilisation.

La conception de ces fiches s'est appuyée sur les données de la littérature nationale et internationale ainsi que sur les recommandations (circulaires, avis du CSHPF puis du HCSP) en vigueur et les avis d'experts (conférence de consensus ...).

Chaque maladie infectieuse **dont le diagnostic a été porté par le médecin traitant** qui suit l'enfant ou l'adulte, a fait l'objet d'une fiche individuelle précisant les étapes nécessaires à la compréhension des mesures à prendre.

De ce fait, les dispositions prévues dans le présent guide s'appliquent à l'ensemble des collectivités. Le cas échéant, les mesures de contrôle recommandées ont été adaptées aux types de collectivités.

Ce guide s'adresse aux médecins traitants, aux médecins de ces collectivités qui ont en charge les mesures à prendre en cas de maladies infectieuses en coordination avec les directeurs de collectivité, et aux gestionnaires (Agences régionales de santé, Cellule de lutte contre les infections nosocomiales, etc.).

Références

- [1] Arrêté du 3 mai 1989 relatif aux durées et conditions d'éviction, mesures de prophylaxie à prendre à l'égard des élèves et du personnel dans les établissements d'enseignement et d'éducation publics et privés en cas de maladies contagieuses.

Disponible sur

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19890531&numTexte=&pageDebut=06806&pageFin= (consulté le 26/07/2012).

- [2] Arrêté du 14 mai 1990 relatif aux durées et conditions d'éviction, mesures de prophylaxie à prendre à l'égard des élèves et du personnel dans les établissements d'enseignement agricole publics et privés en cas de maladies contagieuses

Disponible sur

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19900608&numTexte=&pageDebut=06725&pageFin= (consulté le 26/07/2012).

- [3] Guide des conduites à tenir en cas de maladies transmissibles dans une collectivité d'enfants. CSHPF, 14 mars 2003

Disponible sur

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_conduites_a_tenir_en_cas_de_maladie_transmissible_dans_une_collectivite_d_enfants.pdf (consulté le 02/03/2012).

2 - Mesures d'hygiène en collectivités

L'application des règles d'hygiène tient une place essentielle dans la prévention des maladies transmissibles en collectivité pour lutter contre les sources de contamination et réduire la transmission. Un rappel régulier de la bonne pratique des règles d'hygiène est nécessaire.

Les mesures d'hygiène portent sur l'hygiène des mains [1], l'hygiène alimentaire, l'hygiène des locaux, du matériel, du linge et l'hygiène individuelle. Une application rigoureuse de ces mesures permet de prévenir la propagation des agents infectieux. Elles doivent s'appliquer au quotidien même en dehors d'infection déclarée.

Les mesures d'hygiène sont d'autant plus importantes que l'établissement accueille des jeunes enfants ou des personnes fragiles. La survenue d'une maladie transmissible dans la collectivité doit faire l'objet d'une alerte, et être l'occasion de revoir ces mesures et leur application pour prévenir des cas secondaires ou une épidémie.

Une bonne compréhension de la propagation d'une maladie transmissible permet d'avoir une action plus efficace sur la mise en place des mesures d'hygiène à appliquer.

2.1 - La contamination

2.1.1 - Les réservoirs d'agents infectieux

Les réservoirs d'agents infectieux sont :

- l'Homme asymptomatique (« sain »), qui est porteur d'une flore commensale dont font partie certains germes pathogènes comme les staphylocoques dorés, les entérobactéries comme *Escherichia coli*... ;
- l'Homme malade, qui constitue le principal réservoir du germe responsable de l'infection en cause (grippe, rougeole, méningite...) ;
- l'environnement - terre, air, eau, objets - qui peuvent aussi être réservoirs d'agents pathogènes (*Clostridium*, Légionnelle, *Aspergillus*...) ;
- les animaux, qui peuvent également être porteurs de germes pathogènes mais sont une source rare de contamination pour l'homme : *Escherichia coli* producteurs de Shigatoxines chez les bovins, ovins... (cf. fiche Gastroentérite à *Escherichia coli* entérohémorragique p. 34).

2.1.2 - Les sources de contamination

La source dépend du lieu de vie de l'agent infectieux chez l'Homme. Ce sont :

- les produits biologiques : sécrétions oro-pharyngées¹ émises lors de la toux, des éternuements, de la parole, le sang, les matières fécales... ;
- la peau infectée : plaie, liquide de vésicules, croûtes de lésions bactériennes... ;
- les cheveux infectés ou parasités.

¹ Dans les sécrétions oro-pharyngées, il faut distinguer les « grosses gouttelettes » qui sont lourdes et pour lesquelles la contamination entre individus nécessite une faible distance et les particules de Pflüge » constituées de très petites gouttelettes dont l'émission peut se faire sur une beaucoup plus grande distance et par aérosol.

2.1.3 - Mode de contamination

Le mode de contamination peut être :

- direct : la contamination se fait du réservoir vers l'hôte ;
- indirect : la contamination se fait par l'intermédiaire d'un vecteur tel que les mains (manuportage), un produit, un support inerte ou un matériel contaminé.

Les voies de transmission sont :

- la voie cutanée par contact direct avec les sécrétions ou la peau contaminés ou par contact indirect avec des objets contaminés ;
- la voie digestive ou contamination fécale-orale en ingérant un produit contaminé ou en portant à la bouche les mains ou un objet contaminés ;
- la voie respiratoire : aérienne (inhalation d'aérosols contaminés) ou gouttelettes (projection de gouttelettes infectantes sur les muqueuses par la toux et les éternuements).

2.2 - Mesures préventives d'hygiène

Elles doivent faire l'objet de procédures écrites, voire affichées, de façon simple et accessible (par exemple l'hygiène des mains).

2.2-1 - Mesures d'hygiène

Ces mesures doivent être appliquées au quotidien par les adultes et les enfants dans toute collectivité d'enfants ou d'adultes.

2.2.1.1 - Hygiène des locaux, du matériel, du linge, de l'alimentation

- Nettoyage quotidien des surfaces lavables en insistant sur les surfaces les plus souvent touchées : poignées de porte, téléphone, clavier, digicode... Une attention particulière sera apportée à l'entretien des sanitaires sans omettre les robinets, chasse d'eau, loquets..., selon les méthodes préconisées et à l'approvisionnement en continu de papier de toilette ;
- Vidage quotidien des poubelles et autres conditionnements recommandés selon la nature des déchets ;
- De plus, dans les crèches, maternelles et autres communautés s'occupant de jeunes enfants :
 - nettoyage quotidien des pots qui doivent être individuels ;
 - changement du linge dès que nécessaire. Les bavettes ou serviettes seront individuelles et lavées dès qu'elles sont visiblement souillées ;
 - lavage quotidien des matériels et des jouets ;
 - lavage régulier des peluches.
- Respects scrupuleux des règles d'hygiène alimentaire dans la préparation et la distribution des repas. La maîtrise de la qualité passe par la mise en place de la méthode HACCP (*Hazard Analysis Critical Control Point*) [2].

2.2.1.2 - Hygiène individuelle

- Le lavage des mains est un temps essentiel car la contamination manu portée est responsable de nombreuses infections pour les enfants et les adultes dans les collectivités :

- le lavage des mains doit être pratiqué avant chaque repas, après chaque passage aux toilettes, après manipulation des objets possiblement contaminés (terre, animal...), après s'être mouché ;
 - il est à renouveler chaque fois qu'il y a un contact avec un produit biologique (selles, urines, sang) ;
 - le lavage des mains se fait avec un savon liquide et de l'eau. Le séchage des mains doit être soigneux, par tamponnement, de préférence avec des serviettes en papier jetables ou par un système automatique d'air chaud fonctionnant correctement. Les torchons ou serviettes à usage partagé sont à proscrire ;
 - les ongles doivent être coupés courts et brossés régulièrement avec une brosse nettoyée et rincée ;
 - en l'absence d'accès immédiat à un point d'eau, les produits hydro-alcooliques (PHA) peuvent être utilisés. ;
 - dans les établissements hébergeant des personnes à risque, l'utilisation de PHA pour l'hygiène des mains doit être privilégiée. Lorsque les mains ne sont pas souillées visuellement ni humides, la friction doit remplacer le lavage des mains.
- L'éducation des enfants sur l'importance de l'hygiène corporelle individuelle est un temps essentiel [3].

2.2-2 - Mesures renforcées d'hygiène en cas de maladies contagieuses dans la collectivité

La survenue d'une maladie transmissible dans la collectivité doit inciter à vérifier que ces mesures sont bien respectées, voire à les renforcer.

L'application des mesures usuelles d'hygiène doit être renforcée et parfois adaptée en cas de maladie contagieuse identifiée dans l'établissement en fonction de la source et du mode de contamination afin d'en interrompre la chaîne de transmission.

2.2.2.1 - Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination digestive

- Hygiène des mains par lavage par lavage simple au savon, ou par friction avec un PHA si les mains ne sont pas souillées visuellement ni humides.
- Manipuler tout objet ou matériel souillé par les selles et les vomissements avec des gants jetables.
- Placer dans des sacs hermétiques fermés le linge souillé ou les déchets afin qu'ils soient lavés, désinfectés ou jetés. Les gants doivent être retirés dès que possible, et une hygiène des mains doit être réalisée immédiatement après le retrait des gants (lavage des mains au savon ou friction avec un PHA si les mains ne sont pas souillées visuellement ni humides).
- Protéger sa tenue avec un tablier en plastique à usage unique pour effectuer les changes d'un malade présentant des diarrhées et des vomissements. Si la tenue ne peut être protégée, se changer après les soins.
- Dans les crèches et maternelles, nettoyer soigneusement les matelas de change ou de lit souillés entre chaque change avec un produit détergent-désinfectant.

- Si des surfaces sont contaminées par des liquides biologiques (selles, vomissements), il est conseillé d'absorber les fluides avec du papier à usage unique qui sera jeté ; puis immédiatement de décontaminer la surface avec de l'eau de javel diluées à 10%. Il est nécessaire de porter des gants pour effectuer cette opération. Les gants doivent être retirés dès que possible, et une hygiène des mains doit être réalisée immédiatement après le retrait des gants (lavage des mains au savon ou friction avec un PHA si les mains ne sont pas souillées visuellement ni humides).

2.2.2.2 - Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination par les sécrétions respiratoires

- Hygiène des mains par lavage simple au savon, ou par friction avec un PHA si les mains ne sont pas souillées visuellement ni humides.
- Nettoyer soigneusement les sécrétions nasales avec des mouchoirs en papier à usage unique jetés dans une poubelle recouverte d'un couvercle. Se laver immédiatement les mains ensuite.
- Mettre un mouchoir en papier devant son nez et/ou sa bouche en cas de toux ou d'éternuement. Dans les collectivités hébergeant des personnes à risque, le port du masque est recommandé pour la personne malade et les sujets contacts [4]. Des mesures spécifiques peuvent être préconisées dans le cadre d'agents pathogènes émergents.
- Laver soigneusement les surfaces, jouets et autres objets présents dans les lieux fréquentés par la personne malade.

2.2.2.3 - Mesures d'hygiène pour les pathologies dues à une contamination à partir de lésions cutanéomuqueuses

- Hygiène des mains par lavage simple au savon, ou par friction avec un PHA si les mains ne sont pas souillées visuellement ni humides.
- Utiliser des gants jetables à usage unique pour effectuer les soins d'une lésion cutanée ou muqueuse. Les gants doivent être retirés et jetés avant de toucher tout autre objet (cahier, crayon, téléphone...). La lésion doit être protégée par un pansement. Un lavage des mains juste après le soin et le retrait des gants est requis.
- Pour chaque type de pathologie, les mesures spécifiques à prendre sont décrites dans la fiche correspondante.

2.2.3 - Mesures d'hygiène en cas d'exposition à du sang

- Lors d'une exposition accidentelle lors de soins dispensés en cas de plaie :
 - lavage des mains nettoyage immédiat des lésions à l'eau et au savon, rinçage puis
 - désinfection avec un dérivé chloré (ex : solution de Dakin) ou un autre antiseptique ;
 - en cas de contact avec une muqueuse, rinçage abondant au sérum physiologique ou avec de l'eau.
- Lors d'une blessure accidentelle avec un objet potentiellement contaminé, une consultation spécialisée est nécessaire le plus rapidement possible auprès d'un service référent [5].
- En cas de contamination d'une surface inerte par du sang :
 - absorber les fluides avec du papier à usage unique qui sera jeté ;

- décontaminer immédiatement la surface souillée avec de l'eau de Javel diluée au 1/10^{ème} ;
- nettoyer soigneusement le matériel qui sera décontaminé avec de l'eau de Javel diluée au 1/10^{ème}.

Références

- [1] INPES. Hygiène des mains simple et facile.
Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1240.pdf> (consulté le 26/07/2012).
- [2] HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point, méthode et principes de gestion de la sécurité sanitaire des aliments
Disponible sur http://www.haccp-guide.fr/definition_haccp.htm (consulté le 26/07/2012).
- [3] Hygiene-educ.com. Site éducatif sur l'hygiène proposé par l'Institut Pasteur.
Disponible sur <http://www.hygiene-educ.com/fr/profs/sommaire.htm> (consulté le 26/07/2012).
- [4] Surveiller, prévenir les infections associées aux soins. Hygiènes 2010 ; vol. XVIII, N°4 : 180 pages
Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100518_survprevinfections.pdf (consulté le 26/07/2012).
- [5] Que faire en cas d'accident exposant au sang ? Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants (Geres)
Disponible sur http://www.geres.org/05-qfaes/05_cat.htm (consulté le 26/07/2012).

