

Verbesserung der Inhalationstechnik für fremdsprachige Kinder mit Asthma und deren Eltern

Pia de Garis-Werfeli, U. Frey, Bern



Broschüren kostenlos erhältlich bei:
GlaxoSmithKline AG, Abteilung Respiration,
Cordula Riederer, Talstrasse 3-5
3053 Münchenbuchsee
Tel. +41 (0)31 862 21 11, Fax +41 (0)31 862 22 00

Broschürenidee

Die Grundlage für eine effektive Therapie bildet auch bei obstruktiven Atemwegserkrankungen ein entsprechendes Wissen um Krankheit und deren Therapierbarkeit^{1,2}. Eine adäquate Inhalationsinstruktion ist verbal einfach und verständlich durchführbar. Schwierigkeiten entstehen jedoch, sobald man mit Eltern bzw. Patient keine gemeinsame Sprachgrundlage findet. Sprachbarrieren haben gerade bei Asthmapatienten direkten Einfluss auf Patient compliance und Notwendigkeit von Notfallbesuchen³. Sogar ein erhöhtes Intubationsrisiko wurde für Asthmapatienten mit Sprachbarrieren beschrieben⁴. Aus dieser Problematik heraus entstand die Idee einer bebilderten und somit vorwiegend nonverbalen Instruktionbroschüre. Erläuternde Texte wurden minimiert auch im Wissen, dass unter den fremdsprachigen Eltern auch Analphabetismus vorkommt (insbesondere Mütter). Anklang fand die Idee bei der Firma GSK, welche Druckkosten und Übersetzung des wenigen Textes in 8 Sprachen (Französisch, Italienisch, Englisch, Spanisch, Serbisch, Kroatisch, Tamilisch, Türkisch) übernahm.

Umfrage

Die aus dieser Idee entstandene Broschüre wurde im Februar 2003 an sämtliche PädiaterInnen der Schweiz (871) zusammen mit einem Auswertungs-Fragebogen verschickt. Die Auswertungszeit für die ÄrztInnen betrug lediglich 2 Monate. Im April 2003 wurden 112 Fragebögen ausgefüllt retourniert. Mit einem klaren Ja beantwortet wurde die Frage nach dem Vorhandensein eines Bedarfs einer solchen Broschüre (92.8% Ja- zu 7.2% Nein-Antworten). Der Umfang der Broschüre wurde von 93.5% als gerade richtig, von 4.7% als zu detailliert und von 1.9% als zu klein beurteilt. Bezüglich Erscheinungsbild der Broschüre fanden 77.8% die Broschüre sehr ansprechend, 19.4% mässig ansprechend und 2.8% überhaupt nicht ansprechend. Die Fragen, ob die Zielgruppen (altersmässig Säuglinge bis Schulkinder, fremdsprachige) gut erreicht wurden, wurden nur von 33% beantwortet. Diese Antworten zeigten jedoch in 83–93% (je nach Zielgruppe) ein gutes bis sehr gutes Erreichen. Vermisst wurden anlässlich der Umfrage die Sprachen Portugiesisch und Albanisch. Bezüglich Zeitaufwand für eine Inhalationsinstruktion mit und ohne Broschüre zeigte sich ein breites Spektrum (3–45 Minuten ohne Broschüre, 2–45 Minuten mit Broschüre, Durchschnitt 13.5 bzw. 10.6 Minuten). 81.9% der Befragten erwarteten mit Broschüre eine bessere Inhalationstechnik, 54.2% ein besseres Therapieverständnis, 51.4% eine bessere Therapiecompliance und 16.7% eine bessere Asthmakontrolle. Eine Alltagserleichterung durch die bebilderte Broschüre gaben 88.1% an (mässig 58.3%, sehr 29.8%). 74% wollten die Broschüre weiter in ihrem Arbeitsalltag einsetzen, 19.8% eventuell. Die elterliche Reaktion auf die Abgabe der Broschüre wurde von 57.5% als erfreutes Annehmen beurteilt, in 42.5% als zur Kenntnis nehmen, nie wurde eine Ablehnung der Broschüre beschrieben.

Diskussion

Patientenschulung ist ohne Zweifel eine essentielle Komponente einer erfolgreichen In-

halationstherapie^{1,2}. Unsere Umfrage zeigt klar, dass bei Unmöglichkeit der verbalen Verständigung eine Hilfestellung bisher vermisst wurde. Die Antworten der befragten Ärzte zeigen, dass unsere bebilderte Broschüre diese Lücke adäquat zu decken vermögen scheint. Die anlässlich der Umfrage vermissten Übersetzungen Portugiesisch und Albanisch sind heute erhältlich, zusätzlich ebenso Mazedonisch.

