

## **Prophylaxie antibiotique chez les enfants**

**Approuvé par le conseil d'administration de la SCP en 1999**

**Comité des maladies infectieuses et d'immunisation  
Société canadienne de pédiatrie (SCP)**

*Paediatrics & Child Health* 1999;4(7):497-502

N° de référence : ID 99-05

### **Index des documents de principes du Comité des maladies infectieuses et d'immunisation**

Des tirés à part de ce document de principes sont offerts sur demande à la Société canadienne de pédiatrie, 100-2204, chemin Walkley, Ottawa ON K1G 4G8; téléphone : (613) 526-9397; télécopieur : (613) 526-3332.

- [Une prophylaxie aux pathogènes spécifiques](#)
- [La protection des foyers susceptibles aux infections](#)
- [La protection de l'hôte vulnérable](#)
- [Sommaire](#)
- [Référence](#)

Le présent énoncé remplace l'énoncé sur la prophylaxie antibiotique publié par la Société canadienne de pédiatrie en 1982 (1). Il vise à orienter les pédiatres généralistes et les médecins de famille. Il traite de la plupart des situations dans lesquelles on fait appel à la prophylaxie antibiotique pour traiter les enfants, mais non de toutes. Il exclut les prophylactiques antiviraux ou antiparasitaires. Depuis la publication du dernier énoncé, d'importants changements se sont produits dans le domaine de la prophylaxie antibiotique. Certains s'expliquent par les résultats d'essais cliniques, tandis que d'autres proviennent des préoccupations relatives à l'évolution et à la propagation des bactéries antibiorésistantes. Par exemple, depuis dix ans, on remarque d'importantes différences tant pour ce qui est des types d'organismes que des profils de sensibilité antibiotique dans les isolats d'enfants atteints d'otite moyenne aiguë (2). Les études démontrent une augmentation claire du pourcentage d'organismes antibiorésistants isolés dans le liquide de l'oreille moyenne lorsqu'un enfant a reçu des antibiotiques dans les jours précédant immédiatement une aspiration (2,3). De plus, la surveillance des écouvillonnages rhinopharyngés parmi les enfants traités au moyen de divers antibiotiques contre l'otite moyenne a révélé que les populations de *Streptococcus pneumoniae* de souches colonisantes antibiorésistantes sont sélectionnées rapidement (dans les quatre jours suivant le début de l'antibiothérapie) (4). On craint qu'une prophylaxie antibiotique généralisée

contre l'otite moyenne et contre d'autres maladies accroisse l'émergence de bactéries résistantes. De même, les avantages de la prophylaxie antibiotique sont limités lorsque la prévalence d'organismes antibiorésistants est élevée dans la collectivité. Ainsi, les cliniciens doivent équilibrer les avantages de la prophylaxie antibiotique déjà démontrés avec le problème actuel d'émergence d'une antibiorésistance.

En général, la prophylaxie antibiotique utilisée chez les enfants pour prévenir des maladies graves n'est efficace que dans des cas précis. Elle peut être administrée pour prévenir une infection ou une maladie causée par un pathogène précis, pour prévenir une infection dans un foyer de l'organisme susceptible à l'infection ou pour assurer la protection générale d'un hôte vulnérable. D'ordinaire, la prophylaxie orientée vers un pathogène précis est plus efficace que la protection de foyers de l'organisme susceptibles aux infections chez les enfants à haut risque. Les problèmes reliés au respect du traitement, aux réactions néfastes et à l'apparition d'une antibiorésistance peuvent devenir importants avec l'usage prolongé de prophylaxie antibiotique à large spectre (5).

### **Une prophylaxie aux pathogènes spécifiques**

Les raisons d'envisager une prophylaxie contre un pathogène précis s'établissent comme suit :

- l'organisme représente un risque important dans une situation donnée;
- la susceptibilité de l'organisme aux antibiotiques est stable et prévisible;
- l'éradication de l'organisme est possible au moyen d'antibiotiques relativement non toxiques.

