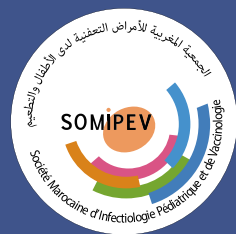


# Fiches Descriptives des maladies infectieuses en milieu scolaire



Edition 2023





---

Comité de lecture

<b>Abid A</b>	(Casablanca)
<b>Barkia A</b>	(Kénitra)
<b>Bouharrou A</b>	(Fès)
<b>Bousfiha AA</b>	(Casablanca)
<b>Bouskraoui M</b>	(Marrakech)
<b>El Azami El Idrissi M</b>	(Fès)
<b>Hida M</b>	(Fès)
<b>Jouhadi Z</b>	(Casablanca)
<b>Lakhdar Idrissi M</b>	(Fès)
<b>Mahmoud M</b>	(Fès)
<b>Oulmaati A</b>	(Tanger)
<b>Zerouali K</b>	(Casablanca)



# Sommaire

Préambule .....	1
1- Méningite virale .....	2
2- Méningite bactérienne à méningocoque .....	3
3- Gastroentérite .....	5
4- Toxi-infection alimentaire .....	7
5- Varicelle .....	9
6- Tuberculose .....	11
7- Rougeole .....	13
8- Oreillons .....	15
9- Rubéole .....	17



# Préambule

L'école représente un lieu de vie crucial pour la vie de nos enfants de l'enfance à l'adolescence. Ils y passent en moyenne six heures par jour pendant au moins 13 ans. Il s'agit d'une période critique de leur vie avec un impact important sur leur développement social, psychologique, physique et intellectuel. Ainsi, le rôle de l'école est prépondérant dans la promotion de la santé et la sécurité des enfants et des adolescents car elle leur permet d'établir un mode de vie sain et un modèle de santé qui leur serait utile tout au long de leur vie.

Une bonne santé de nos élèves est un levier important pour leur apprentissage et leur réussite scolaire. Etant donné la place cruciale de l'école dans l'apprentissage, elle représente un cadre idéal pour enseigner et offrir aux élèves des occasions d'adopter des comportements leur permettant la prévention des maladies infectieuses et aussi d'améliorer leurs comportements alimentaires et d'activité physique et de gérer leurs problèmes de santé chroniques (asthme, diabète, épilepsie, allergies alimentaires et mauvaise santé bucco-dentaire).

La mise en place de pratiques de santé scolaire permettrait d'avoir des élèves et de bons apprenants en bonne santé et une garantie d'avoir, par la suite, des adultes prospères.

La prévention et le contrôle des maladies infectieuses en milieu scolaire représentent un défi majeur, surtout qu'ils impliquent différents partenaires (Parents, direction de l'école, direction de la santé publique) avec des rôles complémentaires et des responsabilités partagées.

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



2- Fiche Descriptive de <b>Méningite bactérienne à méningocoque</b> en milieu scolaire	
Définition	Infection des méninges causée par une bactérie : le <i>Neisseria meningitidis</i> (méningocoque). Il existe plusieurs sérogroupes. Le groupe B est le plus fréquent au Maroc.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	1 à 10 jours, en moyenne 4 jours.
Période de contagiosité	De 7 jours avant le début des symptômes et jusqu'à 24 heures après le début du traitement aux antibiotiques. État de porteur chez 3 à 25% de la population.
Durée de la maladie	Variable.
Mode de transmission	Par contact : avec la salive ou les sécrétions nasopharyngées d'une personne porteuse ou malade (ex : baiser) ou avec des objets contaminés (partage de boisson ou aliment, échange de jouets). Par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par une personne porteuse ou malade lorsqu'elle parle, tousse ou éternue (moins d'un mètre).
Tableau clinique	Forte fièvre, maux de tête importants, raideur de la nuque, myalgies, nausées et vomissements. Certains cas présenteront une atteinte cutanée caractéristique soit des pétéchies, surtout aux extrémités et sur le thorax. Dans les cas fulminants, l'infection progresse rapidement et le décès peut survenir dans les 12 à 24 heures.
Complications	Précocement : péricardite, myocardite, arthrite septique, coma, coagulation intravasculaire disséminée, gangrène des extrémités. Tardivement : déficit neurologique, surdité, paralysie cérébrale, troubles d'apprentissage. Séquelles chez 10 à 20% des cas. Décès dans 10% des cas tout âge confondu et jusqu'à 25% chez les adolescents.