Dass der Zeitaufwand für eine fundierte Inhalationsinstruktion mit Broschüre nicht deutlich abgenommen hat, erstaunt nicht. Es spricht dafür, dass die praktisch-demonstrative Inhalationsinstruktion nicht durch eine Broschüre ersetzt werden kann. Es ist erwiesen, dass im Gegensatz zu einer einmaligen Inhalationsinstruktion wiederholte Instruktionen zu einer besseren Inhalationstechnik beitragen⁵. Diese Broschüre kann als wiederholte Inhalationsinstruktion zu Hause dienen und somit hoffen wir mit unseren Befragten auf eine bessere Inhalationstechnik, ev. auch ein besseres Therapieverständnis und eine bessere Krankheitskontrolle durch Erinnerungseffekt. Zusammenfassend möchten wir nochmals betonen, dass Studien zeigen, dass eine adäquate Schulung bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (im Speziellen Asthma bronchiale) die Morbidität reduzieren, und sogar kosteneffektiv wirken kann^{1,2,6}. Wir hoffen in diesem Sinne, dass diese Broschüre nicht bloss ein Blatt mehr im Broschürenwald ist, sondern insbesondere bei Sprachbarrieren eine fundierte Inhalationsinstruktion und Schulung im Alltag verbessern und damit zur Morbiditätsreduktion beitragen kann.

Referenzen

- 1) Toelle, BG, Peat, JK, Salome, CM, et al. Evaluation of a community-based asthma management program in a population sample of schoolchildren. *Med J Aust* 1993; 158: 742–746.
- 2) Mellins, RB. Patient education is key to successful management of asthma. *J Rev Respir Dis* 1989; (Suppl): S47.
- 3) Manson A. Language concordance as a determinant of patient compliance and emergency room use in patients with asthma. *Med Care*. 1988 Dec; 26(12): 1119–28.
- 4) LeSon S, Gershwin ME. Risk factors for asthmatic patients requiring intubation. I. Observations in children. *J Asthma*. 1995; 32(4): 285–94.
- 5) Kamps, AW, Brand, PL, Roorda, RJ. Determinants of correct inhalation technique in children attending a hospital-based asthma clinic. *Acta Paediatr* 2002; 91(2): 159–163.
- 6) Clark, NM, Feldmann, CH, Evans, D, et al. The impact of health education on frequency and cost of health care use by low income children with asthma. *J Allergy Clin Immunology* 1986; 78: 108–115.

Pour une amélioration de la technique d'inhalation des enfants asthmatiques de langue étrangère et leurs parents

Pia de Garis-Werfeli, U. Frey, Berne

Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux de Fonds



Les dépliants peuvent être commandés gratuitement chez :

GlaxoSmithKline AG, Abteilung Respiration,
Cordula Riederer, Talstrasse 3-5
3053 Münchenbuchsee
Tel. +41 (0)31 862 21 11, Fax +41 (0)31 862 22 00

Idée du dépliant

Une bonne connaissance de la maladie et des possibilités de traitement^{1,2} constitue, également lors de maladies obstructives des voies respiratoires, la base d'un traitement efficace. Une instruction verbale simple et compréhensible de la technique d'inhalation est possible. Des difficultés s'installent par contre dès qu'on ne trouve pas de base linguistique commune avec le patient respectivement ses parents. La barrière linguistique a, tout particulièrement chez le patient asthmatique, une influence directe sur la compliance et le besoin de consultations urgentes³. Il a même été décrit un risque élevé d'intubation pour les patients avec barrière linguistique⁴. À partir de cette constatation est née l'idée d'un dépliant avec des instructions imagées et donc essentiellement non-verbales. Les textes explicatifs ont été réduits au minimum, sachant que parmi les parents (surtout les mères) de langue étrangère on rencontre aussi des analpha-

bètes. L'idée a trouvé un écho chez la firme GSK qui a assumé les frais d'impression et la traduction du texte succinct en 8 langues (français, italien, anglais, espagnol, serbe, croate, tamil et turque).

Enquête

Le dépliant issu de cette idée a été adressé en février 2003 à tous les pédiatres suisses (871) accompagné d'un questionnaire d'évaluation. Le temps d'évaluation pour les médecins n'a été que de 2 mois. En avril 2003 112 questionnaires remplis ont été retournés. Un oui clair confirmait qu'un tel dépliant répondait à un besoin (92,8% oui pour 7,2% non). Le volume du dépliant a été estimé idéal par 93,5%, trop détaillé par 4,7% et trop petit par 1,9%. La présentation du dépliant a été trouvée très plaisante par 77,8%, moyennement plaisante par 19,4% et pas plaisante du tout par 2,8% des sondés. Seuls 33% ont répondu à la question, si les groupes cibles (du nourrisson jusqu'à l'enfant en âge scolaire, de langue étrangère) avaient été atteints; les réponses étaient néanmoins positives pour 83 à 93%, selon les groupes. A été regrettée l'absence de traduction en langue portugaise et albanaise.

Concernant le temps investi pour l'instruction de la technique d'inhalation avec ou sans dépliant, l'éventail est très large (3 à 45 minutes sans dépliant, 2 à 45 minutes avec dépliant, en moyenne 13,5 resp. 10,6 minutes). 81,9% des personnes questionnées s'attendaient, avec dépliant, à une meilleure technique d'inhalation, 54,2% à une meilleure compréhension du traitement, 51,4% à une meilleure compliance, et 16,7% à un meilleur contrôle de l'asthme.