La prophylaxie peut exiger des traitements de quelques jours (p. ex., la prophylaxie contre le *Neisseria meningitidis* pour des contacts familiaux) ou quelques mois (p. ex., les antituberculeux des contacts nourrissons), des traitements prolongés pendant des années (p. ex., la prophylaxie contre le streptocoque de groupe A parmi les personnes souffrant de maladies cardiaques rhumatismales) ou un traitement à vie (p. ex., la prophylaxie pneumocystique chez les personnes symptomatiques infectées au virus d'immunodéficience humaine). Dans certains cas, il se peut que tant la personne à risque que ses contacts proches (qui ne sont pas à risque) doivent adopter une prophylaxie (p. ex., une prophylaxie pour prévenir les cas secondaires de méningite à *Haemophilus influenzae*). Le tableau 1 détaille les pathogènes spécifiques pour lesquels la prophylaxie antibactérienne est généralement recommandée, les situations dans lesquelles la prophylaxie devrait être utilisée et les antibiotiques les plus suggérés.

**TABLEAU 1 : Prophylaxie contre des pathogènes précis**

Pathogène	Maladies prévenues	Antibiotiques recommandés	Commentaires
<i>Neisseria meningitidis</i> (9, 10)	Cas secondaires dans la maisonnée ou d'autres lieux collectifs fermés.	10 mg/kg de rifampine (5 mg/kg pour les nourrissons de moins d'un mois), maximum de 600 mg par voie orale toutes les 12 h pour 4 doses ou d'une dose de 125 mg de ceftriaxone par voie intramusculaire pour les enfants de plus d'un mois.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recommandé aux contacts de la maisonnée ou en cas d'exposition directe avec les sécrétions rhinopharyngées.</li> <li>La rifampine est contre-indiquée pendant la grossesse.</li> <li>Une dose de 500 mg de ciprofloxacine par voie orale peut être utilisée par les personnes non enceintes de 18 ans ou plus.</li> </ul>
<i>Haemophilus influenzae de type b</i> (10)	Cas secondaires chez les enfants de moins de quatre ans dans la maisonnée ou d'autres lieux collectifs fermés.	20 mg/kg de rifampine (maximum de 600 mg) par voie orale une fois par jour pendant quatre jours.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recommandé si au moins un enfant non vacciné de moins de quatre ans vit dans la maisonnée ou va en garderie.</li> </ul>
Streptocoque de groupe A (11)	Fièvre rhumatismale récurrente.	$1,2 * 10^6$ unités de benzathine-pénicilline G par voie intramusculaire toutes les quatre semaines, ou 250 mg de pénicilline V par voie orale deux fois par jour ou 250 mg d'érythromycine par voie orale deux fois par jour.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La durée du traitement est prolongée et les recommandations varient entre cinq à dix ans après la dernière manifestation, jusqu'à l'âge de 18 à 25 ans, et une traitement à vie.</li> </ul>
Streptocoque de groupe A (12, 13)	Contact d'une personne atteinte d'une maladie envahissante, y compris la fasciite nécrosante.	10 mg/kg de pénicilline V (maximum de 300 mg) par voie orale quatre fois par jour ou 10 mg/kg d'érythromycine (maximum de 250 mg) par voie orale quatre fois par jour ou 12 mg/kg de céphalexine (maximum de 250 mg) par voie orale quatre fois par jour pendant dix jours.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peu de renseignements permettent de confirmer l'avantage d'une prophylaxie systématique ou de recommander un antibiotique précis. La décision d'offrir une prophylaxie est ponctuelle.</li> </ul>
<i>Mycobacterium</i>	Traitement précoce	10 à 15 mg/kg/jour	<ul style="list-style-type: none"> <li>La prophylaxie devrait</li> </ul>