2- Fiche Descriptive de <b>Méningite bactérienne à méningocoque</b> en milieu scolaire (suite)	
Particularité de la femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Clinique et identification de la bactérie dans le liquide céphalo-rachidien ou le sang.
Traitement	Spécifique : antibiothérapie intraveineuse. De support : hydratation, intubation, traitement du choc, etc.
Pronostic	Voir complication.
Prévention	Renforcer les mesures d'hygiène. La chimioprophylaxie antibiotique est offerte aux contacts étroits du cas de méningocoque. Les contacts scolaires n'en font généralement pas partie. La vaccination en postexposition est offerte aux contacts étroits lorsqu'il s'agit d'un méningocoque de groupe A, C, Y ou W135. Il n'existe pas de vaccin commercialisé contre le méningocoque de groupe B au Maroc
<b>Recommandation (éviction)</b>	Lorsque le cas est validé : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention selon protocole.</li> <li>• Aucune éviction des contacts incluant ceux qui refusent de prendre la chimioprophylaxie.</li> </ul>

3- Fiche Descriptive de la <b>Gastroentérite</b> en milieu scolaire	
Définition	Infection causée le plus souvent par un virus et occasionnellement par une bactérie ou une toxine. Les épidémies de gastroentérite en milieu scolaire sont le plus souvent causées par les Norovirus.
Réservoir	Être humain pour certains virus ou bactéries.
Période d'incubation	Virale : de 24 à 48 heures. Autres : variable selon l'agent causal.
Période de contagiosité	Habituellement pendant la phase aiguë.
Durée de la maladie	Variable selon l'agent causal.
Mode de transmission	Par contact avec les matières fécales (mains, objets contaminés). Par ingestion de nourriture ou d'eau contaminées.
Tableau clinique	Nausées, vomissements, douleurs et crampes abdominales, diarrhée, fièvre légère, etc.
Complications	Déshydratation rapide chez les jeunes enfants. Autres complications possibles selon l'agent causal.
Particularité de la femme enceinte	Aucune.
Diagnostic	Habituellement diagnostic clinique. Une recherche virale ou des cultures bactériennes peuvent être nécessaires dans un contexte d'épidémie.
Traitement	De support : hydratation, diète liquide et reprise de l'alimentation solide progressivement selon la tolérance. le plus tôt possible. Spécifique : parfois antibiotique, si origine bactérienne avec atteinte de l'état général probiotiques, antisécrétoires intestinaux, parfois antibiotique, si origine bactérienne avec atteinte de l'état général.
Pronostic	Excellent.

### 3- Fiche Descriptive de la **Gastroentérite** en milieu scolaire (suite)

<b>Prévention</b>	* Renforcer les mesures d'hygiène telles le lavage des mains. Nettoyer les objets partagés et les surfaces fréquemment touchées.
<b>Recommandation (éviction)</b>	* Lors d'une éclosion de gastroentérite, retirer les enfants malades et les réintégrer, idéalement, 48 heures après la disparition des symptômes (absence de diarrhée et vomissements) pour limiter la transmission aux autres.