3 - FICHES

Angine	19
Bronchiolite.....	20
Bronchite	21
Chikungunya	23
Conjonctivite.....	25
Coqueluche	26
Dengue.....	28
Diphtérie	30
Gale.....	32
Gastroentérite présumée infectieuse sans agent pathogène défini	33
Gastroentérite à <i>Campylobacter spp.</i>	34
Gastroentérite à <i>Escherichia coli</i> entérohémorragique	35
Gastroentérite à salmonelles mineures.....	37
Gastroentérite à Shigelles	38
Gastroentérite à virus ou présumée virale	39
Giardiase	40
Grippe.....	41
Hépatite A.....	43
Hépatite B.....	45
Hépatite C	48
Hépatite E.....	50
Impétigo.....	52
Infections à <i>Clostridium difficile</i>	53
Infections à cytomégalovirus (CMV).....	55
Infections à herpes simplex.....	56
Infections à streptocoque A - Angine, Scarlatine	57
Infections invasives à méningocoque (IIM)	58
Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	60
Légionellose	63
Maladie pieds-mains-bouche	65
Stomatite vésiculeuse entérovirale avec exanthème	65
Mégalérythème épidémique (5 ^{ème} maladie).....	66
Méningite à <i>Haemophilus</i> de type b	67
Méningite à pneumocoque	68
Méningite virale	69
<i>Molluscum Contagiosum</i>	70
Mononucléose infectieuse.....	71
Oreillons	72
Otite (moyenne aiguë).....	73
Pédiculose du cuir chevelu.....	74
Pneumonie	75
Punaises de lit.....	77
Rhinopharyngite	78
Roséole (exanthème subit)	79
Rougeole	80
Rubéole	82
Teignes du cuir chevelu et de la peau.....	84
Tuberculose.....	85
Typhoïde et paratyphoïde	87
Varicelle.....	88
Verrues vulgaires	90
Zona	91

QUELQUES « EQUIVALENCES »

Bouton de fièvre	voir	Infection à herpes virus simplex
Diarrhée, vomissements	voir	Gastroentérite présumée infectieuse non documentée
Exanthème subit	voir	Roséole
Influenza	voir	Grippe
Jaunisse	voir	Hépatite A
Lambliaze	voir	Giardiase
Maladie du baiser	voir	Mononucléose infectieuse
Maladie du légionnaire	voir	Légionellose
Mal de gorge	voir	Angine
Méningite	voir	Infection invasive à méningocoque, à <i>Haemophilus</i> , à pneumocoque ou méningite virale
Parotidite	voir	Oreillons
Pharyngite	voir	Angine
Poux	voir	Pédiculose du cuir chevelu
Scabiose	voir	Gale
Sida	voir	Infection par le virus de l'immunodéficience humaine
VIH	voir	Infection par le virus de l'immunodéficience humaine

Angine

Agents pathogènes	▪ Essentiellement des virus : Adénovirus, virus Epstein Barr, entérovirus, virus <i>influenza</i> et <i>parainfluenza</i> ▪ Angine à streptocoque A. (cf. fiche spécifique) ▪ Exceptionnellement d'autres bactéries
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Sécrétions respiratoires
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : le plus souvent par les sécrétions respiratoires
Période d'incubation	Variable en fonction des germes, généralement quelques jours (1 à 7)
Contagiosité	Forte
Durée de la contagiosité	Elle peut débuter avant l'apparition des symptômes et se prolonger pendant la maladie
Population particulièrement exposée	Pas de population particulière
Population présentant un risque de gravité	Pas de population particulière
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/Isolement	Non sauf infection à streptocoque A (cf. Fiche p. 55) Toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse, n'est pas souhaitable.
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	Aucune Le maintien ou le retour dans la collectivité n'est pas lié à la prise d'un traitement antibiotique, exceptionnellement utile sauf infection à streptocoque A (cf. Fiche p. 55)
Références / Bibliographie	
▪ Recommandations de bonne pratique. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant (novembre 2011) Disponible sur http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf (consulté le 26/07/2012).	

Bronchiolite

Agent pathogène	▪ Virus respiratoire syncytial (VRS) essentiellement ▪ Plus rarement : virus grippal, rhinovirus, etc.
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Sécrétions et gouttelettes respiratoires A partir d'autres enfants malades ou à partir d'adultes parfois peu symptomatiques (simple rhume)
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct le plus souvent <i>E</i> : par contact indirect parfois
Période d'incubation	2 à 7 jours le plus souvent (VRS)
Contagiosité	Forte
Durée de la contagiosité	3 à 8 jours mais parfois de 3 à 4 semaines
Population particulièrement exposée	Les nourrissons (<i>i.e.</i> enfants âgés de moins de 2 ans)
Populations présentant un risque de gravité	▪ Nourrissons âgés de moins de 3 mois ▪ Nourrissons prématurés ▪ Nourrissons atteints de maladies respiratoires ou cardiaques ▪ Nourrissons immunodéprimés
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/Isolement	Non Toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse, n'est pas souhaitable.
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	Inciter les parents des nourrissons présentant un risque de gravité (cf. supra) à ne pas mettre ces enfants en collectivité en période épidémique
Références / Bibliographie	
▪ Conférence de consensus. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Anaes, URML Ile-de-France, 2000, 23 pages Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/bronchio.pdf (consulté le 26/07/2012).	

Bronchite

Agents pathogènes	Essentiellement des virus : - rhinovirus, - virus respiratoire syncytial (VRS) - virus parainfluenza etc
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Sécrétions respiratoires
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct le plus souvent <i>E</i> : par contact indirect parfois
Période d'incubation	1 à 7 jours (variable en fonction des virus)
Contagiosité	Forte
Durée de la contagiosité	Dès l'apparition des signes cliniques et pendant toute la durée de la phase symptomatique
Population particulièrement exposée	Pas de population particulière
Populations présentant un risque de gravité	▪ Personnes atteintes de maladies respiratoires ou cardiaques ▪ Personnes atteintes de mucoviscidose ▪ Personnes immunodéprimées
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/Isolement	▪ Pas d'éviction. Toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse, n'est pas souhaitable. ▪ Isolement recommandé dans les collectivités de sujets à risque. Si impossible, port d'un masque quand sortie hors de la chambre.
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	Pas de mesure particulière
Mesures à prendre dans des collectivités spécifiques	Cf. Guide des conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses chez des personnes âgées.
Références / Bibliographie	
▪ Conduites à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées. Rapport du Haut Conseil de la santé publique, 2012, 59 pages. Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120703_infecrespicollagees.pdf (consulté le 30/10/2012).	

- Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant. Recommandations. Novembre 2011, 18 pages.
Disponible sur <http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf> (consulté le 26/07/2012).

Chikungunya

Le chikungunya est une maladie à déclaration obligatoire

Agent pathogène	Virus chikungunya [CHIKV] (famille <i>Togaviridae</i> ; genre <i>alphavirus</i>)
Réservoir	▪ Homme ▪ Primates
Source de contamination	Sujets virémiques 1 à 2 jours avant les symptômes et jusqu'à 7 jours après
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>E</i> : vectorielle (moustiques du genre <i>Aedes</i>) Pas de transmission interhumaine directe documentée (1 cas de transmission soignant-soigné documenté)
Période d'incubation	4 à 7 jours
Contagiosité	Sans objet
Population particulièrement exposée	Personnes résidant ou ayant séjourné en zone de circulation du CHIKV
Populations présentant des facteurs de risque de gravité	▪ Ages extrêmes ▪ Femmes enceintes ▪ Personnes immunodéprimées ▪ Personnes alcooliques ▪ Personnes présentant des co-morbidités
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/Isolement	Non
Mesures d'hygiène	Mesures d'hygiène environnementale en relation avec la lutte anti-vectorielle (LAV)
Mesures préventives complémentaires	▪ Protections individuelles contre les moustiques en zone de circulation du CHIKV ▪ Au niveau collectif : lutte anti-vectorielle (LAV) selon la situation entomo-épidémiologique (destruction des gîtes larvaires, traitement adulticide et larvicide) Les mesures de LAV sont définies dans les Psage², le plan national anti-dissémination pour la métropole et le dispositif opérationnel de La Réunion.
Références / Bibliographie	
▪ Programme de surveillance, d'alerte et de gestion du risque d'émergence du virus Chikungunya dans les départements français d'Amérique Disponible sur http://www.martinique.sante.gouv.fr/documents/accueil/cire/chikungunya/prog_action_anti_chik.pdf (consulté le 26/07/2012)	

² Programme de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies

- Dossier spécial Chikungunya. Point sur les connaissances et la conduite à tenir
Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1085.pdf> (consulté le 26/07/2012)
- Circulaire N°DGS/SD5C/2006/310 du 10 juillet 2006 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de diagnostic de chikungunya sur le territoire métropolitain et dans les départements français d'Amérique (DFA).
- Circulaire N°DGS/RI1-3/2012/168 du 23 avril 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole.
Disponible sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/05/cir_35302.pdf (consulté le 26/07/2012)

Maladie à déclaration obligatoire. BO 2006 ; 7 :38. Arrêté du 7 juillet 2006 relatif à la notification obligatoire des cas de chikungunya.

Fiche de notification disponible sur

https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12685.do

Conjonctivite

Agent pathogène	▪ Virus : principalement adénovirus, entérovirus, herpes virus ▪ Bactéries : notamment <i>Haemophilus influenzae</i>, pneumocoque
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Sécrétions lacrymales et respiratoires
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct le plus souvent <i>E</i> : par contact indirect parfois
Période d'incubation	Variable en fonction de l'agent pathogène
Contagiosité	Forte
Durée de la contagiosité	Variable en fonction de l'agent pathogène
Population particulièrement exposée	Pas de population particulière
Population présentant un risque de gravité	Pas de groupe particulier
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/Isolement	Non
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	Pas de mesure particulière

Coqueluche

Agent pathogène	<i>Bordetella pertussis</i> ou <i>parapertussis</i>
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Sécrétions respiratoires (gouttelettes et transmission aérienne)
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct
Période d'incubation	5 jours à 3 semaines En moyenne 7 jours
Contagiosité	Forte
Durée de la contagiosité	Surtout les 3 premières semaines en l'absence de traitement, et jusqu'à 5 jours après le début d'une antibiothérapie efficace
Populations particulièrement Exposées	▪ Personnes non ou mal vaccinées ou vaccinées depuis plus de 5 ans ▪ Personnels de santé et de la petite enfance
Populations présentant un risque de gravité	Nourrissons âgés de moins de 1 an (maladie potentiellement mortelle chez le nourrisson âgé de moins de 2 mois)
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Oui Pendant les 3 premiers jours après le début d'une antibiothérapie par azithromycine ou les 5 premiers jours pour les autres macrolides ou les autres antibiotiques efficaces en cas de contre indication des macrolides
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	La vaccination contre la coqueluche est recommandée dès l'âge de 2 mois (cf. calendrier vaccinal en vigueur) Lors d'un cas de coqueluche (cf. Rapport HCSP référencé ci-dessous) : 1. Rechercher l'existence d'autres cas dans la collectivité. 2. Vérifier et faire mettre à jour les vaccinations par le service médical de la collectivité 3. Chimio prophylaxie de tous les contacts proches et des contacts occasionnels tels que définis dans le rapport cité en référence à risque, non protégés par la vaccination

Références / Bibliographie

- Calendrier vaccinal en vigueur
- Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif aux recommandations vaccinales contre la coqueluche. 19 mars 2008
Disponible sur
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20080319_coqueluche.pdf (consulté le 26/07/2012).
- Rapport du Haut Conseil de la santé publique relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche. 5 septembre 2008.
Disponible sur
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20080905_coqueluche.pdf (consulté le 26/07/2012).

Dengue

La dengue est une maladie à déclaration obligatoire

Agent pathogène	Virus de la dengue sérotype 1 à 4 [DENV1-4] (famille <i>Flaviridae</i> ; genre <i>Flavivirus</i>)
Réservoir	▪ Homme ▪ Primates
Source de contamination	Sujets virémiques 1 à 2 jours avant le début des signes cliniques environ, et jusqu'à 7 jours après
Mode de contamination <i>P</i> : de personne à personne <i>E</i> : à partir de l'environnement	<i>E</i> : vectorielle (moustiques du genre <i>Aedes</i>) Pas de transmission interhumaine directe décrite (transmission transfusionnelle documentée)
Période d'incubation	2 à 7 jours (max. 15 jours)
Contagiosité	Sans objet
Population particulièrement exposée	Personnes résidant ou ayant séjourné en zone de circulation des DENV
Populations présentant des facteurs de risque de gravité	▪ Ages extrêmes ▪ Enfants ▪ Femmes enceintes (3^{ème} trimestre) ▪ Personnes immunodéprimées ▪ Personnes immunisées contre un virus hétérotypique ▪ Personnes présentant des co-morbidités
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Non
Mesures d'hygiène	Mesures d'hygiène environnementale en relation avec la lutte anti-vectorielle (LAV)
Mesures préventives complémentaires	▪ Protections individuelles contre les moustiques en zone de circulation du DENV. ▪ Au niveau collectif : lutte anti-vectorielle (LAV) selon la situation entomo-épidémiologique (destruction des gîtes larvaires, traitement adulticide et larvicide). Les mesures de LAV sont définies dans les Psage³, le plan national anti-dissémination pour la métropole et le dispositif opérationnel de La Réunion
Références / Bibliographie	
▪ Arrêté du 7 juillet 2006 relatif à la notification obligatoire des cas de dengue Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-07/bo0607.pdf (consulté le 26/07/2012).	