<i>tuberculosis</i> ( <a href="#">14</a> )	pour prévenir une tuberculose pulmonaire ou métastatique flagrante.	d'isoniazid (maximum de 300 mg/jour) pendant neuf à douze mois.	être administrée aux nourrissons et aux enfants de moins de quatre ans qui sont des contacts familiaux d'un cas actif et identifié de tuberculose, aux nourrissons et aux enfants de moins de quatre ans dont le test à la tuberculine (PPD) est supérieur à 10 mm et à ceux de plus de trois ans dont la conversion au PPD se situe dans les deux ans. Tous les cas doivent être déclarés aux autorités de santé publique responsables du contrôle de la tuberculose.
<i>Pneumocystis carinii</i> ( <a href="#">15</a> , <a href="#">16</a> )	Pneumonie à pneumocytose chez les patients compromis	Triméthoprimé-sulfaméthoxazole (TMP-SMZ) (5 mg/kg de TMP/jour) tous les jours ou deux fois par jour pendant trois jours consécutifs ou alternés de la semaine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifier auprès d'un spécialiste si un traitement de relais est nécessaire.</li> </ul>
<i>Bordetella pertussis</i> ( <a href="#">17</a> )	Cas secondaire dans la famille, membres proches de la maisonnée, garderies (comptant des enfants de moins d'un an) et contacts de patients hospitalisés.	50 mg/kg/jour d'érythromycine par voie orale trois ou quatre fois par jour (maximum de 1 g/jour) pendant 14 jours.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une prophylaxie à toute la collectivité n'est pas recommandée.</li> <li>• Les nouveaux macrolides peuvent être des agents de relais, mais les études n'en ont pas encore évalué l'efficacité dans un tel cas.</li> </ul>
Streptocoque bêta-hémolytique de groupe B ( <a href="#">10</a> , <a href="#">18</a> - <a href="#">20</a> )	Prophylaxie maternelle pour prévenir la maladie à streptocoque bêta-hémolytique de groupe B néonatale précoce.	5 * 10 <sup>6</sup> unités de pénicilline G par voie intraveineuse toutes les 6h, ou 2g d'ampicilline par voie intraveineuse (dose de mise en charge) suivis de 1g à 2g toutes les 4h à 6h ou 300 mg à 600 mg de clindamycine par voie intraveineuse toutes les 8h.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre le traitement jusqu'à l'accouchement.</li> <li>• Voir les références (<a href="#">10</a>, <a href="#">18</a> - <a href="#">20</a>) au sujet du dépistage maternel et des indications de traitement maternel.</li> </ul>

<i>Streptococcus pneumoniae</i> (8, 21)	Infection pneumococcique fulminante chez des patients aspléniques ou des enfants souffrant d'anémie falciforme	125 mg de pénicilline V par voie orale deux fois par jour (aux enfants de moins de cinq ans ) ou 250 mg par voie orale deux fois par jour (à ceux de cinq ans et plus) ou 125 mg d'amoxicilline par voie orale deux fois par jour (aux enfants de moins de cinq ans ) ou 250 mg deux fois par jour (à ceux de cinq ans et plus)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voir l'énoncé récent du comité (ID 99-04) (8) au sujet des indications de prophylaxie antibiotique.</li> </ul>
---	--	---	---

### La protection des foyers susceptibles aux infections

La prophylaxie antibiotique pour prévenir l'infection et les foyers susceptibles à l'infection se justifie dans les cas suivants :

- la vulnérabilité à l'infection est brève;
- un nombre limité d'agents au potentiel infectant est présent;
- les susceptibilités antibiotiques de l'agent au potentiel infectant sont connues et stables;
- les antibiotiques peuvent pénétrer dans le foyer touché de l'organisme en concentrations efficaces.

Le tableau 2 détaille les situations dans lesquelles l'antibiothérapie prophylactique à un foyer précis devrait être envisagée, les antibiotiques de choix et les recommandations spécifiques dans certains cas. En général, le besoin continu de prophylaxie antibiotique utilisée pour protéger les foyers susceptibles aux infections, comme l'oreille moyenne et les voies urinaires, devrait être réévalué au moins tous les trois mois. De plus, la prophylaxie antibiotique administrée en vue d'une intervention chirurgicale ne devrait être utilisée que pour obtenir une protection maximale pendant l'intervention et ne devrait pas être poursuivie pendant des périodes prolongées par la suite. La plupart des patients qui subissent des interventions sont bien protégés par l'antibiothérapie immédiatement avant l'intervention. Dans certains cas, l'administration répétée d'antibiotiques après l'intervention est recommandée, mais le traitement est rarement nécessaire plus de six heures après l'intervention.