88,1 % se sentent soulagés dans leur travail journalier (58,3% modérément, 29,8% sensiblement). 74% pensent intégrer le dépliant dans leur activité, 19,8% éventuellement. 57,5% ont jugé que les parents étaient enchantés par le dépliant, 42,5% qu'ils en ont simplement pris connaissance, aucun refus du dépliant n'a été constaté.

Discussion

La formation du patient est sans doute un élément important du traitement par inhalation^{1,2}. Notre enquête montre clairement que jusqu'ici l'absence d'un support se faisait sentir là où la communication verbale n'est pas possible. Les réponses des médecins montrent que notre dépliant imagé semble combler de façon adéquate cette lacune. Les traductions manquantes, en albanais et en portugais, sont actuellement disponibles, ainsi qu'une traduction en macédonien.

Il n'est pas surprenant que le temps nécessaire pour une bonne instruction de la technique d'inhalation n'ait pas diminué avec le dépliant. Cela confirme que l'instruction par la démonstration pratique ne peut être remplacée par un dépliant. Il est aussi prouvé que les instructions répétées garantissent une meilleure technique qu'une instruction unique⁵. Ce dépliant peut faire office d'instruction répétée à domicile. Nous espérons, comme les personnes questionnées, obtenir ainsi une meilleure technique d'inhalation, éventuellement aussi une meilleure compréhension et un meilleur contrôle de la maladie par un effet de rappel.

En résumé, nous aimerions souligner encore une fois que plusieurs études mettent en évidence une réduction de la morbidité des maladies obstructives des voies respiratoires (en particulier de l'asthme bronchique) par une instruction adéquate^{1,2,6}. Nous espérons donc que ce dépliant ne sera pas simplement un papier de plus, mais qu'il permettra une meilleure instruction à l'inhalation particulièrement en cas de barrière linguistique et qu'il puisse ainsi contribuer à une diminution de la morbidité.

Referenzen

- 1) Toelle, BG, Peat, JK, Salome, CM, et al. Evaluation of a community-based asthma management program in a population sample of schoolchildren. *Med J Aust* 1993; 158: 742-746.
- 2) Mellins, RB. Patient education is key to successful management of asthma. *J Rev Respir Dis* 1989; (Suppl): S47.
- 3) Manson A. Language concordance as a determinant of patient compliance and emergency room use in patients with asthma. *Med Care*. 1988 Dec; 26(12): 1119-28.
- 4) LeSon S, Gershwin ME. Risk factors for asthmatic patients requiring intubation. I. Observations in children. *J Asthma*. 1995; 32(4): 285-94.
- 5) Kamps, AW, Brand, PL, Roorda, RJ. Determinants of correct inhalation technique in children attending a hospital-based asthma clinic. *Acta Paediatr* 2002; 91 (2): 159-163.
- 6) Clark, NM, Feldmann, CH, Evans, D, et al. The impact of health education on frequency and cost of health care use by low income children with asthma. *J Allergy Clin Immunology* 1986; 78: 108-115.

Préface au document «Recommandations romandes et tessinoises d'éviction (pré)scolaires pour maladies transmissibles»

Bernard Vaudaux, Lausanne

Tenir éloigné de son groupe social habituel l'individu atteint d'une affection apparemment contagieuse est une attitude certainement très ancienne, comme en témoignent l'existence de léproseries dès l'antiquité ainsi que la pratique de la quarantaine, dont la première application répertoriée remonte au 14^{ème} siècle dans le but de protéger de la peste les habitants de Londres.

Dans un registre certes infiniment moins dramatique, l'éviction (pré)scolaire procède du même souci d'éloigner du groupe une source potentielle de contagion¹. Apparemment empreinte d'une logique inattaquable, cette attitude est-elle vraiment efficace? Les données scientifiques sur le sujet sont, pour la plupart des infections courantes, remarquablement maigres et de qualité insatisfaisante au regard des exigences de la *Evidence Based Medicine*. Une très importante revue critique du problème² ne recense, sur 41 infections couramment observées en milieu (pré)scolaire, que trois situations répondant aux critères du degré A de qualité, toutes les autres situations se répartissant entre les degrés B et C avec une prédominance d'informations de qualité médiocre. En outre, les informations de qualité ne vont pas nécessairement dans un sens favorable à la pratique de l'éviction!

Il n'est pas étonnant, dans ce contexte, que les pratiques en matière d'éviction scolaire soient fondées davantage sur la «tradition» et le bon sens apparent plutôt que sur une approche scientifique rigoureuse. Il n'est guère surprenant non plus que ces pratiques divergent, parfois magistralement, d'une région à l'autre, voire d'un établissement à l'autre.

Les auteurs du document *Recommandations romandes et tessinoises d'éviction (pré)scolaire pour maladie transmissible*³ n'ont évidemment pas pu éviter l'écueil de l'absence de données scientifiquement fondées pour formuler leurs propres recommandations. Ils ont donc surtout cherché le pragmatisme, en appliquant une approche systématique à l'examen de chacune des maladies considérées et, finalement, en proposant une attitude harmonisée pour tous les cantons latins.