³ Programme de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies.

- Circulaire N°DGS/RI1-3/2012/168 du 23 avril 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole.
Disponible sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/05/cir_35302.pdf (consulté le 26/07/2012).

Maladie à déclaration obligatoire. BO 2006 ; 7 : 38. Arrêté du 7 juillet 2006 relatif à la notification obligatoire des cas de dengue.

Fiche de notification disponible sur

https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12686.do

Diphtérie

La diphtérie est une maladie à déclaration obligatoire

Agent pathogène	<i>Corynebacterium diphtheriae</i> ou <i>ulcerans</i> producteur de toxine
Réservoir	▪ Personne malade ou asymptomatique ▪ Animal (<i>C ulcerans</i>, <i>C pseudotuberculosis</i>)
Source de contamination	Sécrétions respiratoires
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct avec une personne ou un animal infecté
Période d'incubation	2 à 7 jours
Contagiosité	Modérée
Durée de la contagiosité	▪ Plusieurs semaines ou mois pour les porteurs sains ▪ 2 à 6 semaines si le malade n'est pas traité ▪ 4 jours si le malade est traité
Population particulièrement exposée	Personnes non vaccinées
Populations présentant un risque de gravité	Pas de population particulière
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Oui Jusqu'à négativation de deux prélèvements à 24 heures d'intervalle au moins, réalisés après la fin de l'antibiothérapie
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	La vaccination contre la diphtérie est obligatoire dès l'âge de 2 mois. Lors d'un cas de diphtérie dans la collectivité (cf. Rapport référencé ci-dessous) : 1. Rechercher l'existence d'autres cas dans la collectivité. 2. Vérifier et faire mettre à jour les vaccinations par le service médical de la collectivité. 3. Dépister et traiter les porteurs sains (et la source animale pour <i>C. ulcerans</i> et <i>C pseudotuberculosis</i>) 4. Chimio prophylaxie des sujets contacts proches

Références / Bibliographie

- Calendrier vaccinal en vigueur
- Rapport du Haut Conseil de la santé publique relatif à la conduite à tenir lors de l'apparition d'un cas de diphtérie. 4 mars 2011 :
Disponible sur
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20110304_conduitediphterie.pdf
(consulté le 26/07/2012).
- Instruction DGS/RI1/2011/348 du 30 août 2011 relative à la conduite à tenir lors de l'apparition d'un cas de diphtérie
Disponible sur
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Instruction_Diphterie_30_aout_2011_sans_annexe_2_rapport_HCSP_.pdf (consulté le 26/07/2012).

Maladie à déclaration obligatoire. JO du 27 août 2011. Arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses.

Fiche de notification disponible sur

https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12198.do

Gale

Agent pathogène	<i>Sarcoptes scabiei</i> var. <i>hominis</i>
Réservoir	Personne atteinte par le parasite
Source de contamination	- Peau (contact direct) - Linge contaminé
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct, en général prolongé <i>E</i> : par contact indirect (partage de linge / literie contaminés)
Période d'incubation	3 à 4 semaines après le contact infectant - En cas de réinfestation, la durée d'incubation est plus courte (quelques jours)
Contagiosité	- Faible pour les gales communes - Elevée pour les gales profuses (hyperkératosiques)
Durée de la contagiosité	En l'absence de traitement, la contagiosité dure tant que le parasite est présent sous la peau des patients source.
Population particulièrement exposée	Contacts rapprochés et prolongés (famille, relations sexuelles) et promiscuité (partage de linge).
Populations présentant des facteurs de risque de gravité	- Sujets immunodéprimés (VIH, traitement immunosuppresseur, infectés par le HTLV-I) ou fragilisés (Ehpad) : gales profuses - Précaires et SDF : surinfections
Mesures à prendre dans la collectivité Discuter l'opportunité et l'ampleur du traitement environnemental si gale profuse (par exemple en Ehpad) ou si cas récidivants dans certaines collectivités avec difficultés à interrompre la chaîne de transmission.	
Eviction/isolement	Oui Jusqu'à 3 jours après un traitement local
Mesures d'hygiène	- Traitement simultané de tous les patients et lavage des vêtements et du linge (en machine) - Gale profuse, cas récidivants dans des collectivités fermées (difficultés à interrompre la chaîne de transmission) = discuter l'opportunité d'un traitement environnemental
Mesures préventives complémentaires	- Information et traitement des contacts - Information du personnel des collectivités, traitement au besoin
Références / Bibliographie Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) du relatif à la conduite à tenir devant un cas de gale. 27 juin 2003, 5 pages. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/dossiers/cshpf/a_mt_270603_gale.pdf (consulté le 26/07/2012). Ce document est actuellement en cours de révision.	

Gastroentérite présumée infectieuse sans agent pathogène défini

Agent pathogène	Non documenté
Réservoir	Dépend de l'agent
Source de contamination	Plusieurs sources possibles en fonction de l'agent : ▪ Selles ▪ Aliments contaminés ▪ Animaux porteurs
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct : fécal oral <i>E</i> : par contact indirect, ingestion d'aliments ou d'eau contaminés
Période d'incubation	Variable (dépend de l'agent)
Contagiosité	Variable (dépend de l'agent)
Durée de la contagiosité	Variable (dépend de l'agent)
Populations particulièrement exposée	Nourrissons
Populations présentant un facteur de risque de gravité	Nourrissons et personnes âgées : risque de déshydratation importante
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/Isolement	Non Toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse, n'est pas souhaitable.
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	Pas de mesure particulière
Références / Bibliographie	
▪ Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées janvier 2010. Rapport du Haut Conseil de la santé publique. 29 janvier 2010 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100129_gastro.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Guarino A (Coordinator), Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Hoekstra J.H, Shamir R, Szajewska H. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases. Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. JPGN 2008; 46: S81–S122.	

Gastroentérite à *Campylobacter* spp

Agent pathogène	<i>Campylobacter</i> spp.
Réservoir	▪ Animaux essentiellement ▪ Personne malade ou asymptomatique rarement
Source de contamination	▪ Aliments contaminés ▪ Contact avec les animaux infectés ▪ Selles
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : fécal oral très rarement <i>E</i> : par contact indirect, ingestion d'aliments ou d'eau contaminés le plus souvent
Période d'incubation	1 à 7 jours, en moyenne 2 à 4 jours
Contagiosité	Faible
Durée de la contagiosité	Tant que persiste la diarrhée
Population particulièrement exposée	Pas de population particulière
Population présentant un risque de gravité	Personnes immunodéprimées
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/Isolement	Non Toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse, n'est pas souhaitable.
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	▪ Hygiène rigoureuse des mains suite à un contact avec des animaux ▪ Cuisson à point des viandes non hachées et à cœur des viandes hachées ▪ Entretien des planches à découper la viande
Références / Bibliographie	
▪ Fiche de description de danger biologique transmissible par les aliments : <i>Campylobacter jejuni</i>, <i>Campylobacter coli</i>. Anses. Mai 2011. Disponible sur http://www.anses.fr/Documents/MIC2010sa0298Fi.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Guarino A (Coordinator), Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Hoekstra J.H, Shamir R, Szajewska H. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases. Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. JPGN 2008; 46: S81–S122.	

Gastroentérite à *Escherichia coli* entérohémorragique

Agent pathogène	<i>Escherichia coli</i> producteur de Shigatoxines (STEC) de nombreux sérotypes différents
Réservoir	▪ Animaux notamment bovins ▪ Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	▪ Aliments contaminés le plus souvent ▪ Contact avec des animaux infectés ▪ Selles
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct fécal oral, particulièrement entre des jeunes enfants <i>E</i> : - par contact indirect, ingestion d'aliments contaminés - par contact direct avec des animaux de ferme ou leurs fèces - baignade dans l'eau contaminée
Période d'incubation	1 à 10 jours, 2 à 4 jours en moyenne
Contagiosité	Faible ou modérée selon le mode de contamination
Durée de la contagiosité	Tant que l'agent pathogène est éliminé dans les selles.
Population particulièrement exposée	Pas de population particulière
Populations présentant un risque de gravité	Nourrissons et jeunes enfants âgés de moins de 3 ans (risque plus élevé de syndrome hémolytique et urémique)
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Eviction Retour dans la collectivité sur présentation d'un certificat médical attestant de 2 coprocultures négatives à au moins 24 heures d'intervalle. L'effet possiblement délétère de l'antibiothérapie est discuté.
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	Pas d'antibioprophylaxie pour les sujets contacts

Références / Bibliographie

- Recommandations de santé publique sur la prévention des maladies diarrhéiques, et en particulier sur la bactérie *Escherichia coli* productrice de shigatoxines (STEC), aussi appelées *E. coli* productrice de vérotoxines (VTEC) ou *E. coli* entérohémorragique (EHEC). Déclaration conjointe du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et de l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA), 3 juin 2011.
Disponible sur http://ec.europa.eu/food/food/docs/prevention_of_STEC_ECDC_EFSA_110603_fr.pdf (consulté le 26/07/2012).
- Guarino A (Coordinator), Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Hoekstra J.H, Shamir R, Szajewska H. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases. Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. JPGN 2008; 46: S81–S122.
- *Escherichia coli* entérohémorragique (ECEH).
Disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs125/fr/> (consulté le 26/07/2012).
- Werber D, Mason BW, Evans MR, Salmon RL. Preventing household transmission of Shiga toxin-producing *Escherichia coli* O157 infection: promptly separating siblings might be the key. Clin Infect Dis. 2008 Apr 15;46(8):1189-96.
- Snedeker KG, Shaw DJ, Locking ME, Prescott RJ. Primary and secondary cases in *Escherichia coli* O157 outbreaks: a statistical analysis. BMC Infectious Diseases 2009, 9:144.

Gastroentérite à salmonelles mineures

Agent pathogène	Bacille à Gram négatif appartenant à la famille des entérobactéries. Les sérotypes les plus souvent rencontrés sont <i>Salmonella typhimurium</i> , et <i>Salmonella enteritidis</i> .
Réservoir	▪ Animaux ▪ Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	▪ Aliments divers d'origine animale (viande et produits carnés et laitiers, volailles, œufs notamment) et eaux contaminés. ▪ Selles exceptionnellement.
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : rarement par contact direct fécal oral <i>E</i> : par contact indirect : ingestion d'aliments ou d'eau contaminés, le plus souvent
Période d'incubation	6 à 72 heures (le plus souvent 12 à 36 heures)
Contagiosité	Faible
Durée de la contagiosité	Essentiellement tant que la diarrhée persiste
Population particulièrement exposée	Pas de population particulière
Populations présentant des facteurs de risque de gravité	▪ Nourrissons âgés de moins de 1 an ▪ Personnes immunodéprimées ▪ Personnes présentant un syndrome drépanocytaire majeur
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Non Toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse, n'est pas souhaitable.
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	Antibiothérapie des cas non recommandée en dehors des populations à risque
Références / Bibliographie	
▪ Guarino A (Coordinator), Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Hoekstra J.H, Shamir R, Szajewska H. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases. Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. JPGN 2008; 46: S81–S122. ▪ Gendrel D, Cohen R; European Society for Pediatric Infectious Diseases; European Society for Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Bacterial diarrheas and antibiotics: European recommendations. Arch Pediatr. 2008 Oct;15; Suppl 2: S93-6.	

Gastroentérite à Shigelles

Agent pathogène	Bacille à Gram négatif appartenant au groupe des entérobactéries : ▪ <i>Shigella sonnei</i>, <i>S. flexneri</i> les plus fréquentes ▪ <i>S. dysenteriae</i> la plus virulente ▪ <i>S. boydii</i>
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	▪ Selles ▪ Aliments contaminés
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct fécal oral essentiellement <i>E</i> : par contact indirect, ingestion d'aliments ou d'eau contaminés.
Période d'incubation	1 à 7 jours (2 à 4 jours en moyenne)
Contagiosité	Modérée
Durée de la contagiosité	▪ Tant que l'agent pathogène est présent dans les selles du malade ▪ Réduite à quelques jours avec une antibiothérapie adaptée
Population particulièrement exposée	Pas de population particulière
Population présentant des facteurs de risque de gravité	Pas de population particulière
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Eviction Retour dans la collectivité sur présentation d'un certificat médical attestant de 2 coprocultures négatives à au moins 24 heures d'intervalle, au moins 48 h après l'arrêt du traitement.
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	Pas de mesure particulière
Références / Bibliographie	
▪ Guarino A (Coordinator), Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Hoekstra J.H, Shamir R, Szajewska H. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases. Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. JPN 2008; 46: S81–S122. ▪ Christopher PR, David KV, John SM, Sankarapandian V. Antibiotic therapy for Shigella dysentery. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Aug 4; (8): CD006784.	

Gastroentérite à virus ou présumée virale

Agent pathogène	Rotavirus, adénovirus, norovirus, calicivirus, astrovirus, et autres virus...
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	▪ Selles ▪ Vomissements
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct fécal oral et vomissement <i>E</i> : - par contact indirect à partir de surfaces, d'eaux ou d'aliments contaminés ; - par contact oral avec des surfaces contaminées.
Période d'incubation	De 24H à 72H suivant les virus
Contagiosité	Forte
Durée de la contagiosité	Tant que l'agent pathogène est présent dans les selles.
Population particulièrement exposée	▪ Nourrissons ▪ Personnes en collectivité
Populations présentant un facteur de risque de gravité	▪ Nourrissons et personnes âgées du fait du risque de déshydratation importante ▪ Personnes sous traitement immunosuppresseur
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Non Toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse, n'est pas souhaitable.
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	Hygiène des mains essentielle du fait de la grande contagiosité de ces virus et de la fréquence des formes asymptomatiques.
Référence / Bibliographie	
▪ Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Rapport du Haut Conseil de la santé publique. 29 janvier 2010 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100129_gastro.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la vaccination contre le rotavirus des nourrissons âgés de moins de 6 mois. 28 mai 2010 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20100528_vacnourota6mois.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Guarino A (Coordinator), Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Hoekstra J.H, Shamir R, Szajewska H. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases. Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. JPGN 2008; 46: S81–S122.	