**TABLEAU 2 : Protection des foyers susceptibles aux infections**

Foyer	Maladies prévenues	Antibiotiques recommandés	Commentaires
Conjonctive (22)	Ophtalmie néonatale causée par la <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ou le <i>Chlamydia trachomatis</i> .	Onguent ophtalmique d'érythromicine 0,5% ou de tétracycline 1% ou solution ophtalmique de nitrate d'argent 1%.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une seule application à la naissance ne prévient pas la pneumonie à chlamydia; s'il n'est pas administré, assurer un suivi convenable du nourrisson.</li> <li>• Le traitement peut échouer à cause d'une administration incorrecte de l'onguent ou de la solution.</li> </ul>
Coeur (23)	Endocardite après une intervention dentaire chez les groupes à haut risque (23)	50 mg/kg d'amoxicilline par voie orale (maximum 2 g) 1 h avant l'intervention ou en cas d'allergie à la pénicilline; 20 mg/kg de clindamycine par voie orale (maximum de 600 mg) 1 h avant l'intervention, ou 15 mg/kg d'azythromycine ou de clarithromycine (maximum de 500 mg), ou 50 mg/kg de céphalexine par voie orale (maximum de 2 g) 1 h avant l'intervention. <i>Les personnes présentant une hypersensibilité immédiate à la pénicilline ne devraient pas prendre de céphalosporines.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si les médicaments par voie orale sont contre-indiqués, de l'ampicilline par voie intraveineuse à la même dose devrait remplacer l'amoxicilline, mais devrait être administrée 30 minutes avant l'intervention. Dans le cas des patients allergiques à la pénicilline, la même dose de clindamycine par voie intraveineuse peut être administrée 30 minutes avant l'intervention, ou 25 mg/kg de céfazoline par voie intraveineuse (maximum de 1 g) peuvent être administrés 30 minutes avant l'intervention. Les personnes présentant une hypersensibilité immédiate à la pénicilline ne devraient pas prendre de céphalosporines.</li> </ul>
Coeur (23)	Endocardite suivant une intervention gastro-intestinale ou génito-urinaire dans les groupes à haut risque (23)	50 mg/kg d'ampicilline (maximum de 2 g) plus 2 mg/kg de gentamicine (maximum de 80 mg) administrés 30 minutes avant l'intervention et répétés tous deux 6 h plus tard (la dose de rappel peut être remplacée par 25 mg/kg d'amoxicilline	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le cas des patients allergiques à la pénicilline, l'ampicilline devrait être remplacée par 20 mg/kg de vancomycine (maximum de 1 g) par voie intraveineuse pendant 1 h à compter de 1 h avant l'intervention (la dose de rappel est inutile).</li> </ul>

		[maximum de 1,5 g] chez les patients à faible risque)	dose de rappel est inutile).
Lésion chirurgicale (24)	Infection postopératoire de lésion	L'antibiotique choisi dépend de l'intervention. La première dose devrait être administrée au plus tard 2 h avant le début de l'intervention et poursuivie pendant une période minimale après l'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'efficacité varie selon l'intervention et les taux précédents d'infections postopératoires.</li> <li>• L'utilisation prolongée d'antibiotiques après l'intervention ne comporte généralement aucun avantage et peut provoquer une surinfection par des bactéries multirésistantes ou des champignons.</li> </ul>
Oreille moyenne (25,26)	Otite moyenne récurrente	20 mg/kg/jour d'amoxicilline par voie orale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• On ne sait pas si la prophylaxie antibiotique devrait être recommandée pour prévenir l'otite moyenne récurrente; l'utilisation devrait être limitée aux enfants extrêmement susceptibles à l'otite.</li> <li>• Réévaluer le besoin tous les trois mois.</li> <li>• La triméthoprie-sulfaméthoxazole (TMP-SMZ) ne convient pas en prophylaxie</li> </ul>
Voie urinaire (27)	Infections urinaires récurrentes	2 mg de TMP/kg de TMP-SMZ (maximum de 160 mg de thiméthoprime) par voie orale tous les jours ou 2 mg/kg de nitrofurantoïne par voie orale tous les jours.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surtout utilisée pour les enfants présentant une anomalie anatomique ou un reflux; envisagé pour les enfants à l'anatomie normale qui ont au moins trois infections urinaires en un an.</li> <li>• L'efficacité dépend du taux d'antibiorésistance se développant dans la flore gastro-intestinale.</li> </ul>