Cette approche systématique repose essentiellement sur une hiérarchisation des critères d'appréciation, dont certains sont médicaux et d'autres strictement pratiques.

Niveau 1: La maladie considérée a-t-elle un impact sur la santé publique?

Les infections susceptibles d'avoir un impact sur la santé publique, devenues rarissimes voire inexistantes chez nous, requièrent une éviction immédiate et la gestion de ces situations est du ressort des services de santé publique.

Niveau 2 si la réponse à la question précédente est «non»: La maladie considérée peut-elle avoir un impact sur la santé individuelle des enfants appartenant au groupe et, si oui, peut-on raisonnablement espérer prévenir cet impact par une éviction?

Pour les infections dépourvues d'impact de santé publique, une éviction à visée préventive n'est à envisager que si la plupart des critères suivants sont remplis: la maladie considérée est potentiellement sévère en phase aiguë ou annonciatrice de séquelles permanentes; elle n'est pas prévenue par vaccination; l'absence d'exposition, au cours de l'enfance, à la maladie considérée ne génère pas un risque d'expression clinique plus grave en cas d'exposition à l'âge adulte; le taux d'attaque de la maladie considérée est supérieur dans l'institution au taux attendu dans la famille ou la communauté; le pourcentage d'infections asymptomatiques est bas pour la maladie considérée; le phénomène de portage est limité pour le germe considéré; la durée d'excrétion du germe considéré ne dépasse pas largement la période de symptomatologie clinique; la contagion n'atteint pas son point culminant avant le début de la symptomatologie aiguë. A l'opposé, quand plusieurs des conditions ci-dessus ne sont pas satisfaites, une éviction à visée préventive sera vraisemblablement inefficace pour interrompre la chaîne de transmission ou superflue compte tenu de la bénignité de la maladie.

Niveau 3 si la réponse à la question précédente est «non»: La maladie considérée a-t-

elle un impact prévisible sur le fonctionnement de l'institution?

Indépendamment de leur gravité ou de leur potentiel de contagion, certaines infections ont un évident potentiel de nuisance pour le bon fonctionnement de l'institution puisque, a priori, un établissement destiné à accueillir des enfants sains n'est pas équipé pour s'occuper d'enfants malades. Cette dernière considération amène à prévoir une éviction visant davantage à préserver le bon fonctionnement de l'institution et le confort des enfants plutôt que leur santé. Bien que la capacité de tolérance envers la maladie perturbatrice soit vraisemblablement variable d'une institution à l'autre, au gré des circonstances, les auteurs ont tenté de définir une durée minimum d'éviction fondée sur l'expérience et l'observation sur le terrain. A l'évidence, quantité d'enfants atteints de maladies transmissibles aiguës bénignes continueront d'être évincés de leur groupe, en raison de contraintes pratiques ou à cause de leur incapacité temporaire à participer avec profit aux activités du groupe... ce qui n'est pas fait pour arranger les affaires des parents absorbés par une activité professionnelle!

Alors, dans ce contexte, pourquoi ne pas envisager l'existence, en tout cas pour l'âge préscolaire, de garderies spécialisées dans l'accueil des enfants atteints d'une infection aiguë essentiellement bénigne mais dérangeante pour tous? Quelques exemples existent de ce genre d'institution⁴, où l'on a même pu démontrer que les enfants qui y sont amenés n'y attrapent pas davantage d'infections que leurs contemporains qui n'y pénètrent jamais!

Références

- 1) Le Petit Larousse, édition 1996. Eviction scolaire: interdiction faite à un enfant contagieux de fréquenter temporairement l'école
- 2) Richardson M, Elliman D, Macguire H, Simpson G & Nicoll A. Evidence base of incubation periods, periods of infectiousness and exclusion policies for the control of communicable diseases in schools and pre-schools. *Pediatr Infect Dis J* 2001; 20: 380-91
- 3) Ce document, qui sera distribué dans chaque canton latin selon les circuits usuels, est conçu pour être utilisé non seulement par le corps médical (médecins traitants et médecins-conseil d'institution) mais aussi par la direction et le personnel des institutions. Il a été rédigé en français mais une traduction en langue allemande a été effectuée par le Service de la santé publique du Canton du Valais.
- 4) MacDonald KL, White KA, Heiser J, Gabriel L & Osterholm MT. Evaluation of a sick day care program. *Pediatr Infect Dis J* 1990; 9: 15-20

Correspondance:

Dr Bernard Vaudaux
Unité d'infectiologie pédiatrique
et vaccinologie
DMCP, CHUV, 1011 Lausanne

Recommandations romandes et tessinoises d'éviction (pré)scolaire pour maladie transmissible

Recommandations élaborées et rédigées par Bernard Vaudaux (Lausanne); Rebecca Anderau (Neuchâtel); Paul Bouvier (Genève); Olivier Duperrex (Genève); Alessandra Galfetti (Bellinzona); Eric Masserey (Lausanne); Pius Meyer (Fribourg); Christiane Petignat (Lausanne); Philippe Sudre (Genève); Patrick Terrier (Delémont); Nicolas Troillet (Sion); Virgile Woringier (Lausanne); Claire-Anne Wyler (Genève)

Ces recommandations ont été développées en collaboration avec les médecins cantonaux et ont reçu leur approbation

Introduction

Ce document traite de l'accueil des enfants atteints de maladies transmissibles dans une institution pour enfants sains¹.