4- Fiche Descriptive de la <b>Toxi-infection alimentaire</b> en milieu scolaire	
Définition	Tout syndrome provoqué par l'ingestion d'aliments contaminés par des microorganismes, des toxines ou un produit chimique.
Réservoir	Variable selon l'agent causal.
Période d'incubation	Variable selon l'agent causal (rapide si secondaire à une toxine et plus longue si cause infectieuse).
Période de contagiosité	S'il y a un risque de transmission, la période de contagiosité dépend de l'agent causal.
Durée de la maladie	Variable selon l'agent causal.
Mode de transmission	Par ingestion de nourriture ou d'eau contaminées.
Tableau clinique	Début soudain d'un même groupe de symptômes chez des individus qui ont consommé le même aliment. Symptômes surtout digestifs (ex. : nausées, vomissements, douleurs et crampes abdominales, diarrhée, fièvre légère) parfois neurologiques ou vasomoteurs.
Complications	Déshydratation. Autres complications possibles selon l'agent causal.
Particularité de la femme enceinte	Précautions alimentaires associées à la grossesse (ex. : listériose et fromage au lait cru).
Diagnostic	Diagnostic clinique et possibilité de recherche de l'agent causal dans les aliments suspectés et dans les selles.
Traitement	De support : hydratation, diète liquide et reprise de l'alimentation solide progressivement selon la tolérance. Spécifique : selon l'agent causal (ex. : traitement antibiotique).
Pronostic	Selon l'agent causal.

#### 4- Fiche Descriptive de la **Toxi-infection alimentaire** en milieu scolaire (suite)

<b>Prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Renforcer les mesures d'hygiène telles le lavage des mains.</li><li>• Conservation et cuisson des aliments à la température adéquate.</li><li>• Éviter la contamination croisée entre les aliments cuits et non cuits. Ne boire que de l'eau propre à la consommation.</li></ul>
<b>Recommandation (éviction)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conserver les aliments possiblement responsables pour analyse si nécessaire.</li><li>• Retirer les enfants malades et les réintégrer idéalement 48 heures après la fin des symptômes (absence de diarrhée et vomissements).</li></ul>

5- Fiche Descriptive de la <b>Varicelle</b> milieu scolaire	
Définition	Infection aiguë causée par un virus ( <i>Varicella zoster</i> ).
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 10 à 21 jours, en moyenne de 14 à 16 jours mais peut être prolongée jusqu'à 28 jours chez les patients ayant reçu précédemment les VZIG (immunoglobulines antivarielle-zona) ou chez les personnes immunodéprimées.
Période de contagiosité	De 1 à 2 jours avant et jusqu'à 5 jours après l'apparition de l'éruption ou jusqu'à ce que toutes les lésions soient croûtées. Maladie très contagieuse.
Durée de la maladie	De 7 à 10 jours.
Mode de transmission	Par voie aérienne : propagation dans l'air de petites gouttelettes et transmission à distance. Par gouttelettes: avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre). Par contact: avec le liquide présent dans les vésicules ou avec des objets contaminés par des sécrétions naso-pharyngées ou du liquide vésiculaire. Transplacentaire ou périnatale.
Tableau clinique	Fièvre légère, symptômes généraux bénins et une éruption généralisée prurigineuse maculopapulaire durant quelques heures puis vésiculaire pendant 3 à 4 jours et qui laisse une croûte granuleuse. Maladie souvent plus sévère chez l'adulte ou les personnes immunodéprimées.
Complications	Chez 5 à 10 % des enfants par ailleurs en bonne santé. Surinfections bactériennes (5 à 10 % des enfants en bonne santé), otite moyenne (5 % des enfants), arthrite, encéphalite, méningite ou glomérulonéphrite. Pneumonie varicelleuse chez l'adulte. Les personnes immunodéprimées, les nouveau-nés et les adultes sont plus susceptibles de faire une forme sévère de la varicelle. La varicelle prédispose à une infection invasive à streptocoque du groupe A.