Giardiase

Agent pathogène	<i>Giardia</i> ou <i>Lamblia</i>
Réservoir	▪ Personne malade ou asymptomatique ▪ Animaux (chien, chat...)
Source de contamination	▪ Selles ▪ Aliments contaminés
Mode de contamination <i>P : de personne à personnes</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct fécal oral <i>E</i> : par contact indirect, ingestion d'aliments ou d'eau contaminés
Période d'incubation	1 à 4 semaines, le plus souvent 7 à 10 jours
Contagiosité	Faible
Durée de la contagiosité	Tant que l'agent pathogène est présent dans les selles : ▪ plusieurs mois si le malade n'est pas traité ; ▪ quelques jours si le malade est traité.
Population particulièrement exposée	Pas de population particulière
Populations présentant des facteurs de risque de gravité	Personnes immunodéprimées
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Non Toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse, n'est pas souhaitable.
Mesures d'hygiène	Application stricte des mesures d'hygiène
Mesures préventives complémentaires	Pas de mesure particulière

Grippe

Agent pathogène	Virus influenza A et B principalement
Réservoir	▪ Personne malade ou asymptomatique ▪ Animaux
Source de contamination	Sécrétions respiratoires des personnes infectées
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : contact direct <i>E</i> : transmission à partir d'une surface souillée
Période d'incubation	24 à 48 H
Contagiosité	Forte
Durée de la contagiosité	Dès l'apparition des signes cliniques et pendant 5 à 7 jours le plus souvent
Population particulièrement exposée	Pas de population particulière
Populations présentant un risque de gravité	▪ Nourrissons âgés de moins de 1 an ▪ Personnes ciblées par les recommandations vaccinales (cf. Calendrier vaccinal en vigueur)
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	▪ Pas d'éviction mais la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas souhaitable. ▪ Isolement recommandé dans les collectivités de sujets à risque. Si impossible, port d'un masque quand sortie hors de la chambre.
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	▪ Vaccination recommandée pour les sujets à risque ▪ Vaccination recommandée chez les professionnels en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque ▪ Situation épidémique en Ehpad : survenue d'au moins 5 cas d'IRA dont au moins un confirmé au laboratoire (TDR ou PCR) dans un délai de 4 jours : signalement à l'ARS et début de la chimioprophylaxie antivirale
Références / Bibliographie	
▪ Calendrier vaccinal en vigueur ▪ Guide pratique de la conduite à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_inf_respiratoires.pdf (consulté le 26/07/2012).	

- Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à l'utilisation des antiviraux en extra-hospitalier en période de grippe saisonnière du 9 novembre 2012.
Disponible sur <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=298> (consulté le 12/12/2012).

Hépatite A

L'hépatite A aiguë est une maladie à déclaration obligatoire

Agent pathogène	Virus de l'hépatite A
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	▪ Selles ▪ Aliments et eaux contaminés
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : direct fécaloral <i>E</i> : indirect par consommation d'eau contaminée ou d'aliments contaminés soit à la production soit lors de la préparation par une personne infectée
Période d'incubation	15 à 50 jours, en moyenne 28 à 30 jours
Contagiosité	Forte pour la contamination fécalorale
Durée de la contagiosité	L'excrétion virale dans les selles débute 3 à 10 jours avant l'apparition des signes cliniques et ne dépasse pas en moyenne 3 semaines après le début des signes cliniques
Populations particulièrement exposées	▪ Jeunes enfants n'ayant pas acquis l'âge de la propreté ▪ Personnes handicapées en collectivité et personnel s'en occupant ▪ Homosexuels masculins ▪ Voyageurs en pays d'endémie
Populations présentant un risque de gravité	Personnes atteintes : ▪ d'une hépatopathie chronique ▪ de mucoviscidose
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Eviction Durée : 10 jours à compter du début de l'ictère ou des signes cliniques
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires (cf. Calendrier vaccinal en vigueur)	▪ Tout cas d'hépatite A en collectivité doit faire l'objet d'une information sur les modes de contamination et les mesures préventives à mettre en place (hygiène des toilettes, des poignées de portes....) ▪ Toute situation de cas groupés (à partir de 2 cas) doit faire l'objet d'une enquête par les autorités sanitaires en vue de : ○ préciser la source ; ○ rechercher d'autres cas ; ○ envisager d'éventuelles mesures préventives complémentaires (vaccination) ▪ Si un cas survient dans un établissement pour personnes handicapées, ou dans une structure

	accueillant des enfants en garde collective (crèche, assistante maternelle..) et n'ayant pas atteint l'âge de la propreté, il faut vérifier et mettre à jour les vaccinations a) des personnes handicapées exposées ; b) des personnels exposés dans l'établissement pour personnes handicapées ou dans la structure de garde collective d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté. ▪ Vaccination recommandée pour les personnels (cf. Avis) ○ s'occupant d'enfants n'ayant pas acquis l'âge de la propreté ; ○ de structures collectives de garde pour personnes handicapées ; ○ impliqués dans le traitement des eaux usées ; ○ impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective ; ○ en situation de cas groupés en collectivité la vaccination pourrait être discutée dans des situations exceptionnelles.
Références / Bibliographie ▪ Calendrier vaccinal en vigueur ▪ Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif aux recommandations de vaccination préventive ciblée contre l'hépatite A. 13 février 2009 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20090213_HepARecomm.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la vaccination autour d'un ou de plusieurs cas d'hépatite A. 13 février 2009 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20090213_HepACas.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Guide pour l'investigation, la prévention et l'appui à la gestion des d'hépatite aiguë A Disponible sur http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1020 (consulté le 26/07/2012). Maladie à déclaration obligatoire. JO du 27 août 2011. Arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses. Fiche de notification disponible sur https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12614.do	

Hépatite B

**L'infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
est une maladie à déclaration obligatoire**

Agent pathogène	Virus de l'hépatite B
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Sang, sécrétions génitales et autres liquides biologiques
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct des muqueuses (bouche, yeux, narines) ou d'une peau lésée (eczéma, plaie cutanée, morsure) avec du sang infecté, des sécrétions génitales infectées ou un liquide biologique souillé par du sang. <i>E</i> : par contact indirect des muqueuses ou d'une peau lésée avec un objet souillé par du sang (jouet, surface, etc.) D'où transmission sexuelle (la plus fréquente : >30%), périnatale et parentérale
Période d'incubation	30 à 120 jours, en moyenne 10 semaines
Contagiosité	Forte
Durée de la contagiosité	Toute personne présentant un dosage d'Antigène HBs positif est potentiellement contaminante
Populations particulièrement exposées	▪ Personnes ayant des comportements sexuels à risque ▪ Personnes exposées à des liquides biologiques ou du matériel contaminé ▪ Personnes handicapées mentales
Populations présentant un risque de gravité	▪ Personnes atteintes d'une hépatopathie chronique ▪ Personnes immunodéprimées ▪ Personnes co-infectées VIH/VHC
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Non
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains ▪ Port de gants en présence en cas de contact avec les muqueuses, le sang ou tout autre liquide biologique
Mesures préventives complémentaires	Les recommandations vaccinales contre l'hépatite B sont détaillées dans le Calendrier vaccinal en vigueur : - recommandée pour tous les nourrissons avec un rattrapage jusqu'à l'âge de 15 ans révolus (en particulier, pour les enfants et adolescents accueillis dans les services et institutions psychiatriques ou institutions pour l'enfance et la jeunesse handicapées, enfants d'âge préscolaire

	accueillis en collectivité); - recommandée pour tous les adultes exposés au risque ; - obligatoire pour les professionnels de santé et plus généralement pour toute personne exerçant une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination dans un établissement ou organisme de soins ou de prévention. Lors d'une exposition à un liquide biologique sur peau lésée ou muqueuse d'une personne non immunisée, il faut recommander : ○ de laver à l'eau et au savon immédiatement, de rincer abondamment, et de désinfecter ; ○ de se rendre le plus rapidement possible aux urgences de l'hôpital pour une évaluation du risque et si nécessaire la mise en place d'une prophylaxie (immunoglobulines spécifiques et si besoin injection vaccinale) et d'un suivi sérologique. Rappel des mesures préventives individuelles : rapports sexuels protégés, ports de gants pour le personnel de santé, etc.
Références / Bibliographie ▪ Calendrier vaccinal en vigueur ▪ Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la conduite à tenir autour d'un cas porteur du virus de l'hépatite B (VHB) en collectivité d'enfants. 30 septembre 2005) Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_300905_vhb_enfant.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif aux recommandations de vaccination contre l'hépatite B en France. 14 décembre 2007) Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20071214_HepB.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la vaccination de rattrapage contre l'hépatite B chez l'adolescent utilisant un schéma à deux doses. 13 février 2009 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20090213_HepBAado.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Haute Autorité de santé. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C. 2011, 114 pages. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050355/strategies-de-depistage-biologique-des-hepatites-virales-b-et-c (consulté le 26/07/2012). ▪ De Souza MM, <i>et al.</i> Seroprevalence of hepatitis B virus infection in patients mental problems. Rev Bras Psiquiatr 2004; 26(1): 34-7. ▪ Dhumeaux D, <i>et al.</i> Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives. Numéro thématique. BEH 2009;20-21. Accidents exposant au sang (AES) ▪ Circulaire DGS/RI2/DGOS/DGT/DSS du/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), dont les annexes précisent	

aussi les modalités de suivi pour VHC et VHB.

Disponible sur

http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-05/ste_20080005_0100_0079.pdf (consulté le 26/07/2012).

- Guide EFICATT. Exposition fortuite aux agents infectieux et conduite à tenir en milieu de travail. Virus de l'hépatite B (VHB). INRS.

Disponible sur

[http://www.inrs.fr/eficatt/eficatt.nsf/\(allDocParRef\)/FCVHB?OpenDocument](http://www.inrs.fr/eficatt/eficatt.nsf/(allDocParRef)/FCVHB?OpenDocument) (consulté le 26/07/2012).

Maladie à déclaration obligatoire. JO du 27 août 2011. Arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses.

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatites-virales/Hepatitis-B/Infection-aigue-symptomatique-par-le-virus-de-l-hepatite-B/Declaration-obligatoire>

Hépatite C

Agent pathogène	Virus de l'hépatite C
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Le sang (essentiellement) et plus rarement autres liquides biologiques
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	Transmission essentiellement parentérale <i>P</i> : par contact direct d'une plaie cutanée ou des muqueuses (bouche, yeux, narines) ou d'une peau lésée (eczéma, plaie cutanée, morsure) avec du sang infecté ou un liquide biologique souillé par du sang. <i>E</i> : par contact indirect lors d'une effraction cutanée avec un objet contaminé par du sang infecté.
Période d'incubation	15 à 90 jours
Contagiosité	Moyenne
Durée de la contagiosité	Toute personne virémique (présentant une charge virale hépatite C positive) est potentiellement contaminante
Populations particulièrement exposées	▪ Usagers de drogues (par injection ou sniffées) ▪ Personnes détenues
Populations présentant des facteurs de risque de gravité	▪ Personnes atteintes d'une co-infection VHB ou VIH ▪ Personnes atteintes d'une hépatopathie chronique
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolément	Non
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains ▪ Port de gants en cas de contact avec les muqueuses, le sang ou tout autre liquide biologique
Mesures préventives complémentaires	Lors d'une exposition à du sang sur peau lésée ou muqueuse, recommander à la personne exposée de : ○ laver à l'eau et au savon immédiatement ○ rincer abondamment ○ désinfecter Il n'existe pas de traitement prophylactique post-exposition spécifique à l'hépatite C.

	Néanmoins il convient de prévoir une consultation spécialisée pour évaluation du risque et mise en place d'un suivi sérologique. Pour la gestion d'éventuelles contaminations associées cf. Fiches Hépatite B et VIH.
Références / Bibliographie Accidents exposant au sang (AES) ▪ Circulaire DGS/RI2/DGOS/DGT/DSS du/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), dont les annexes précisent aussi les modalités de suivi pour VHC et VHB. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-05/ste_20080005_0100_0079.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Guide EFICATT. Exposition fortuite aux agents infectieux et conduite à tenir en milieu de travail. Virus de l'hépatite B (VHB). INRS. Disponible sur http://www.inrs.fr/eficatt/eficatt.nsf/(allDocParRef)/FCVHB?OpenDocument (consulté le 26/07/2012).	