Cet accueil met en lumière des points de vue différents, voire divergents, parmi lesquels nous semblent devoir primer l'intérêt de la santé publique et celui de l'enfant malade. Le premier est exceptionnellement en jeu, contrairement au second qui l'est toujours. L'intérêt de l'enfant malade est de bénéficier des meilleurs soins que requiert son état et d'être maintenu dans son environnement habituel.

La question du maintien en institution des enfants présentant une infection aiguë se pose couramment dans les situations d'infection bénigne puisque la mission de l'institution est d'accueillir tout enfant dont l'état général le permet.

La décision de garder ou non l'enfant malade repose alors sur la capacité de l'institution à assurer le supplément de soins qu'engendre la maladie. Lorsque l'institution ne peut fournir ce surplus de soins sans réduire les soins et l'attention «ordinaires» dus aux autres enfants, il est inévitable que l'enfant malade soit tenu hors du groupe.

L'incapacité d'une institution à assumer le surplus de soins n'est pas l'unique raison de tenir un enfant hors de son groupe usuel. Il est fréquent qu'un enfant atteint d'une maladie aiguë, pourtant essentiellement bénigne, soit temporairement incapable de participer pleinement aux activités proposées, et plus encore d'en tirer plaisir ou profit. Dans ces circonstances également, il est préférable qu'il soit tenu hors du groupe. Cette dernière situation est analogue au congé-

maladie accordé à l'adulte momentanément incapable d'exécuter convenablement sa tâche professionnelle.

Dans les deux cas de figure ci-dessus, il n'y a pas *éviction scolaire* au sens vrai du terme². L'enfant malade n'est en effet pas tenu à l'écart parce qu'il constitue une source de contagion dangereuse pour l'institution et ses membres mais parce qu'il ne serait pas *raisonnable*, pour son propre confort ou pour la bonne marche de l'institution, qu'il soit maintenu à tous prix dans le groupe.

Par opposition aux situations mentionnées ci-dessus, très largement majoritaires, un tout petit nombre de maladies transmissibles constituent une source de contagion d'importance publique potentielle, dépassant largement le cadre de l'institution. Ces situations, qui mettent véritablement en jeu la santé publique, exigent une authentique éviction pour protéger l'environnement d'une maladie particulièrement dangereuse. L'exigence d'éviction est la plupart du temps indépendante de l'âge du sujet concerné et s'applique avec autant de rigueur aux adultes qu'aux enfants.

Les pages qui suivent définissent des lignes de conduite applicables à ces situations courantes où un enfant visiblement atteint d'une maladie transmissible est amené à l'institution pour enfants sains qu'il fréquente habituellement.

Ce document est composé de deux listes

1. La liste «Germes/Maladies» mentionne, dans l'ordre alphabétique, une série de maladies infectieuses et de germes. Une

même situation peut apparaître plusieurs fois (par exemple: «Angine streptococcique» et «Streptocoque: angine») pour faciliter aux utilisateurs peu familiers du jargon médical l'accès à l'information concernant une pathologie connue sous plusieurs appellations.

En face de chaque rubrique de cette liste figure un numéro renvoyant à une autre liste intitulée «Attitudes proposées».

2. La liste «Attitudes proposées» détaille la conduite à tenir, chacune étant identifiée par un numéro.

Pour certaines maladies sont également proposées des mesures d'accompagnement qui, indépendamment de la nécessité d'éviction, sont indispensables pour le bon contrôle d'une situation épidémiologique délicate.

Ces recommandations ont été élaborées par un groupe de travail constitué de médecins issus de tous les cantons romands et du Tessin, tous experts en pédiatrie, maladies infectieuses, prévention ou santé publique. Elles ont été développées en collaboration avec les médecins cantonaux³ qui les approuvent.

Ce document est destiné aux médecins traitants mais se veut également accessible aux personnes non médecins en contact régulier avec les enfants dans l'exercice de leur profession. Il vise non seulement à codifier les attitudes mais plus encore à les harmoniser sur le plan romand et tessinois.

Références

- 1) Crèche, jardin d'enfants, garderie, école
- 2) Eviction scolaire: interdiction faite à un enfant contagieux de fréquenter temporairement l'école (Le Petit Larousse 1996)
- 3) FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS

Empfehlungen der französischsprachigen Kantone und des Tessins betreffend Schulausschluss bei ansteckenden Krankheiten:

Das hier publizierte Dokument wurde von den Kantonsärzten der französischsprachigen Schweiz und des Tessins genehmigt und wird in diesen Kantonen demnächst in Kraft treten. Das Dokument – eine deutsche Übersetzung wurde im Kanton Wallis gemacht – wird zur Zeit durch die Kantonsärzte der deutschsprachigen Kantone geprüft.