5- Fiche Descriptive de la <b>Varicelle</b> milieu scolaire (suite)	
Particularité de la femme enceinte	Risque du syndrome de varicelle congénitale (atrophie des membres et cicatrices cutanées) de 0,4 à 2 % si l'infection a lieu entre la 13 <sup>ème</sup> et la 20 <sup>ème</sup> semaine de grossesse. Une varicelle néonatale sévère est à craindre si la mère fait la varicelle 5 jours avant et jusqu'à 2 jours après l'accouchement.
Diagnostic	Le diagnostic se fait surtout cliniquement.
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer les mesures d'hygiène.</li> <li>• Programme d'immunisation à 12 mois pour toute la population. Il peut être administré en pré ou en postexposition. En préexposition, l'efficacité est de 70 à 90 % contre toute forme de varicelle et de 93 à 100 % contre une forme modérée ou grave de varicelle. En postexposition, la vaccination est efficace dans plus de 90 % si administrée en dedans de 5 jours suivant l'exposition à la varicelle.</li> <li>• Immunoglobulines contre le virus varicella zoster (VZIG) pour les personnes réceptives à haut risque, ne pouvant recevoir le vaccin.</li> </ul>
Pronostic	Bon.
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer les mesures d'hygiène.</li> <li>• Programme d'immunisation à 12 mois pour toute la population. Il peut être administré en pré ou en postexposition. En préexposition, l'efficacité est de 70 à 90 % contre toute forme de varicelle et de 93 à 100 % contre une forme modérée ou grave de varicelle. En postexposition, la vaccination est efficace dans plus de 90 % si administrée en dedans de 5 jours suivant l'exposition à la varicelle.</li> <li>• Immunoglobulines contre le virus varicella zoster (VZIG) pour les personnes réceptives à haut risque, ne pouvant recevoir le vaccin.</li> </ul>
Recommandation (éviction)	<p>Lorsque le diagnostic est validé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Envoyer une lettre d'information aux parents de tous les élèves de l'école au niveau primaire et secondaire. Une autre forme de communication (message verbal) pourrait être privilégiée au niveau secondaire afin d'informer les jeunes et leurs parents. Ceci afin d'informer sur la possibilité d'être vacciné en prophylaxie post exposition, pour les personnes réceptives.</li> <li>* Aucune Eviction.</li> </ul> <p>Diriger vers le médecin les femmes enceintes qui n'ont pas eu la maladie ni la vaccination (VZIG dans les 96 heures).</p>



6- Fiche Descriptive de la <b>Tuberculose</b> en milieu scolaire	
Définition	Infection causée par une bactérie, le <i>Mycobacterium tuberculosis</i> .
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	Très variable (quelques semaines à plusieurs mois).
Période de contagiosité	Aussi longtemps que l'agent infectieux vivant est présent dans les sécrétions respiratoires (cultures positives).
Durée de la maladie	Variable.
Mode de transmission	Par voie aérienne: propagation dans l'air des bactéries et transmission à distance. N'est pas contagieuse par les mains comme la grippe.
Tableau clinique	Symptômes peu spécifiques tels que : perte d'appétit, fatigue, fièvre intermittente, toux de plus de 3 semaines et expectorations, perte de poids, sudation nocturne, etc.
Complications	Pleurésie tuberculeuse, méningite tuberculeuse, tuberculose miliaire. Note : Le risque de complications est plus élevé chez les jeunes de moins de 3 ans.
Particularité de la femme enceinte	Infection congénitale rare.
Diagnostic	Diagnostic clinique et radiographie pulmonaire, frottis et culture des expectorations. En général, l'isolement de la bactérie tuberculeuse est rare chez l'enfant et le diagnostic est souvent posé sur un faisceau d'arguments: contagion, signes cliniques et radiologiques, intradermoréaction (IDR), Quantiferon. Actuellement le diagnostic est amélioré par la PCR.
Traitement	Spécifique : médicaments antituberculeux (maladie à traitement obligatoire). La durée du traitement est de 6 à 12 mois. La prise de médicament est quotidienne.

## 6- Fiche Descriptive de la **Tuberculose** en milieu scolaire (suite)

<b>Pronostic</b>	En général bon ; variable selon l'état , la précocité et l'observance au traitement.
<b>Prévention</b>	Faire le dépistage des contacts étroits des cas et prophylaxie antituberculeuse à envisager selon le résultat du test cutané à la tuberculine (IDR) ou du test sanguin.
<b>Recommandation (éviction)</b>	* Eviction durant la période de contagiosité.