## La protection de l'hôte vulnérable

Un hôte vulnérable ne doit être protégé que dans certains cas. Il est impossible d'éliminer la totalité des bactéries d'un hôte humain. Souvent, les tentatives pour ce faire donnent lieu à une infection parfois mortelle, par des organismes antibiorésistants ou des champignons. Cependant, l'utilisation de la prophylaxie à la triméthoprime-sulfaméthoxazole (TMP-SMZ) chez les enfants qui subissent une chimiothérapie en raison de malignités hématologiques est documentée comme très efficace, tant pour prévenir l'infection par les *Pneumocystis carinii* que pour réduire les septicémies bactériennes ou les maladies bactériennes envahissantes. La prophylaxie à la TMP-SMZ est recommandée pour ces patients et pour les personnes atteintes d'une maladie granulomateuse chronique (6,7). L'efficacité d'une dose quotidienne ou de trois doses hebdomadaires pendant trois jours consécutifs ou tous les deux jours de la semaine semble équivalente. L'utilisation continue d'antibiotiques pour prévenir la maladie chez les enfants atteints d'asplénie est généralement recommandée pour les patients atteints d'asplénie congénitale jusqu'à l'âge de cinq ans au moins et pour les enfants plus vieux pendant au moins un an après la splénectomie (8). Pour ce qui est des enfants de moins de six mois, la TMP-SMZ (5 mg/kg de TMP une fois par jour) est recommandée, tandis que les enfants plus vieux devraient recevoir soit de la pénicilline V, soit de l'amoxicilline par voie orale selon les mêmes doses que celles qui sont recommandées pour la prophylaxie contre le *Streptococcus pneumoniae* au [tableau 1](#).

L'infection par des organismes résistants à la prophylaxie doit être jugée vraisemblable dans le cas des enfants qui deviennent malades malgré la prophylaxie. Il faudra alors choisir des antibiotiques empiriques qui réussiront à traiter l'infection. Les antibiotiques choisis comme traitement dépendent de la prophylaxie antibiotique utilisée et des profils d'antibiorésistance dans la collectivité locale.

## Sommaire

1. La SCP continue de recommander la prophylaxie antibiotique comme stratégie préventive pour réduire le risque d'infections graves dans des cas précis.
2. La SCP recommande que les médecins préviennent la surutilisation de prophylaxie antibiotique et s'assurent de l'utiliser selon les indications pertinentes.
3. Dans le cas où les personnes doivent respecter une prophylaxie antibiotique pendant une période prolongée, la SCP recommande de procéder à un examen intermittent pour évaluer le besoin de la prophylaxie, le respect du traitement par le patient et le caractère adéquat des antibiotiques choisis.

## Références

1. Comité des maladies infectieuses et d'immunisation. Société canadienne de pédiatrie. L'antibiothérapie prophylactique chez l'enfant, Bulletin d'information de la SCP 1982, 13 (No 6, Suppl).
2. Block SL. Causative pathogens, antibiotic resistance and therapeutic considerations in acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1997;16:449-56.
3. Leibovitz E, Raiz S, Piglansky L, et al. Resistance pattern of middle ear fluid isolates in acute otitis media recently treated with antibiotics. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:463-9.
4. Dagan R, Leibovitz E, Greenberg D, Yagupsky P, Fliss DM, Leiberman A. Dynamics of pneumococcal nasopharyngeal colonization during the first days of antibiotic treatment in pediatric patients. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:880-5.
5. Uhari M, Nuutinen M, Turtinen J. Adverse reactions in children during long-term antimicrobial therapy. *Pediatr Infect Dis J* 1996;15:404-8.
6. Goorin AM, Hershey BJ, Levin MJ, et al. Use of trimethoprim-sulphamethoxazole to prevent bacterial infections in children with acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Infect Dis* 1985;4:265-9.
7. Kovatch AL, Wald ER, Albo VC, et al. Oral trimethoprim/sulfamethoxazole for prevention of bacterial infection during the induction phase of cancer chemotherapy in children. *Pediatrics* 1985;76:754-60.
8. Comité des maladies infectieuses et d'immunisation. Société canadienne de pédiatrie. La prévention et le traitement des infections bactériennes chez les enfants aspléniques ou hypospléniques. *Paediatr Child Health* 1999;4:427-31.
9. Comité des maladies infectieuses et d'immunisation, Société canadienne de pédiatrie, et comité des maladies infectieuses (1994-1995), American Academy of Pediatrics, La prévention et les stratégies de contrôle de maladies à méningocoques à l'intention du clinicien 1998;1:66-74.
10. Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. Report of the Committee on Infectious Diseases, 24th edn. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 1997.
11. Pichichero ME. Group A beta-hemolytic streptococcal infections. *Pediatr Rev* 1998;19:291-302.
12. The Working Group on Prevention of Invasive Group A Streptococcal Infections. Prevention of invasive Group A streptococcal disease among household contacts of case-patients: is prophylaxis warranted? *JAMA* 1998;279:1206-10.
13. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Severe invasive group A streptococcal infections: A subject review. *Pediatrics*

1998;101:136-40.