Hépatite E

Agent pathogène	Virus de l'hépatite E
Réservoir	Espèces animales (porc, sanglier, cervidés,)
Source de contamination	▪ Aliments et eau contaminés ▪ Selles, déjections animales
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : fécaloral (très peu fréquente) <i>E</i> : aliments fabriqués à partir des produits des animaux réservoirs (produits à base de foie de porc cru, viande et abats de sanglier, de cerfs), aliments souillés (légumes et fruits contaminés par contact avec une eau souillée, coquillages, eau) Contamination manu-portée liée à une hygiène des mains insuffisante par contact direct ou indirect avec porcs, cerfs, sangliers vivants ou leurs carcasses Transmission transfusionnelle possible
Période d'incubation	40 jours en moyenne (20-75 j)
Contagiosité	Fécale-orale : peu importante dans les pays développés
Durée de la contagiosité	Excrétion virale dans les selles 8 à 14 jours avant l'apparition de l'ictère et pas au-delà de 35 jours après le début des symptômes
Populations particulièrement exposées	Consommateurs de produits à risque : - produits à base de foie de porc cru consommés crus ou insuffisamment cuits - produits à base de sanglier ou cerf consommés crus ou mal cuits
Populations présentant un risque de gravité	▪ Personnes immunodéprimées ▪ Personnes porteuses d'hépatopathie chronique ▪ Femmes enceintes
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Eviction Durée : 10 jours à compter du début de l'ictère ou des signes cliniques
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains

Références / Bibliographie

- Couturier E. L'hépatite E : synthèse de l'épidémiologie humaine. Anses, Bulletin épidémiologique 2010, N°38 :20-23.
- Avis de l'Anses du 23 septembre 2009 relatif au virus de l'hépatite E : méthodes de détection, risques pour le consommateur et risques liés à l'environnement (Saisine n°2009-SA-0146)
Disponible sur <http://www.anses.fr/Documents/MIC2009sa0146.pdf> (consulté le 26/07/2012)
- Prévenir l'hépatite E chez les personnes susceptibles de développer une forme grave
Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_Hepatite_E.pdf (consulté le 26/07/2012)

Impétigo

Agent pathogène	Streptocoque groupe A <i>Streptococcus pyogenes</i>	Staphylocoque doré <i>Staphylococcus aureus</i>
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	▪ Lésions cutanées	▪ Lésions cutanées ▪ Matériel contaminé
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct avec une lésion cutanée	<i>P</i> : par contact direct avec une lésion cutanée <i>E</i> : par contact indirect avec du matériel contaminé (linge ...) Transmission possible par des mains souillées
Période d'incubation	1 à 10 jours	Non déterminée
Contagiosité	Moyenne	Faible (supérieure pour certaines souches productrices de toxines, leucocidine de Panton Valentine notamment)
Durée de la contagiosité	Jusqu'à 48 h après le début de l'antibiothérapie	Jusqu'à 48 h après le début de l'antibiothérapie
Population particulièrement exposée	Nourrissons	Nourrissons
Populations présentant un risque de gravité	Personnes immunodéprimées	▪ Personnes diabétiques ▪ Personnes immunodéprimées
Mesures à prendre dans la collectivité		
Eviction/isolement	▪ Non, si lésions protégées ▪ Oui pendant 72 h après le début de l'antibiothérapie, si les lésions sont trop étendues et ne peuvent être protégées	▪ Non, si lésions protégées ▪ Oui pendant 72 h après le début de l'antibiothérapie, si les lésions sont trop étendues et ne peuvent être protégées
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	Couverture des lésions par pansement	Couverture des lésions par pansement

Infections à *Clostridium difficile*

Agent pathogène	<i>Clostridium difficile</i> , bacille à Gram positif anaérobie dont la forme sporulée est particulièrement résistante dans l'environnement.
Réservoir	▪ Personne malade ou asymptomatique ▪ Environnement contaminé.
Source de contamination	Voie fécale orale
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : de personne à personne par manuportage <i>E</i> : à partir de l'environnement contaminé
Période d'incubation	Difficile à établir. La diarrhée post-antibiotique survient quelques jours à quelques semaines après le traitement antibiotique.
Contagiosité	D'autant plus forte autour d'un cas que la densité des soins est importante (manuportage par les soignants).
Durée de la contagiosité	▪ Pour la transmission de personne à personne : tant que les signes cliniques (diarrhée) persistent. Cependant, les rechutes sont fréquentes (20 %) et surviennent habituellement dans les 2 mois suivant l'épisode. ▪ Dans l'environnement : les spores peuvent persister pendant des semaines, voire des mois, sur des supports inertes
Populations particulièrement exposées	▪ Personnes âgées ▪ Personnes sous antibiothérapie prolongée ▪ Personnes hospitalisées ▪ Personnes sous traitement par un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) ou un anti-H2
Populations présentant un risque de gravité	Personnes âgées fragiles et polyopathologiques
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Oui, tant que les symptômes cliniques persistent
Mesures d'hygiène	▪ Hygiène des mains par lavage des mains au savon doux, suivi d'une application de solution hydro-alcoolique ▪ Ports de gants pour les soins directs ▪ Désinfection minutieuse des surfaces potentiellement contaminées en utilisant de l'eau de Javel après une phase de détergence ▪ Lavage du linge souillé en machine, en privilégiant les cycles longs. Bionettoyage en trois temps (détergent – rinçage à l'eau - eau

	de Javel, seul désinfectant actif sur les spores), en insistant sur les surfaces horizontales, fréquemment touchées (poignée de porte,...), visiblement souillées et les sanitaires.
Mesures préventives complémentaires	▪ Politique raisonnée de la prescription des antibiotiques. ▪ Diagnostic précoce des infections à <i>Clostridium difficile</i> devant la présence de toute diarrhée post-antibiotique et confirmer le diagnostic par la recherche des toxines A et B ▪ Dès le diagnostic établi, mise en place rapidement des mesures adaptées.
Références / Bibliographie ▪ Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Rapport du Haut Conseil de la santé publique. 29 janvier 2010 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100129_gastro.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la maîtrise de la diffusion des infections à <i>Clostridium difficile</i> dans les établissements de santé français. 20 juin 2008. Disponible sur http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcspa20080620_Cdifficile.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Ministère de la Santé et des Solidarités. Avis du CTINILS relatif à la maîtrise de la diffusion des infections à <i>Clostridium difficile</i> dans les établissements de santé français, adopté le 21/08/2006. Disponible sur http://nosobase.chu-lyon.fr/Actualites/annexeCTINILS.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Fiches techniques du Cclin Paris Nord Disponibles sur http://www.cclinparisnord.org/Guides/FT1_ICD_2volets.pdf (consulté le 26/07/2012). http://www.cclinparisnord.org/Usagers/PlaquePTEPATIENT.pdf (consulté le 26/07/2012).	

Infections à cytomégalovirus (CMV)

Agent pathogène	Cytomégalovirus ou Herpes virus 5
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Les sécrétions (urinaires, salivaires, nasales, génitales, larmes) et le lait maternel
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct avec les sécrétions, le plus souvent <i>E</i> : par contact indirect par l'intermédiaire d'objets contaminés, plus rarement
Période d'incubation	2 à 4 semaines
Contagiosité	Forte Essentiellement directe par sécrétions
Durée de la contagiosité	Plusieurs semaines à plusieurs mois voire années
Population particulièrement exposée	Enfants âgés de moins de 3 ans, le plus souvent en collectivité
Populations présentant un risque de gravité	▪ Femmes enceintes ▪ Personnes immunodéprimées
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Non
Mesures d'hygiène	Application stricte des mesures d'hygiène
Mesures préventives complémentaires	▪ Information du personnel et ce indépendamment de la connaissance de l'existence d'un enfant excréteur dans la collectivité, car dans les crèches, 20 à 60 % des enfants âgés de moins de 1 an excrètent du CMV. ▪ Diffusion et mise en application par les femmes enceintes ou susceptibles de le devenir des recommandations du CSHPF du 8 mars 2002. ▪ Eviter au maximum les contacts avec les liquides biologiques contaminants ▪ Lavage soigneux des mains suivi d'une application d'une solution hydro-alcoolique après tout contact avec un liquide biologique (urines, sécrétions nasales...)
Références / Bibliographie	
▪ Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) relatif aux recommandations pour la prévention de l'infection à cytomégalovirus chez les femmes enceintes. 8 mars 2002 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_080302_CMV_grossesse.pdf (consulté le 26/07/2012)	

Infections à herpes simplex

	Herpes cutané péri-labial « bouton de fièvre »	Gengivo-stomatite herpétique
Agent pathogène	Virus HSV 1 plus rarement HSV 2	Virus HSV 1 plus rarement HSV 2
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	▪ Lésion cutanée ▪ Salive	▪ Salive ▪ Lésion cutanée
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : contact direct avec les sécrétions orales et les lésions cutanées	<i>P</i> : contact direct avec les sécrétions orales et les lésions cutanées <i>E</i> : rarement, objets portés à la bouche
Période d'incubation	Le bouton de fièvre est une résurgence d'une infection herpétique ancienne.	2-20 jours après contact infectant
Contagiosité	Faible	Moyenne
Population particulièrement exposée	Pas de population particulière	Pas de population particulière
Populations présentant un risque de gravité	▪ Enfants ayant un eczéma atopique, surtout en poussée, (risque de Kaposi-Juliusberg) ▪ Personnes immunodéprimées	▪ Enfants ayant un eczéma atopique, surtout en poussée, (risque de Kaposi-Juliusberg) ▪ Personnes immunodéprimées
Mesures à prendre dans la collectivité		
Eviction/isolément	Non	Non Toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse, n'est pas souhaitable.
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène
Mesures préventives complémentaires	La lésion cutanée doit être protégée en présence de sujet à risque. Eviter les contacts entre sujet atteint et sujet à risque.	Eviter les contacts directs (baisers) et indirects (objets portés à la bouche) avec les sécrétions orales du sujet atteint

Infections à streptocoque A - Angine, Scarlatine

Agent pathogène	Streptocoque A (<i>Streptococcus pyogenes</i>)
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Sécrétions oropharyngées, le plus souvent
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct avec les sécrétions oropharyngées
Période d'incubation	1 à 4 jours
Contagiosité	Moyenne
Durée de la contagiosité	▪ Jusqu'à 48 heures après le début d'une antibiothérapie efficace ▪ 2 à 3 semaines en l'absence de traitement
Population particulièrement exposée	Enfants âgés de 3 à 8 ans
Population présentant des facteurs de risques de gravité:	Personnes ayant des antécédents de rhumatisme articulaire aigu
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction	Oui Durée : jusqu'à 2 jours après le début de l'antibiothérapie.
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	Aucune
Références / Bibliographie	
Uniquement pour les formes invasives ▪ Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) relatif à la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas, d'origine communautaire, d'infections invasives à <i>Streptococcus pyogenes</i> (ou streptocoques du groupe A). 18 novembre 2005. Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_181105_streptococcus.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Afssaps. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant. Recommandations. Novembre 2011.	

Infections invasives à méningocoque (IIM)

Les infections invasives à méningocoque sont des maladies à déclaration obligatoire

Agent pathogène	<i>Neisseria meningitidis</i> de sérogroupe A, B, C, Y, W135 ou autre.
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Sécrétions rhino-pharyngées
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct, répété et prolongé avec les sécrétions rhino-pharyngées
Période d'incubation	2 à 10 jours, 5 jours en moyenne
Contagiosité	Faible
Durée de la contagiosité	7 jours avant le début de la maladie (en pratique 10 jours avant hospitalisation) jusqu'à moins de 24 heures après le début du traitement par ceftriaxone ou autre antibiotique efficace sur le portage
Populations particulièrement exposées	▪ Enfants âgés de moins de 5 ans ▪ Adolescents
Populations présentant un risque de gravité	▪ Personnes aspléniques ▪ Personnes atteintes d'une drépanocytose ▪ Personnes atteintes de certains déficits immunitaires congénitaux (déficit en properdine, fraction terminale du complément) ▪ Personnes recevant un traitement anti-C5A
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Hospitalisation du sujet index
Mesures d'hygiène	Pas de mesure spécifique
Mesures préventives complémentaires Les mesures préventives sont mises en œuvre par l'ARS en collaboration avec le médecin de la collectivité, selon l'instruction en vigueur	▪ Chimio prophylaxie des sujets contacts (cf. instruction en vigueur) et vaccination des sujets contacts d'une IIM de sérogroupe vaccinal (A,C,Y,W135) selon les recommandations de l'instruction ministérielle en vigueur ▪ Mise à jour des vaccinations selon les recommandations en vigueur pour les personnes fréquentant la collectivité.
Références / Bibliographie	
▪ Calendrier vaccinal en vigueur ▪ Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la vaccination par le vaccin méningococcique conjugué C. 26 juin 2009 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20090424_meningC.pdf	

(consulté le 26/07/2012).

- Avis relatif à l'utilisation du vaccin méningococcique conjugué tétravalent A/C/Y/W135 MENVEO. 25 juin 2010 – Avis complémentaire du 17 décembre 2010)
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20100625_vaccmeninMenveo.pdf
- Instruction du 27 janvier 2011 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque et annexe à l'instruction
Disponible sur
http://www.invs.sante.fr/surveillance/iim/instruction_dgs_ri1_relative_prophylaxie_des_iim_du_27_01_2011.pdf (consulté le 26/07/2012).
- Avis rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) relatifs à l'utilisation du vaccin méningococcique conjugué tétravalent A,C,Y,W135 NIMENRIX® et à la place respective des vaccins méningococciques tétravalents conjugués et non conjugués
Disponible sur
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20120712_meningonimenrix.pdfhttp://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120712_meningonimenrix.pdf (consulté le 19/09/2012).

Maladie à déclaration obligatoire. JO du 27 août 2011. Arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses.