7- Fiche Descriptive de la <b>Rougeole</b> en milieu scolaire	
Définition	Infection aiguë très contagieuse causée par un virus de la famille des paramyxovirus.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 7 à 18 jours. L'intervalle moyen entre l'exposition et l'éruption est de 14 jours.
Période de contagiosité	De 4 jours avant et jusqu'à 4 jours après l'apparition de l'éruption. Contagiosité maximale juste avant l'apparition de l'éruption.
Durée de la maladie	De 7 à 10 jours.
Mode de transmission	Maladie très contagieuse. Par voie aérienne : propagation du virus dans l'air et transmission à distance. Par contact : avec les sécrétions naso-pharyngées d'une personne infectée ou plus rarement avec des objets contaminés par ces sécrétions naso-pharyngées. Par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre).
Tableau clinique	Atteinte de l'état général, fièvre élevée, toux, coryza, conjonctivite avec larmoiement excessif et photophobie, pharyngite, présence du signe de Koplik (lésion typique de la muqueuse buccale). Éruption maculopapulaire généralisée (durée 4 à 7 jours). Note : surtout en hiver et au début du printemps.
Complications	Otite moyenne (5 à 9 % des cas), infection pulmonaire (1 à 5 % des cas), encéphalite (1/1 000 cas). Généralement plus grave chez les nourrissons, les adultes et les personnes immunodéprimées.
Particularité de la femme enceinte	La femme enceinte atteinte de rougeole peut présenter une forme plus sévère de la maladie. Risque plus élevé d'avortement spontané et de prématurité.

7- Fiche Descriptive de la <b>Rougeole</b> en milieu scolaire (suite)	
<b>Diagnostic</b>	Diagnostic clinique, sérologique et, surtout, isolement du virus.
<b>Traitement</b>	Spécifique : aucun. De support : antipyrétique (acétaminophène) si fièvre, suppléments de vitamine A dans certaines circonstances.
<b>Prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme d'immunisation à 12 mois pour toute la population (2 doses): vaccination efficace entre 85 et 95 % avec une dose et à près de 100 % si deux doses reçues.</li> <li>• Isoler les cas.</li> <li>• Renforcer les mesures d'hygiène.</li> <li>• Les immunoglobulines sont recommandées après un contact dans certains cas.</li> </ul>
<b>Recommandation (éviction)</b>	Lorsque le cas est validé : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention selon le protocole.</li> <li>• Eviction durant la période de contagiosité.</li> </ul>

8- Fiche Descriptive des <b>Oreillons</b> en milieu scolaire	
Définition	Infection causée par le virus des oreillons de la famille des Paramyxovirus, qui se manifeste le plus souvent par une parotidite.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 12 à 25 jours, en moyenne 16 à 18 jours.
Période de contagiosité	De 7 jours avant et jusqu'à 9 jours après l'apparition du gonflement. Contagiosité maximale de 48 heures avant et jusqu'à 5 jours après le début du gonflement.
Durée de la maladie	De 3 à 10 jours.
Mode de transmission	Par contact : avec la salive d'une personne infectée. Par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre de distance).
Tableau clinique	Souvent asymptomatique (30 %). Fièvre, maux de tête, anorexie, myalgies, céphalée, gonflement parotidien unilatéral ou bilatéral en 2 ou 3 jours ; peut durer jusqu'à 9 jours. Parfois, atteinte des glandes sublinguales ou sous-maxillaires (10 %). Note : surtout en hiver et au printemps.
Complications	Les plus fréquentes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Méningite clinique (environ 10% des cas) généralement sans séquelle.</li> <li>• Après la puberté : orchite (jusqu'à 50% des cas), ovarite (5% des cas). Stérilité rare.</li> </ul> Aussi possible (mais rare) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Névrite, arthrite, mastite, pancréatite, surdité (1/20000), thyroïdite, encéphalite, péricardite, néphrite, myélite transverse, thrombocytopénie.</li> <li>• Mortalité rare : 1,6 à 3,83/10 000.</li> </ul>
Particularité de la femme enceinte	La femme enceinte qui contracte la maladie au premier trimestre risque davantage de faire un avortement spontané. Aucune malformation congénitale n'a été rapportée.