Germes / Maladies	Attitude proposée
Angine non streptococcique (angine virale)	1
Angine streptococcique (tous groupes)	2
Bronchiolite	1
Bronchite et bronchopneumonie: toutes causes (sauf tuberculose)	1
Candidose de la peau et des muqueuses	3
Choléra	4
Cinquième maladie	1
Conjonctivite purulente	3
Conjonctivite épidémique	5
Coqueluche	6
Cytomégalovirus (CMV): excrétion chronique, infection congénitale	3
Dermatite fessière	3
Diphtérie	4
<i>Enterobius vermicularis</i> : portage, infestation	3
Etat grippal	1
Erythème infectieux	1
Exanthème subit	1
Faux croup	1
Fièvre de 3 jours	1
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	7
Furoncle, furonculose	2
Gale	8
<i>Giardia lamblia</i> : portage	3
Giardiase	9
Gastro-entérite: toutes causes (sauf Norovirus en situation d'épidémie authentifiée)	9
Gastro-entérite: Norovirus en situation d'épidémie authentifiée	12
Grippe-influenza	1
<i>Haemophilus influenzae b</i> : arthrite, épiglottite, méningite	1
<i>Haemophilus influenzae b</i> : portage	3
Hépatite A	10
Hépatite B	1
Hépatite C	1
Herpès primaire	1
Herpès secondaire ou récidivant	3
Impétigo staphylococcique	11
Impétigo staphylococcique (MRSA)	5
Impétigo streptococcique	2
Infection digestive: toutes causes (sauf Norovirus en situation d'épidémie authentifiée)	9
Infection digestive: Norovirus en situation d'épidémie authentifiée	12
Kérato-conjonctivite épidémique	5
Lamblia	9
Laryngite, laryngotrachéite	1
Méningocoque: méningite et méningococcémie	13
Méningocoque: portage (découverte fortuite)	3
Molluscum contagiosum	3
Mononucléose infectieuse	1
<i>Moraxella catarrhalis</i> : portage	3
Muguet	3
Norovirus (en situation d'épidémie authentifiée)	12

Germes / Maladies	Attitude proposée
Oreillons	14
Oxyures: portage, infestation	3
Pédiculose de la tête	8
Pneumocoque: bactériémie, méningite	1
Pneumocoque: portage (indépendamment de sa sensibilité aux antibiotiques)	3
Pneumonie	1
Poliomyélite	4
Portage <i>Giardia lamblia</i>	3
Portage <i>Haemophilus influenzae b</i>	3
Portage Méningocoque (découverte fortuite)	3
Portage <i>Moraxella catarrhalis</i>	3
Portage Pneumocoque (indépendamment de sa sensibilité aux antibiotiques)	3
Portage <i>Salmonella typhi et paratyphi</i>	3
Portage <i>Shigella</i>	3
Portage Staphylocoque doré	3
Portage Staphylocoque doré (MRSA)	15
Portage Streptocoque β -hémolytique (tous groupes)	3
Portage Virus hépatite B	3
Portage Virus hépatite C	3
Poux de tête	8
Roséole	1
Rougeole	16
Rubéole, y compris rubéole congénitale	14
Salmonelles: fièvre typhoïde et paratyphoïde	7
Salmonelles: entérite	9
Salmonelles: portage	3
Scarlatine	2
Séropositivité virus immunodéficience humaine (VIH)	3
Shigelles: entérite	9
Shigelles: portage	3
SIDA (syndrome immunodéficience acquise)	3
Staphylocoque doré: impétigo	11
Staphylocoque doré: portage	3
Staphylocoque doré (MRSA): impétigo	5
Staphylocoque doré (MRSA): portage	15
Stomatite herpétique	1
Streptocoque β -hémolytique groupe A: angine, impétigo, scarlatine	2
Streptocoque β -hémolytique groupe A: portage	3
Syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA)	3
Syndrome pied-main-bouche	1
Teigne tondante	8
<i>Tinea capitis, Tinea corporis</i>	8
Trachéite	1
Tuberculose: maladie pulmonaire bacillaire	5
Tuberculose: maladie extra-pulmonaire	1
Tuberculose: virage d'intradermoréaction	3
Varicelle	17
Verrue plantaire	18
Virus Coxsackie	1
Virus Cytomégalie (CMV)	3
Virus Epstein-Barr	3
Virus hépatite B	3
Virus hépatite C	3
Virus immunodéficience humaine (VIH, HIV)	3
Zona, zoster	3