Fiche de notification disponible sur

https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12201.do

Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine est une maladie à déclaration obligatoire

Agent pathogène	VIH 1 et 2
Réservoir	Personne séropositive pour le VIH
Source de contamination	Sang, sécrétions génitales, lait
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct des muqueuses (bouche, yeux, narines, muqueuses génitales) ou d'une peau lésée (eczéma, plaie cutanée, morsure) avec du sang ou un liquide biologique infecté <i>E</i> : par contact indirect des muqueuses ou d'une peau lésée avec un objet souillé par du sang (jouet, surface, etc.) D'où transmission sexuelle, materno-fœtale et parentérale
Période d'incubation	▪ 10 à 15 jours entre l'exposition et les premiers signes cliniques (primo infection) ▪ 2 à 6 semaines (en moyenne 3 semaines) entre la contamination et la mise en évidence d'anticorps anti VIH dans le sang
Contagiosité	Faible (dépendant de la charge virale, et beaucoup plus élevée en période de séroconversion)
Populations particulièrement exposées	▪ Personnes ayant des comportements sexuels à risque ▪ Migrants originaires de zones à forte prévalence (Afrique subsaharienne, Caraïbes ...) ▪ Usagers de drogues IV
Population présentant des facteurs de risque de gravité	Personnes co-infectées par le VHB ou le VHC
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction	Non
Mesures d'hygiène	Respecter les procédures habituelles (lavage des mains, port de gants en présence de sang,...) Mise à disposition de préservatifs pour les personnes résidentes de la collectivité.
Mesures préventives complémentaires	Lors d'une exposition à du sang sur peau lésée ou muqueuse, il faut recommander de: ○ laver à l'eau et au savon immédiatement, de rincer abondamment, et de désinfecter ; ○ se rendre le plus rapidement possible aux urgences de l'hôpital pour une évaluation du risque et si nécessaire la mise en place

	d'une prophylaxie (traitement antirétroviral pour 4 semaines) et d'un suivi sérologique
Références / Bibliographie	
Accidents exposant au sang (AES)	
▪ Circulaire DGS/RI2/DGOS/DGT/DSS du/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), dont les annexes précisent aussi les modalités de suivi pour VHC et VHB. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-05/ste_20080005_0100_0079.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Guide EFICATT. Exposition fortuite aux agents infectieux et conduite à tenir en milieu de travail. Virus de l'hépatite B (VHB). INRS. ▪ Disponible sur http://www.inrs.fr/eficatt/eficatt.nsf/(allDocParRef)/FCVHB?OpenDocument (consulté le 26/07/2012).	
Maladie à déclaration obligatoire. JO du 27 août 2011. Arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses. Fiche de notification disponible sur http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm	

Légionellose

La légionellose est une maladie à déclaration obligatoire

Agent pathogène	<i>Legionella</i> spp dont <i>pneumophila</i> du sérotype 1
Réservoir	Eau
Source de contamination	▪ Réseaux d'eau de distribution (eau chaude essentiellement et eau froide) ▪ Système de climatisation humide : tours aéro-réfrigérantes, humidificateurs,... ▪ Autres : thermes, balnéothérapie, bains à remous, saunas, fontaines décoratives,...
Mode de contamination * <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>E</i> : contamination par inhalation de fines gouttelettes (<5 µm) d'eau contaminée
Période d'incubation	2 à 10 jours
Contagiosité	<u>Pas de contamination interhumaine</u>
Durée de la contagiosité	Sans objet
Populations particulièrement exposées	▪ Personnes âgées ▪ Personnes immunodéprimées ▪ Facteurs de risque : sexe masculin, tabagisme, diabète, morbidités respiratoire et cardiovasculaire, voyages
Populations présentant un risque de gravité	▪ Personnes immunodéprimées ▪ Personnes atteintes d'affections respiratoires ▪ Personnes âgées ▪ Femmes ▪ Personnes atteintes d'une insuffisance rénale
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Non Contacter l'ARS et l'Arin pour les Ehpad, de façon urgente
Mesures d'hygiène	Stopper l'utilisation des douches jusqu'à l'obtention des résultats de l'investigation
Mesures préventives complémentaires	▪ Maintenance et entretien régulier des réseaux d'eau (détartrage) et des installations. ▪ Prélèvements et analyse de l'eau des réseaux d'eau chaude sanitaire à différents endroits du circuit en accord avec la réglementation en vigueur

Références / Bibliographie

- Arrêté du Ministère chargé de la santé du 1^{er} février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire.
Disponible sur
http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20100209&numTexte=17&pageDebut=02276&pageFin=02277 (consulté le 26/07/2012).
 - Circulaire DGS/SD7A/DHOS/E4/DGAS/SD2/2005/493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées
 - Le risque lié aux légionelles. Guide d'investigation et d'aide à la gestion. Diffusé par circulaire DGS/SD5C/SD7A/DESUS/2005/323 du 11 juillet 2005. Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Ministère en charge de la Santé. [Ce guide est en cours de révision]
- Maladie à déclaration obligatoire.** JO du 27 août 2011. Arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses.
Fiche de notification disponible sur
https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12202.do

Syndrome pieds-mains-bouche

Gingivo stomatite vésiculeuse entérovirale avec exanthème

Agent pathogène	Le plus souvent <i>Coxsackie virus A</i> , parfois <i>Enterovirus 71</i> , etc.
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	▪ Sécrétions oro-pharyngées (gouttelettes et transmission aérienne) ▪ Sécrétions nasales ▪ Liquide des vésicules ▪ Selles
Mode de contamination * <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : - par contact direct avec les sécrétions nasales et oropharyngées - fécal oral
Période d'incubation	3 à 5 jours le plus souvent
Contagiosité	Surtout la première semaine de la maladie
Durée de la contagiosité	Le virus persiste de : - 1 à 4 semaines dans l'oropharynx - 1 à 18 semaines dans les selles
Population particulièrement exposée	Enfants
Populations présentant un risque de gravité	Pas de population particulière
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Non Toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse, n'est pas souhaitable.
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	Dans les crèches, informer les parents et le personnel pour faciliter le diagnostic essentiellement !

Mégalérythème épidémique (5^{ème} maladie)

Agent pathogène	Parvovirus B19
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	▪ Sécrétions respiratoires ▪ Sang
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : - par contact direct avec sécrétions respiratoires (transmission aérienne) - par contact direct avec du sang infecté
Période d'incubation	4 à 21 jours
Contagiosité	Moyenne
Durée de la contagiosité	De 3 à 7 jours avant l'apparition de l'éruption
Population particulièrement exposée	Pas de population particulière
Populations présentant un risque de gravité	▪ Personnes atteintes d'anémie hémolytique chronique parmi lesquelles les personnes atteintes de thalassémies ou de drépanocytose ▪ Femmes enceintes
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Non Toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse, n'est pas souhaitable.
Mesures d'hygiène	Application stricte des mesures d'hygiène
Mesures préventives complémentaires	▪ Informer le personnel et les parents de l'existence d'un cas dans la collectivité (risque chez la femme enceinte). ▪ Recommander aux femmes enceintes et aux personnes atteintes d'anémie hémolytique de consulter leur médecin.

Méningite à *Haemophilus* de type b

Agent pathogène	<i>Haemophilus influenzae</i> , sérotype b
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Sécrétions respiratoires
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : contact direct avec les sécrétions respiratoires (transmission aérienne)
Période d'incubation	Très variable
Contagiosité	Faible
Durée de la contagiosité	Jusqu'à 24 à 48 heures après le début du traitement
Population particulièrement exposée	Enfants âgés de moins de 5 ans non vaccinés
Populations présentant des facteurs de risque de gravité:	▪ Personnes immunodéprimées ▪ Personnes aspléniques ▪ Personnes atteintes d'une drépanocytose et non vaccinées
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Hospitalisation du sujet index
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	▪ La vaccination contre <i>Haemophilus</i> est recommandée pour tous les nourrissons (cf. Calendrier vaccinal en vigueur). ▪ Vérification des vaccinations des enfants âgés de moins de 5 ans de la section du malade par le service médical de la collectivité. ▪ Recommander aux parents des enfants contacts âgés de moins de 5 ans, non ou mal vaccinés, de consulter rapidement un médecin afin qu'il leur propose une chimioprophylaxie par la rifampicine dans les 7 jours suivant le diagnostic.
Références / Bibliographie	
▪ Calendrier vaccinal en vigueur	

Méningite à pneumocoque

Agents pathogènes	Pneumocoque (<i>Streptococcus pneumoniae</i>)
Réservoir	Personne malade ou porteuse asymptomatique
Source de contamination	Sécrétions respiratoires
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : mode de transmission aérienne : « gouttelettes »
Période d'incubation	De quelques jours à 1 mois après l'apparition du germe dans le nasopharynx
Contagiosité	Faible
Durée de la contagiosité	24 H après le début d'une antibiothérapie efficace
Population particulièrement exposée	Enfants âgés de moins de 6 ans, non vaccinés
Populations présentant un risque de gravité	Personnes atteintes : ▪ d'un déficit immunitaire congénital ou acquis ▪ d'une asplénie anatomique ou fonctionnelle ▪ d'une drépanocytose
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/Isolement	Hospitalisation du cas index
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	Vaccination ▪ La vaccination contre le pneumocoque est recommandée pour tous les nourrissons, ainsi que pour toutes les personnes à risque d'infection invasive à pneumocoque, quel que soit leur âge (cf. calendrier vaccinal) Cette vaccination est proposée aux personnes à risque lors de leur admission dans des structures de soins ou d'hébergement. ▪ Vérification des vaccinations des enfants âgés de moins de 2 ans et des enfants à risque âgés de moins de 6 ans de la section du malade par le service médical de la collectivité. Pas de prophylaxie de l'entourage
Références / Bibliographie	
▪ Calendrier vaccinal en vigueur	

Méningite virale

Agent pathogène	Virus : en particulier entérovirus et parechovirus
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Généralement, sécrétions respiratoires
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : contact direct avec les sécrétions respiratoires (transmission aérienne)
Période d'incubation	Variable en fonction des virus
Contagiosité	Moyenne
Durée de la contagiosité	Variable
Population particulièrement exposée	Pas de population particulière
Population présentant des facteurs de risque de gravité	Personnes porteuses d'une agammaglobulinémie
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Non Toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie n'est pas souhaitable.
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	Aucune

Molluscum contagiosum

Agent pathogène	Molluscipox virus
Réservoir	Personne malade
Source de contamination	▪ Lésion cutanée ▪ Serviettes de toilettes
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct avec une lésion cutanée <i>E</i> : à partir de serviettes de toilettes
Période d'incubation	2 semaines à 4 mois
Contagiosité	Moyenne
Durée de la contagiosité	Jusqu'à guérison des lésions cutanées
Population particulièrement exposée	▪ Fratrie ▪ Sujets contacts
Population présentant un risque de gravité	▪ Enfants avec un eczéma atopique ▪ Personnes immunodéprimées (déficit de l'immunité cellulaire principalement)
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Non
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Usage personnel des serviettes de toilette
Mesures préventives complémentaires	Recommander à la famille de consulter son médecin traitant pour l'enfant atteint

Mononucléose infectieuse

Agent pathogène	Virus Epstein-Barr (EBV)
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Salive (baiser)
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct avec la salive
Période d'incubation	3 à 7 semaines
Contagiosité	Moyenne
Durée de la contagiosité	Inconnue (pouvant aller jusqu'à plusieurs mois)
Population particulièrement exposée	Adolescents
Populations présentant un risque de gravité	Personnes immunodéprimées, en particulier greffées
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Non
Mesures d'hygiène	Application stricte des mesures d'hygiène
Mesures préventives complémentaires	Rappeler les modes de contamination en vue de limiter la transmission

Oreillons

Agent pathogène	Virus ourlien (Paramyxovirus)
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Sécrétions respiratoires
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : - par les sécrétions respiratoires - par la salive
Période d'incubation	12 à 25 jours
Contagiosité	Forte
Durée de la contagiosité	De 7 jours avant à 9 jours après le début de la parotidite
Population particulièrement exposée	Personnes non vaccinées
Population présentant un risque de gravité	▪ Adultes de sexe masculin non immunisé (orchite) ▪ Femmes enceintes non immunisées (risque de fausse couche dans le premier trimestre de grossesse)
Mesures à prendre dans la collectivité Les parotidites observées actuellement sont très rarement ourliennes. Une confirmation virologique (recherche du virus ou des IgM spécifiques) est recommandée.	
Eviction/isolement	Non Toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse, n'est pas souhaitable.
Mesures d'hygiène	Application stricte des mesures d'hygiène
Mesures préventives complémentaires	La vaccination trivalente contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est recommandée : ▪ chez tous les nourrissons à l'âge de 12 mois avec deuxième dose entre les âges de 13 et 24 mois, Vaccination à deux doses recommandées pour toutes les personnes nées depuis 1980. Vaccination recommandée pour la plupart des professionnels de santé, du social et médico-social (calendrier vaccinal), y compris si nés avant 1980. L'efficacité de la vaccination contre les oreillons est moindre que celle contre la rubéole et la rougeole, et ce d'autant plus que la dernière dose reçue est ancienne et que le sujet n'a reçu qu'une dose. Informer le personnel et les parents de l'existence de cas dans la collectivité.
Références / Bibliographie ▪ Calendrier vaccinal en vigueur	

Otite (moyenne aiguë)

Agents pathogènes	▪ Virus respiratoires : virus respiratoire syncytial (VRS), virus grippal, rhinovirus, etc. ▪ Bactéries : pneumocoque, <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Moraxella catarrhalis</i>, etc.
Réservoir	Humain
Source de contamination	Sécrétions respiratoires
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par les sécrétions respiratoires <i>E</i> : objets souillés (contamination virale)
Période d'incubation	Variable en fonction des virus ou des bactéries : de quelques jours à quelques semaines
Contagiosité	Faible
Durée de la contagiosité	Elle peut débuter avant l'apparition des symptômes et se prolonger pendant la maladie et au décours
Populations particulièrement exposées	▪ Nourrissons ▪ Enfants
Population présentant un risque de gravité	Pas de population particulière
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Non Toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse, n'est pas souhaitable.
Mesures d'hygiène	Application stricte des mesures d'hygiène
Mesures préventives complémentaires	Pas de mesure particulière
Références / Bibliographie	
▪ Calendrier vaccinal en vigueur ▪ En fonction de l'agent pathogène en cause ▪ Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant. Recommandations. Novembre 2011, 18 pages. Disponible sur http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf (consulté le 26/07/2012).	