8- Fiche Descriptive des <b>Oreillons</b> en milieu scolaire (suite)	
<b>Diagnostic</b>	Diagnostic clinique, sérologique et par culture.
<b>Traitement</b>	Spécifique : aucun. De support : analgésiques et antipyrétiques au besoin, compresses chaudes ou froides localement.
<b>Pronostic</b>	Excellent sauf dans les cas de méningo-encéphalite où 1,4% de décès sont rapportés. Note : La maladie est plus grave chez l'adulte.
<b>Prévention</b>	Renforcer les mesures d'hygiène. Programme d'immunisation à 12 mois pour toute la population. Vaccination efficace à 95 %. Le vaccin administré après une exposition à la maladie ne protège pas les sujets contacts mais peut être donné, si indiqué, pour protéger d'une exposition subséquente. Les immunoglobulines ne sont pas efficaces en post-exposition.
<b>Recommandation (éviction)</b>	Lorsque le cas est validé : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention selon le protocole.</li> <li>• Eviction jusqu'à 5 jours après le début du gonflement.</li> </ul>

9- Fiche Descriptive de la <b>Rubéole</b> en milieu scolaire	
Définition	Infection causée par le virus de la rubéole, un rubivirus de la famille des togavirus.
Réservoir	Être humain.
Période d'incubation	De 16 à 18 jours en moyenne (14 à 23 jours).
Période de contagiosité	De 7 jours avant et jusqu'à 7 jours après le début de l'éruption. Peut persister jusqu'à l'âge d'un à deux ans chez le nouveau-né atteint de rubéole congénitale.
Durée de la maladie	Environ 7 jours.
Mode de transmission	Par contact avec les sécrétions naso-pharyngées des personnes infectées. Par gouttelettes : avec de grosses gouttelettes projetées par des personnes infectées lorsqu'elles parlent, toussent ou éternuent (moins d'un mètre de distance). Transplacentaire : de la mère au bébé. Par contact: avec les sécrétions corporelles d'un enfant atteint de rubéole congénitale. Note : Dans la rubéole congénitale, toutes les sécrétions corporelles peuvent.
Tableau clinique	Infection acquise : asymptomatique 25-50 %. Si symptômes : fièvre légère, adénopathies (surtout sous-occipitales, rétroauriculaires et cervicales précédant le rash), éruption maculopapulaire discrète peu caractéristique débutant au visage et progressant vers le corps d'une durée moyenne de 3 jours, arthralgie (surtout chez les femmes). Note : surtout en hiver et au printemps.
Complications	Arthrite (surtout chez les femmes adolescentes et adultes). Hémorragie secondaire à une thrombocytopénie ou une vasculite (1/3 000). Rarement encéphalite (1/5 000).

## 9- Fiche Descriptive de la **Rubéole** en milieu scolaire

Particularité de la femme enceinte	<p>Une femme enceinte atteinte de rubéole peut transmettre l'infection à son enfant. Le risque qu'il développe une rubéole congénitale est particulièrement élevé si l'infection survient surtout lors du premier trimestre, mais peut être présente au cours des 20 premières semaines de grossesse. Il pourra présenter un syndrome de rubéole congénitale qui peut entraîner un avortement spontané, la mort du fœtus ou des malformations fœtales telles des cardiopathies, des cataractes, de la surdité ou une déficience intellectuelle. La vaccination de routine contre la rubéole protège efficacement contre la maladie. Il est donc important que les jeunes filles soient vaccinées correctement contre la rubéole, avant d'envisager toute grossesse. Avortement spontané possible.</p>
Diagnostic	Diagnostic clinique, sérologique.
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spécifique : aucun.</li> <li>• De support : antipyrétique (acétaminophène) si fièvre.</li> </ul>
Pronostic	Bon (sauf pour le syndrome de rubéole congénitale).
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer les mesures d'hygiène.</li> <li>• Programme d'immunisation à 12 mois pour toute la population : vaccination efficace à 95 % après 1 dose.</li> <li>• Offrir le vaccin aux adolescentes et aux jeunes femmes réceptives en âge de procréer.</li> </ul>
<b>Recommandation (éviction)</b>	<p>Lorsque le cas est validé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention selon le protocole.</li> <li>• Eviction durant la période de contagiosité.</li> </ul>