14. Comité des maladies infectieuses et d'immunisation. Société canadienne de pédiatrie, Pharmacothérapie de courte durée pour les nourrissons et les enfants atteints de tuberculose 1994:site Web de la SCP

15. Harris RE, McCallister JA, Allen SA, Barton AS, Baehner RL. Prevention of pneumocystis pneumonia. Use of continuous sulfamethoxazole-trimethoprim therapy. *Am J Dis Child* 1980;134:35-8.

16. Grubman S, Simonds RJ. Preventing *Pneumocystis carinii* pneumonia in human immunodeficiency virus-infected children: new guidelines for prophylaxis. CDC, US Public Health Service, and the Infectious Disease Society of America. *Pediatr Infect Dis J* 1996;15:165-8.

17. National Advisory Committee on Immunization, The Advisory Committee on Epidemiology, The Canadian Paediatric Society. Statement on management of persons exposed to pertussis and pertussis outbreak control. *CMAJ* 1995;152:712-6.

18. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Statement on the prevention of early-onset group B streptococcal infections in the newborn. *J Soc Obstet Gynaecol* 1997;19:751-8.

19. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: A public health perspective. Centers for Diseases Control and Prevention. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1996;45:1-24.

20. Demianczuk NN, Halperin SA, McMillan DD. Prevention of perinatal group B streptococcal infection: management strategies. *Can J Infect Dis* 1997;8:68-70.

21. Gaston MH, Verter JI, Woods G, et al. Prophylaxis with oral penicillin in children with sickle cell anemia. A randomized trial. *N Engl J Med* 1986;314:1593-99.

22. Division of STD Prevention and Control, Bureau of HIV/AIDS, STD and TB, Laboratory Centre for Disease Control, Health Protection Branch, Health Canada. *Canadian STD Guidelines, 1998 edn.* Ottawa: Health Canada, 1998.

23. Dajani AS, Taubert KA, Wilson W, et al. Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations by the American Heart Association. *JAMA* 1997;277:1794-1801.

24. Antimicrobial prophylaxis in surgery. *Med Lett Drugs Ther* 1997;39:97-101.

25. Mandel EM, Casselbrandt ML, Rockette HE, Bluestone CD, Kurs-Lasky M. Efficacy of antimicrobial prophylaxis for recurrent middle ear infection. *Pediatr Infect Dis J* 1996;15:1074-82.

26. Roark R, Berman S. Continuous twice daily or once daily amoxicillin prophylaxis compared with placebo for children with recurrent otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1997;16:376-81.

27. Bitar CN, Steele RW. Use of prophylactic antibiotics in children. *Adv Pediatr Infect Dis* 1995;10:227-62.

### **Comité des maladies infectieuses et d'immunisation**

**Membres :** *Docteurs Gilles Delage (président), Laboratoire de santé publique du Québec, Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec); François Boucher, département de pédiatrie, Centre hospitalier universitaire de Québec, Pavillon CHUL, Sainte-Foy (Québec); H Dele Davies, unité des maladies infectieuses, Alberta Children's Hospital, Calgary (Alberta); Joanne Embree (auteure principale), université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba); Charles Morin (administrateur responsable), Complexe hospitalier Sagamie, Chicoutimi (Québec); David Speert, unité des maladies infectieuses et immunologiques, université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique); Ben Tan, unité des maladies infectieuses, Royal University Hospital, université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan)*

**Conseillers :** *Docteurs Noni MacDonald, faculté de médecine, université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse); Victor Marchessault, Cumberland (Ontario)*

**Représentants :** *Docteurs Neal Halsey, université Johns Hopkins, Baltimore (Maryland) (American Academy of Pediatrics); Susan King, unité des maladies infectieuses, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario) (Canadian Paediatric AIDS Research Group); Scott Halperin, département de pédiatrie, IWK-Grace Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse) (IMPACT); Monique Landry, Direction de la santé publique de Laval, Laval (Québec) (Santé publique); John Waters, Santé Alberta, Edmonton (Alberta) (Épidémiologie)*

**Avertissement: Les recommandations du présent document de principes ne constituent pas une démarche ou un mode de traitement exclusif. Des variations tenant compte de la situation du patient peuvent se révéler pertinentes.**