Pédiculose du cuir chevelu

Agent pathogène	Pou de tête (<i>Pediculus humanus capitis</i>)
Réservoir	Personne parasitée
Source de contamination	Cheveux porteurs de lentes ou de poux
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : contact direct de cheveu à cheveu, le plus souvent <i>E</i> : parfois, par l'intermédiaire d'objets infectés (peigne, brosse, bonnet, peluche,)
Période d'incubation	Le cycle d'un pou comprend trois stades : - Lente qui éclot en 7 à 10 jours. - Larve qui devient adulte en 2 semaines environ. - Pou adulte
Contagiosité	Forte
Durée de la contagiosité	Tant que sont présents lentes et /ou poux vivants Le pou adulte peut survivre environ 1 mois sur le cuir chevelu et une femelle peut pondre une centaine d'œufs). Survie de 20 à 48 h en dehors de la tête et de 24h dans l'eau
Population particulièrement exposée	Enfants
Population présentant des facteurs de risque de gravité	Pas de population particulière
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Non
Mesures d'hygiène	▪ Ne pas coiffer les enfants avec la même brosse ou le même peigne ▪ Ne pas échanger bonnet, écharpe ▪ Espacement suffisant des porte-manteaux
Mesures préventives complémentaires	▪ Recommander à la personne parasitée ou aux parents d'un enfant parasité 1. d'appliquer un traitement efficace 2. d'examiner tous les membres de la famille, 3. de ne traiter que ceux qui sont parasités ▪ Informer les parents de la section ou de la classe, par écrit, de l'existence de cas de pédiculose.
Références / Bibliographie	
▪ Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) du 27 juin 2003 relatif à la conduite à tenir devant un sujet atteint de pédiculose du cuir chevelu (<i>en cours d'actualisation</i>) : Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_270603_pediculose.pdf (consulté le 26/07/2012).	

Pneumonie

Agents pathogènes	▪ Bactéries : - pneumocoque : <i>Streptococcus pneumoniae</i> - bactéries intracellulaires : <i>Mycoplasma pneumoniae</i>, <i>Chlamydia pneumoniae</i>, <i>Legionella pneumophila</i> - autres bactéries : <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, bacilles Gram (-), <i>Moraxella catarrhalis</i> ▪ Virus : influenza, parainfluenza, virus respiratoire syncytial,...
Réservoir	Généralement la personne malade (en dehors de la légionellose)
Source de contamination	Sécrétions respiratoires (en dehors de la légionellose)
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct le plus souvent <i>E</i> : par contact indirect parfois
Période d'incubation	Variable selon l'agent responsable
Contagiosité	Forte pour les virus Faible pour les bactéries
Durée de la contagiosité	Dès l'apparition des signes cliniques et pendant toute la durée de la phase symptomatique
Population particulièrement exposée	Pas de population particulière
Populations présentant un risque de gravité	▪ Personnes âgées de plus de 60 ans ▪ Personnes présentant des comorbidités : pathologie chronique cardiaque et respiratoire, diabète, insuffisance hépatique ou rénale, alcoolisme, immunodéficience, maladie neurologique, obésité morbide.
Mesures à prendre dans la collectivité*	
Eviction/Isolement	▪ Pas d'éviction, toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse, n'est pas souhaitable. ▪ Isolement recommandé dans les collectivités de sujets à risque Si isolement impossible : port d'un masque quand sortie hors de la chambre
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains

Mesures préventives complémentaires	▪ Vaccination contre la grippe des personnes à risque et des professionnels selon le calendrier vaccinal en vigueur ▪ Vaccination contre le pneumocoque des personnes à risque élevé d'infection invasive à pneumocoque selon le calendrier vaccinal en vigueur. Des mesures de contrôle spécifiques à certains pathogènes (grippe, légionellose et coqueluche) sont détaillées dans les fiches spécifiques.
Mesures à prendre dans des collectivités spécifiques	Surveillance permanente des cas en collectivité de personnes à risque et signalement des cas groupés à l'ARS
Références / Bibliographie ▪ Calendrier vaccinal en vigueur ▪ Conduites à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées. Rapport du Haut Conseil de la santé publique, 2012, 59 pages. Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120703_infecrespicollagees.pdf (consulté le 30/10/2012).	

Punaises de lit

Agent pathogène	▪ <i>Cimex lectularius</i> cosmopolite ▪ <i>Cimex hemipterus</i> tropicale.
Réservoirs	Literie, matelas, sommiers, et toutes les anfractuosités ou recoins sombres d'un habitat
Sources de contamination	Chambres dans hébergements collectifs à haute fréquentation : dortoirs, maisons de retraite, foyers de personnes sans domicile fixe, camps de réfugiés, hôtels, trains-couchettes, bateaux de croisière,
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : non <i>E</i> : transport actif de l'arthropode à la recherche de son repas sanguin, transport parfois passif dans les valises et vêtements. Un cycle complet (Adulte-Œufs-Stades larvaires-Adultes) dure de 40 à 70 jours. Une femelle pond entre 5 à 10 œufs par jour. Les adultes peuvent survivre sans repas sanguin pendant 1 an
Période d'incubation	Sans objet
Contagiosité	Pas de transmission interhumaine
Durée de la contagiosité	Sans objet
Population particulièrement exposée	Pas de population particulière
Population présentant des facteurs de risque de gravité	Pas de population particulière
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Non (pas de transmission de maladie)
Mesures d'hygiène	Stratégie coordonnée de recherche systématique, d'identification et d'élimination de l'arthropode et choix judicieux des sites adjacents à traiter (locaux attendant apparemment non infestés)
Mesures préventives complémentaires	Dans les lieux à forte fréquentation : ▪ inspections régulières et suppression de tout gîte potentiel, ▪ hygiène générale ▪ entretien des locaux

Rhinopharyngite

Agents pathogènes	Virus respiratoires essentiellement : rhinovirus, virus respiratoire syncytial (VRS), virus parainfluenza, etc.
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Sécrétions respiratoires
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : le plus souvent par les sécrétions respiratoires <i>E</i> : objets souillés
Période d'incubation	Variable en fonction des virus, de 1 à 7 jours
Contagiosité	Variable en fonction du virus et du type de collectivité
Durée de la contagiosité	Elle peut débuter avant l'apparition des symptômes et se prolonger pendant la maladie
Population particulièrement exposée	Pas de population particulière
Populations présentant un risque de gravité	Pas de population particulière
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Non
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	▪ Pas de mesure spécifique ▪ Aucune antibiothérapie n'est nécessaire chez le sujet index
Références / Bibliographie ▪ Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant. Recommandations. Novembre 2011, 18 pages. Disponible sur http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf (consulté le 26/07/2012).	

Roséole (exanthème subit)

Agent pathogène	Virus du groupe Herpes HHV6 surtout
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Sécrétions oropharyngées
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : contact direct le plus souvent avec les sécrétions oropharyngées (transmission aérienne)
Période d'incubation	5 à 15 jours
Contagiosité	Moyenne
Population particulièrement exposée	Nourrissons
Population présentant des facteurs de risque de gravité	Personnes immunodéprimées
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Non Toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse, n'est pas souhaitable.
Mesures d'hygiène	Pas de mesure particulière
Mesures préventives complémentaires	Pas de mesure particulière

Rougeole

La rougeole est une maladie à déclaration obligatoire

Agent pathogène	Paramyxovirus (virus de la rougeole)
Réservoir	Personne malade
Source de contamination	Sécrétions rhinopharyngées
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct avec les sécrétions respiratoires le plus souvent (transmission aérienne) <i>E</i> : par contact indirect parfois avec un objet venant d'être souillé par des sécrétions rhino-pharyngées
Période d'incubation	7 à 18 jours (8 à 12 jours en moyenne)
Contagiosité	Très forte
Durée de la contagiosité	▪ 5 jours avant l'éruption ▪ 5 jours après le début de l'éruption
Population particulièrement exposée	Population née après 1980 non ou incomplètement vaccinée avec une seule dose - en particulier nourrissons n'ayant pas atteint l'âge de la vaccination
Populations présentant un risque de gravité	▪ Nourrissons âgés de moins de 1 an ▪ Personnes immunodéprimées ▪ Femmes enceintes ▪ Adolescents et adultes non protégés
Mesures à prendre dans la collectivité Insister sur la nécessité de faire vacciner les personnes de la collectivité éligibles à la vaccination Affichage et information des familles et du personnel	
Eviction/isolement	Oui Durée : 5 jours, à partir du début de l'éruption
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène • Application stricte des mesures d'hygiène des mains • Nettoyage des jouets
Mesures préventives complémentaires	Inform le personnel et les parents de l'existence de cas dans la collectivité. Recommander la vaccination : ▪ par un vaccin trivalent dans les 72 h après le contact aux sujets contacts non protégés ▪ par un vaccin monovalent contre la rougeole entre les âges de 6 et 9 mois. ▪ la vaccination reste recommandée si le délai de 72h est dépassé

	Indication d'administration d'immunoglobines par voie intra-veineuse (IV) à l'hôpital dans les 6 jours suivant le contage pour les sujets à risque (cf. supra) La vaccination trivalente contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est recommandée : ▪ chez tous les nourrissons à 12 mois avec deuxième dose entre 13 et 24 mois, ▪ dès l'âge de 9 mois pour les enfants accueillis en collectivité avec deuxième dose entre 12 et 15 mois. Vaccination à deux doses recommandée pour toutes les personnes nées depuis 1980. Vaccination recommandée pour les professionnels de la santé et de la petite enfance nés avant 1980 (cf. Calendrier vaccinal en vigueur)
Références / Bibliographie ▪ Calendrier vaccinal en vigueur ▪ Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la problématique de la rougeole chez la femme enceinte. 23 mai 2011) Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20110523_rougeolefemmeenceinte.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Avis du HCSP relatif à l'actualisation des recommandations vaccinales contre la rougeole pour les adultes (11 février 2011) Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20110211_rougeoleadultes.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Circulaire du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/09_334t0pdf.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la vaccination autour d'un ou plusieurs cas de rougeole. 26 juin 2009 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20090626_rougeole.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif au délai entre l'administration d'immunoglobulines après contact avec un cas de rougeole et le vaccin ROR. 16 avril 2012 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20120416_delairougror.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ INPES. Mobilisation contre la rougeole. Equilibre, septembre 2011, N°74 Disponible sur http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/equilibre/numeros/74/rougeole_colleges_lycees.asp (consulté le 26/07/2012). Maladie à déclaration obligatoire. JO du 27 août 2011. Arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses. Fiche de notification disponible sur https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12554.do	

Rubéole

Agent pathogène	Virus de la rubéole (<i>togavirus</i>)
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	Sécrétions rhino-pharyngées
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : - par contact direct avec les particules rhino-pharyngées (voie aérienne), par les larmes - par passage transplacentaire chez la femme enceinte
Période d'incubation	De 14 à 23 jours, 16 à 18 jours en moyenne
Contagiosité	Moyenne
Durée de la contagiosité	7 jours avant, 14 jours après le début de l'éruption
Population particulièrement exposée	Personnes non immunisées
Population présentant un risque de gravité	Femmes enceintes (risque fœtal)
Mesures à prendre dans la collectivité Une confirmation du diagnostic par un examen virologique (recherche des anticorps spécifiques) est indispensable Affichage et information des familles et du personnel	
Eviction/isolement	Non Toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse, n'est pas souhaitable.
Mesures d'hygiène	Pas de mesure particulière
Mesures préventives complémentaires	Inform le personnel de la collectivité de l'existence d'un cas et du risque pour les femmes enceintes Demander aux femmes enceintes contacts de consulter leur médecin Vérifier et faire mettre à jour les vaccinations par le service médical de la collectivité notamment pour les personnels de la petite enfance (cf. Calendrier vaccinal en vigueur) La vaccination trivalente contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est recommandée : ▪ chez tous les nourrissons à 12 mois avec deuxième dose entre 13 et 24 mois, Vaccination à deux doses recommandées pour toutes les personnes nées depuis 1980.