Attitudes proposées	
1	Accueil scolaire normal dès que l'état général de l'enfant le permet
2	Eviction Retour possible après 24 heures de traitement antibiotique si l'état de l'enfant le permet.
3	Accueil scolaire normal
4	De la compétence du médecin cantonal
5	Eviction Retour selon avis médical spécialisé.
6	Eviction Retour possible dès le 6ème jour du traitement antibiotique. <u>Mesures d'accompagnement:</u> <ul style="list-style-type: none"> • contrôler status vaccinal des enfants • proposer vaccination aux sujets non vaccinés ou insuffisamment vaccinés pour l'âge • envisager éviction des enfants non vaccinés de la fratrie du cas princeps non vacciné et, en situation d'épidémie, de tous les enfants non vaccinés.
7	Eviction Retour possible avant l'arrêt complet de la diarrhée si l'état général de l'enfant le permet et si l'institution peut assurer l'hygiène. Hygiène/désinfection des mains (personnel et enfants) est fondamentale.
8	Accueil scolaire normal si traitement instauré Exécution du traitement est du ressort de la famille et ne nécessite pas de vérification. Vérification envisageable en cas de récurrence, à l'initiative du service de santé scolaire.
9	Eviction dictée par incapacité présumée de l'institution à maintenir une hygiène suffisante en présence d'un jeune enfant présentant des diarrhées importantes ou fréquentes. Retour possible avant l'arrêt complet de la diarrhée si l'état général de l'enfant le permet et si l'institution peut assurer l'hygiène. Hygiène/désinfection des mains (personnel et enfants) est fondamentale.
10	Enfant de moins de 5 ans: Eviction dans le but de protéger l'adulte non immun qui serait amené à s'occuper des très jeunes; dans ce contexte, proposer la vaccination contre l'hépatite A au personnel paraît encore plus rationnel; si l'ensemble du personnel paraît encore plus rationnel; si l'ensemble du personnel est immun ou vacciné, adopter la même attitude qu'envers l'enfant plus grand (cf immédiatement ci-dessous). Retour possible dès 6ème jour après début de diarrhée et/ou jaunisse. Enfant dès 5 ans: Eviction éventuelle selon l'état de l'enfant mais non pour des considérations de contagion. Retour dès que l'état général de l'enfant le permet.
11	Eviction Retour possible après 24 heures de traitement antibiotique <u>Mesures d'accompagnement:</u> <ul style="list-style-type: none"> • hygiène et désinfection des mains (y compris chez les enfants) • surveillance active de nouveaux cas
12	Eviction Retour possible 48 heures après arrêt des symptômes principaux <u>Mesure d'accompagnement:</u> <ul style="list-style-type: none"> • hygiène/désinfection des mains (personnel et enfants) est fondamentale

Attitudes proposées	
13	Eviction imposée par la sévérité de la maladie (et non par le danger de contagion) <u>Mesures d'accompagnement:</u> <ul style="list-style-type: none"> • prophylaxie antibiotique pour entourage immédiat selon directives de l'OFSP
14	Accueil scolaire normal mais mesures d'accompagnement: <ul style="list-style-type: none"> • contrôler status vaccinal de tous (enfants et adultes) • proposer vaccination aux sujets non vaccinés (vaccination est possible dès l'âge de 6 mois en cas d'exposition en milieu institutionnel) • proposer 2ème dose aux sujets ayant reçu une seule dose
15	Accueil scolaire normal mais mesures d'accompagnement: <ul style="list-style-type: none"> • hygiène/désinfection des mains (personnel et enfants) • décontamination selon avis médical spécialisé
16	Eviction Retour possible dès le 4ème jour suivant le début de l'éruption <u>Mesures d'accompagnement:</u> <ul style="list-style-type: none"> • contrôler status vaccinal de tous (enfants et adultes) • proposer vaccination aux sujets non vaccinés (vaccination est possible dès l'âge de 6 mois en cas d'exposition en milieu institutionnel) • proposer 2ème dose aux sujets ayant reçu une seule dose • envisager éviction des enfants non vaccinés de la fratrie du cas princeps non vacciné et, en situation d'épidémie, de tous les enfants non vaccinés Déclaration obligatoire au médecin cantonal
17	Accueil scolaire normal dès que l'état général le permet L'éviction a fait la preuve de son manque d'efficacité dans ce domaine. Il est très souhaitable d'identifier les cas de varicelle pour pouvoir intervenir à temps chez les enfants immunosupprimés qui y seraient exposés. Solutions possibles: <ol style="list-style-type: none"> 1) L'institution annonce au service de santé cantonal (ou à son équivalent) la présence de varicelle dans ses murs; celui-ci transmet les coordonnées (institution+classe) au service pédiatrique universitaire régional qui vérifie si ses patients à risque figurent dans le groupe signalé. 2) L'institution informe les parents de la présence de varicelle dans ses murs, lesquels informent le médecin de l'enfant.
18	Accueil scolaire normal Encourager traitement par médecin traitant et port de sandales en plastique à la piscine

Annexe N°1**Adresses de contact pour informations supplémentaires****FR Service du médecin cantonal**

Ch. des Pensionnats 1
1700 Fribourg
Tél. 026 426 82 30
Fax 026 426 82 29

GE Département de l'action sociale et de la santé**Direction générale de la santé**