	Vaccination recommandée pour la plupart des professionnels de santé, du social et médico-social (calendrier vaccinal), y compris si nés avant 1980.
Références / Bibliographie	
▪ Calendrier vaccinal en vigueur	

Teignes du cuir chevelu et de la peau

Agent pathogène	Dermatophytes (Champignons)
Réservoir	▪ Personne parasitée ▪ Animal parasité ▪ Sol
Source de contamination	▪ Lésion cutanée et cheveux infectés de l'homme ▪ Lésion cutanée et poils infectés de l'animal ▪ Spores dans la terre
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct avec la lésion cutanée et les cheveux ou poils infectés <i>E</i> : - par contact indirect avec des objets contaminés (peignes, brosse, vêtements, bonnets, etc.) - par contact direct avec les animaux pour les Teignes zoophiles
Période d'incubation	2-3 semaines après le contact infectant
Contagiosité	Faible
Durée de la contagiosité	Jusqu'à guérison des lésions cutanées
Population particulièrement exposée	Personnes contacts proches du sujet ayant une teigne
Population présentant des facteurs de risque de gravité	Pas de population particulière
Mesures à prendre dans la collectivité Le diagnostic de la teigne devrait reposer sur les résultats d'un examen mycologique	
Eviction/isolement	Oui, jusqu'à présentation d'un certificat médical attestant d'une consultation et de la prescription d'un traitement adapté
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains ▪ Nettoyage des jouets
Mesures préventives complémentaires	▪ Recommander aux personnes contact du cas de consulter pour un dépistage (famille, entourage et professionnels)

Tuberculose

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire

Agent pathogène	Mycobactérie du complexe <i>tuberculosis</i>
Réservoir	▪ Personne malade ▪ Exceptionnellement animaux malades
Source de contamination	Les sécrétions respiratoires surtout si toux
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : directe par aérosolisation des particules infectantes issues des sécrétions respiratoires <i>Attention</i> : transmission aérienne : l'air de la pièce peut être source de contamination
Période d'incubation	De quelques semaines à toute la vie
Contagiosité	Contagiosité uniquement en cas de forme pulmonaire ou laryngée. La positivité en cas d'examen microscopique direct ou de culture des produits respiratoires positif majore la contagiosité ainsi que présence d'une toux ou d'une caverne. Le risque de contamination augmente avec la durée du contact et sa proximité
Durée de la contagiosité	Généralement, tant que le sujet est bacillifère (il existe une transmission possible à partir de cas baar- / culture +) Une fois traités, la contagiosité des cas est très fortement réduite au bout de quelques semaines
Populations particulièrement exposées	▪ Populations précaires ▪ Populations venant de zones d'endémie ▪ Professionnels de santé exposés ▪ Population âgée (réactivation d'infections anciennes) ▪ Personnes immunodéprimées
Population présentant des facteurs de risque de gravité	▪ Nourrissons ▪ Enfants âgés de moins de 15 ans ▪ Personnes immunodéprimées (VIH, corticothérapie, anti-TNF alpha....)
Mesures à prendre dans la collectivité Enquête autour du cas menée par le Centre de lutte anti-tuberculeuse (Clat) en lien avec le médecin de l'établissement	
Eviction/isolement	Oui, si la personne est bacillifère Durée : au minimum 1 mois d'arrêt après le début du traitement et un examen microscopique négatif avant la reprise En cas de contact avec des populations à risque, exiger une culture négative.

Mesures d'hygiène	Pas de mesure particulière
-------------------	----------------------------

Mesures préventives complémentaires	Autour d'un cas : action menée par le Clat en lien avec le médecin de la collectivité 1. Informer le personnel de la collectivité et les membres de la collectivité identifiés comme sujets contact, en cas de sujet atteint de tuberculose. 2. Dépister les sujets contacts (intradermoréaction et ou IGRA et radiographie pulmonaire, consultation médicale). L'obligation vaccinale en population générale a été suspendue en juillet 2007. Aucune vaccination par le BCG ne peut être exigée pour l'entrée à l'école ou dans une autre collectivité. Le BCG reste recommandé pour les enfants à risque et pour tous les enfants vivant en Ile de France en Guyane et à Mayotte. Le BCG reste obligatoire pour les professionnels de santé.
Références / Bibliographie ▪ Calendrier vaccinal en vigueur ▪ Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) relatif à la suspension de l'obligation de vaccination par le BCG chez les enfants et les adolescents. 9 mars 2007 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_090307_vaccinbcg.pdf (consulté le 26/07/2012). ▪ Décret N°2007-III du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000464863&dateTexte= (consulté le 26/07/2012). ▪ Circulaire N°DGS/RI1/2007/318 du 14 août 2007 relative à la suspension de l'obligation vaccinale par le BCG des enfants et adolescents ▪ Article L.3112-1 relative à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG pour certaines professions (?) ▪ Groupe de travail CSHPF. Enquête autour d'un cas de tuberculose, recommandations pratiques. 2006, 87 pages. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_autour_d_un_cas_de_tuberculose_Recommandations_pratiques.pdf (consulté le 26/07/2012). (<i>Document en cours de révision</i>)	

Typhoïde et paratyphoïde

Agent pathogène	Bacille gram négatif appartenant à la famille des entérobactéries : <i>Salmonella Typhi</i> ou <i>Paratyphi</i> A, B et C
Réservoir	Personne malade ou asymptomatique
Source de contamination	▪ Selles ▪ Eau et aliments contaminés
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : fécal oral <i>E</i> : indirect le plus souvent par les aliments ou l'eau contaminés
Période d'incubation	5 jours à 1 mois (en moyenne 2 à 3 semaines)
Contagiosité	Faible
Durée de la contagiosité	Tant que la bactérie est présente dans les selles
Population particulièrement exposée	Pas de population particulière
Populations présentant des facteurs de risque de gravité	▪ Nourrissons ▪ Personnes immunodéprimées
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	Oui Retour sur présentation d'un certificat médical attestant de 2 coprocultures négatives à 24 H d'intervalle, au moins 48 H après l'arrêt du traitement
Mesures d'hygiène	▪ Application stricte des mesures d'hygiène ▪ Application stricte des mesures d'hygiène des mains
Mesures préventives complémentaires	Vaccination recommandée aux personnes devant effectuer un séjour en zone d'endémie.
Références / Bibliographie	
▪ Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2012. BEH 2012 ; N°20-21 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp_beh_20_21_2012.pdf (consulté le 26/07/2012) ▪ Guarino A (Coordinator), Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Hoekstra J.H, Shamir R, Szajewska H. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases. Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. JPGN 2008; 46: S81–S122.	

Varicelle

Agent pathogène	Virus varicelle zona (VZV)
Réservoir	Personne malade (varicelle, parfois zona)
Source de contamination	Transmission aérienne par gouttelettes de salive Transmission par les vésicules
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct : - par voie aérienne - avec une lésion cutanée y compris avec un zona
Période d'incubation	14 jours en moyenne (10 à 21 jours)
Contagiosité	Forte
Durée de la contagiosité	2 à 4 jours avant l'éruption et tant que des vésicules sont présentes
Population particulièrement exposée	Personnes non immunisées
Populations présentant des facteurs de risque de gravité	▪ Personnes immunodéprimées, notamment personnes sous corticothérapie ▪ Adultes et adolescents n'ayant pas fait la maladie (sérologie IgG négative) ▪ Femmes enceintes non immunes ▪ Nourrissons âgés de moins de 1 an
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/isolement	▪ Pas d'éviction, toutefois, la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë de la maladie infectieuse, n'est pas souhaitable. ▪ Isolement du cas s'il fréquente une collectivité fermée incluant des personnes à risque ▪ Eviction du cas durant la période de contagiosité s'il s'agit d'un personnel soignant
Mesures d'hygiène	Application stricte des mesures d'hygiène
Mesures préventives complémentaires	Inform le personnel de la collectivité de la présence de cas pour mise en œuvre des mesures spécifiques. Recommander la vaccination en post-exposition des adultes réceptifs (dans les 3 jours suivant l'exposition). Recommander l'administration d'immunoglobulines spécifiques aux personnes immunodéprimées et aux femmes enceintes non immunisées ayant été en

	contact avec la personne malade. Vérifier et faire mettre à jour les vaccinations par le service médical de la collectivité notamment pour les personnels qui relèvent de la vaccination (cf. Calendrier vaccinal en vigueur)
Références / Bibliographie ▪ Calendrier vaccinal en vigueur ▪ Avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) relatif aux recommandations de vaccination contre la varicelle. 5 juillet 2007 Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp045a20070705_Varicelle.pdf (consulté le 26/07/2012) ▪ Recommandations vaccinales concernant la varicelle. Réévaluation des recommandations relatives à la vaccination contre la varicelle avec l'arrivée de vaccins quadrivalents rougeole-rubéole-oreillons-varicelle. Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp049r20070816_Varicelle.pdf (consulté le 26/07/2012).	

Verrues vulgaires

Agent pathogène	Papillomavirus (HPV) – nombreux types différents
Réservoir	Personne infectée
Source de contamination	▪ Lésion cutanée siégeant habituellement au niveau des mains et des pieds ▪ Sol
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	<i>P</i> : par contact direct avec une lésion cutanée <i>E</i> : indirect par sol contaminé
Période d'incubation	1 à 24 mois
Importance de la contagiosité	Faible
Population particulièrement exposée	Pas de population particulière
Population présentant des facteurs de risque de gravité	Personnes immunodéprimées
Mesures à prendre dans la collectivité Piscine et sports pieds nus sont autorisés aux personnes infectées	
Eviction/isolement	Non
Mesures d'hygiène	Application stricte des mesures d'hygiène
Mesures préventives complémentaires	Conseiller aux sujets porteurs de verrues de consulter leur médecin traitant

Zona

Agents pathogènes	Virus varicelle zona (VZV) du groupe Herpes, Herpes virus de type 3
Réservoir	Toute personne ayant fait la varicelle
Source de contamination	Le patient lui-même antérieurement contaminé par le virus VZV et qui le réactive, le plus souvent à l'occasion d'une baisse de l'immunité.
Mode de contamination <i>P : de personne à personne</i> <i>E : à partir de l'environnement</i>	Réactivation du virus VZV resté quiescent dans les ganglions nerveux après une varicelle.
Période d'incubation	Sans objet
Contagiosité	Faible Les vésicules et pustules du zona contiennent le VZV. Il existe un risque contagieux pour les personnes non immunisées (celles qui n'ont jamais contracté la varicelle et non vaccinées) qui peuvent développer une varicelle.
Durée de la contagiosité	A partir des lésions cutanées tant qu'elles ne sont pas sèches. Il n'y a pas de transmission respiratoire.
Populations particulièrement exposées	▪ Personnes âgées ▪ Personnes immunodéprimées
Populations présentant un risque de gravité	Personnes réceptives au virus de la varicelle et à risque de formes compliquées : ▪ Personnes immunodéprimées, notamment personnes sous corticothérapie ▪ Adultes et adolescents n'ayant pas fait la maladie (sérologie négative) ▪ Femmes enceintes non immunes ▪ Nourrissons âgés de moins de 1 an
Mesures à prendre dans la collectivité	
Eviction/Isolement	Pas d'éviction, mais protection des lésions cutanées.
Mesures d'hygiène	Précautions standard de type « contact » autour du patient.
Mesures préventives complémentaires	Vaccin contre le zona selon les recommandations du calendrier vaccinal en vigueur.
Mesures à prendre dans des collectivités spécifiques	Les personnes présentant un zona doivent éviter d'entrer en contact avec des personnes à risque de formes graves de varicelle (cf. fiche Varicelle)

Références / Bibliographie

- Dans l'état actuel des connaissances, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) ne recommande pas la vaccination large par le vaccin contre le zona. Avis du CSHPF du 22 septembre et du 5 décembre 2006 relatif au vaccin contre le zona. Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_220906_zona.pdf (consulté le 26/07/2012).
- Société de pathologie infectieuse de langue française (Spilf). Prise en charge des infections à VZV. 1998. Disponible sur http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/vzv98.pdf (consulté le 26/07/2012).

GLOSSAIRE

AES	Accident exposant au sang
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
Arlin	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
ARS	Agence régionale de santé
CHIKV	Virus du chikungunya
Cire	Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région
CMV	Cytomégalovirus
CMVI	Comité des maladies liées aux voyages et de maladies d'importation
CNR	Centre national de référence
CRPV	Centre régional de pharmacovigilance
CSHPF	Conseil supérieur d'hygiène publique de France
CSMT	Commission spécialisée Maladies transmissibles du HCSP
CTV	Comité technique des vaccinations
DENV	Virus de la dengue
DFA	Département français d'Amérique
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire, ministère de l'Education nationale
DGS	Direction générale de la santé
DO	Déclaration obligatoire
DOM	Département d'outre-mer
EBV	Epstein Barr virus
ECDC	<i>European Center for Disease Control and Prevention</i>
EHEC	<i>Escherichia coli</i> enterohémorragique
Ehpad	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HACCP	<i>Hazard Analysis Critical Control Point</i>
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HPV	<i>Human papillomavirus</i>
IIM	Infection invasive à méningocoque
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
InVS	Institut de veille sanitaire
JO	Journal officiel
LAV	Lutte anti-vectorielle
PHA	Produit hydro-alcoolique
PMI	Protection maternelle et infantile

Psage	Programme de surveillance, d'alerte et de gestion des épidémies
SG-HCSP	Secrétariat général du Haut Conseil de la santé publique
STEC	<i>Escherichia coli</i> productrice de shigatoxines
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VHE	Virus de l'hépatite E
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VRS	Virus respiratoire syncytial
VTEC	<i>Escherichia coli</i> productrice de vérotoxines
VZV	Virus zona varicelle

Survenue de **maladies infectieuses** dans une **collectivité** **Conduites à tenir**

La prévention des maladies infectieuses en collectivité vise à lutter contre les sources de contamination et à réduire la transmission. Les collectivités d'enfants ou d'adultes mettent en contact de nombreux individus dans un espace relativement restreint, ce qui favorise la transmission des agents infectieux.

Dans ce guide, chaque maladie infectieuse a fait l'objet d'une fiche individuelle précisant la période d'incubation, la durée de la contagiosité, les mesures à prendre concernant l'éviction du sujet malade, l'hygiène et la prévention de l'entourage.

De ce fait, les dispositions prévues s'appliquent à l'ensemble des collectivités. Le cas échéant, les mesures de contrôle recommandées ont été adaptées aux types de collectivités.

Ce guide s'adresse aux médecins traitants, aux médecins de ces collectivités qui ont en charge les mesures à prendre en cas de maladies infectieuses en coordination avec les directeurs de collectivité, et aux gestionnaires.