Av. de Beau-Séjour 22-24
1206 Genève
Tél. 022 839 99 13
Fax 022 839 99 01

Service de santé de la jeunesse

Rue des Glacis-de-Rive 11
1203 Genève
Tél. 022 327 61 50
Fax 022 327 61 71

JU Service du médecin cantonal

Fbg. des Capucins 20
2800 Delémont 2
Tél. 032 420 51 33

Dr Pierre-Olivier Cattin

Porrentruy
Tél. 032 466 77 88

Dr Patrick Terrier

Delémont
Tél. 032 421 20 74

NE Service du médecin cantonal

Rue Pourtalès 2
2001 Neuchâtel
Tél. 032 889 52 08
Fax 032 889 60 70

TI Ufficio del medico cantonale

Via Dogana 16
6501 Bellinzona
Tél. 091 814 39 97
Fax 091 814 44 46

VD Service de la santé publique**Division du médecin cantonal**

Rue Cité-Devant 11
1014 Lausanne
Tél. 021 316 47 95
Fax 021 316 42 72

VS Piquet des maladies infectieuses de l'Institut Central des Hôpitaux valaisans

Tél. 027 603 47 00

Annexe N°2**Déclaration des maladies infectieuses**

Quelques-unes des infections mentionnées dans ce document figurent parmi les maladies infectieuses soumises à déclaration obligatoire par les médecins (déclaration initiale).

Ce sont:

Déclaration dans les 24 heures:

- Diphtérie
- Epiglottite
- Maladies invasives à méningocoques
- Poliomyélite

Déclaration dans la semaine:

- Rougeole
- Tuberculose

Outre les maladies ci-dessus, doivent également être déclarées par les médecins toutes les situations où ≥ 2 cas inattendus ou menaçants se produisent au même endroit, même s'ils sont dus à des agents infectieux non soumis à la déclaration.

La formule de déclaration, valable pour l'ensemble des situations ci-dessus, est disponible à l'adresse suivante:

www.bag.admin.ch/infreporting/forms/f/arzt.pdf

La formule de déclaration doit être envoyée au service du médecin cantonal du canton de domicile de la personne malade. Les adresses des services des médecins cantonaux sont disponibles à l'adresse suivante:

www.bag.admin.ch/infekt/adressen/aerzte/d/index.htm

Un document de l'OFSP intitulé «ABC des maladies infectieuses à déclaration obligatoire» est disponible à l'adresse suivante:

www.bag.admin.ch/infreporting/pdf/f/poster_2004f_large.pdf

Palivizumab – Limitatio (Santésuisse)

Precedent Limitatio

«Kinder bis zum Alter von einem Jahr mit vorbestehender und bereits behandelter broncho-pulmonaler Dysplasie (BPD). Frühgeburten, welche bei Beginn der Respiratory Syncytial Virus (RSV)-Saison höchstens 6 Monate alt sind.»

«Enfants jusqu'à l'âge d'un an souffrant de dysplasie broncho-pulmonaire préexistante ayant déjà été traitée. Prematurés ayant six mois au maximum au début de la saison du virus respiratoire syncytial (VRS).»

New Limitatio

(additionally to the text above)

«Kinder bis zu einem Alter von 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanter, angeborener Herzerkrankung. Verordnung nur durch den Kinderkardiologen. Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Krankenversicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes.»

«Enfants jusqu'à un âge de 2 ans souffrant d'une cardiopathie congénitale hémodynamiquement importante. Prescription uniquement par le cardiologue pédiatrique. Remboursement uniquement en cas d'accord préalable particulier de prise en charge par l'assurance maladie avec autorisation explicite du médecin traitant.»

Kommentar zur Limitatio von Santésuisse

Joelle Günthard, Basel
Für die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie

Im November 2004 wurde der Consensus Statement zur Prävention von Respiratory Syncytial Virus (RSV)-Infektionen mit dem humanisierten monoklonalen Antikörper Palivizumab (Synagis[®]) von der Interdisziplinären Arbeitsgruppe der SGP überarbeitet und auch in Paediatrica publiziert (2004: 16(6); 14–16 – www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol15/n6/pdf/14-16.pdf). Wie daraus ersichtlich ist, empfiehlt die Arbeitsgruppe die Verabreichung von Palivizumab zu Beginn der RSV-Saison für Kinder im chronologischen Alter < 12 Monaten bei Vorhandensein bestimmter Risikofaktoren. Obwohl Santé Suisse die Kassenzulässigkeit des Synagis[®] auch für herzkranken Kinder bis auf das Alter von 24 Monaten erhöht, sehe ich keinen Grund, sich nicht an die 2004 publizierten Empfehlungen zu halten.

Commentaire sur la limitatio de Santésuisse

Joëlle Günthard, Bâle
Pour la Société suisse de cardiologie pédiatrique

En novembre 2004 un consensus concernant la prévention des infections par le virus respiratoire syncytial (VRS) par l'anticorps humanisé monoclonal palivizumab (Synagis[®]) a été élaboré par un groupe de travail interdisciplinaire de la SSP et publié dans Paediatrica (2004: 15(6); 17–79 – www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol15/n6/pdf/17-19.pdf). Il en ressort que le groupe de travail recommande l'administration de palivizumab au début de la saison du VRS aux enfants de <12 mois d'âge ayant des facteurs de risque définis. Bien que Santé Suisse étende également pour les patients atteints de cardiopathie la limitation du Synagis[®] jusqu'à un âge chronologique de 24 mois, je ne vois aucune raison de ne pas s'en tenir aux recommandations publiées en 2004.