
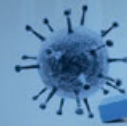


LA CHRONIQUE INFECTIEUSE

VOLUME 7 • NUMÉRO 1  JUILLET 2019

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE



LE RETRAIT, LA RÉAFFECTATION ET LE RETOUR AU TRAVAIL DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES ENTÉRIQUES INFECTIEUSES

PRÉAMBULE

Un patient souffre d'une gastro-entérite. Il décide de consulter un médecin. Ce dernier obtient l'histoire de la maladie, procède à un examen clinique, établit son diagnostic différentiel, demande des tests et finalement prescrit un traitement. Vient le temps de décider s'il doit prescrire un congé de travail à son patient.

La décision de prescrire un congé de travail au patient devrait dépendre de deux critères :

- l'état clinique du patient ;
- la prévention de la transmission de la maladie.

Comme la plupart des syndromes entériques sont causés par un agent infectieux, il est d'une importance capitale de prévenir la transmission de celui-ci. Cet aspect est bien connu des médecins, mais est parfois oublié. De plus, les règles entourant le retrait du milieu de travail, de la garderie ou de l'école sont souvent méconnues. La présente *Chronique Infectieuse* a pour objectif de faire connaître ces règles afin qu'elles puissent être appliquées par le médecin lors de la consultation au bureau, au sans rendez-vous ou à l'urgence.

LES MADO ENTÉRIQUES

La plupart des maladies à déclaration obligatoire (MADO) «entériques» doivent être déclarées par le laboratoire (ex. campylobactériose). Certaines doivent aussi être déclarées par le médecin : la fièvre typhoïde et paratyphoïde (*Salmonella typhi* et *paratyphi*), l'hépatite A, l'infection invasive à *E. coli* et le choléra (*Vibrio cholerae*). La déclaration des MADO entériques

en santé publique permet la surveillance de ces maladies. Pour la plupart d'entre elles, une enquête épidémiologique est instituée dans le but de trouver la source de l'infection et de l'enrayer, de détecter des éclosions et de réduire la transmission de la maladie par diverses mesures de santé publique.

LES MILIEUX À RISQUE

La transmission des agents infectieux entériques est prévenue généralement grâce aux pratiques de base en prévention et contrôle des infections qui reposent sur le précepte selon lequel toutes les personnes ont un potentiel infectieux, même si elles ne présentent aucun symptôme. Les pratiques de base doivent être appliquées en tout temps en vue d'empêcher toute exposition à du sang ou d'autres liquides organiques, aux sécrétions et aux excréments afin de prévenir la transmission des microorganismes. Pour la plupart des milieux de travail, l'hygiène des mains, qui fait partie intégrante des pratiques de base, est considérée suffisante. Cependant, il existe des milieux pour lesquels le retrait ou la réaffectation de travail peut être nécessaire pour éviter la propagation de l'infection :

1. Alimentation (manipulateurs d'aliments)
2. Services de garde à l'enfance et écoles (enfants et travailleurs)
3. Milieux de soins (travailleurs de la santé)

ALIMENTATION (MANIPULATEURS D'ALIMENTS)

Les manipulateurs d'aliments porteurs de microorganismes pathogènes peuvent contaminer les aliments qu'ils préparent. Ils doivent donc être retirés du travail ou réaffectés à d'autres tâches qui ne comportent pas de risque de transmission aux consommateurs. Les règles

concernant les manipulateurs d'aliments sont édictées par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ)¹. Le **tableau 1** fait état des recommandations.

La connaissance de l'agent étiologique est importante puisque le risque de transmission varie d'un agent pathogène à l'autre et les critères de retour au travail diffèrent en fonction de l'agent pathogène retrouvé. Ceci reflète les différents potentiels de transmission. C'est la raison pour laquelle **des analyses de selles devraient être effectuées chez les manipulateurs d'aliments**, même si les critères cliniques habituels² pour demander des analyses ne sont pas rencontrés.

En tout temps, le retrait ou la réaffectation d'un manipulateur d'aliments ayant présenté des symptômes doit se poursuivre **minimalement jusqu'à 48 heures après la disparition de ceux-ci**¹⁻³. Dans certains cas, il sera nécessaire de faire des analyses de selles de contrôle afin de s'assurer de l'absence de l'agent pathogène pour permettre le retour au travail. Lorsqu'indiquées, les analyses de selles de contrôle doivent être faites **au moins 24 h après la disparition des symptômes (diarrhée), et au moins 48 h après la fin du traitement** s'il y a eu prise d'antibiotiques. Cependant, une exception s'applique pour le *Salmonella typhi* ou *paratyphi* (fièvre typhoïde ou paratyphoïde). Voir le tableau 1.



Recommandations de retrait ou de réaffectation pour les manipulateurs d'aliments

Symptomatique	Retrait ou réaffectation	Nécessité d'analyses de contrôle
Sans agent étiologique identifié	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes Si présence d'ictère : jusqu'à 1 semaine après l'apparition de l'ictère	Ne s'applique pas
<i>Caliciviridae</i> (ex. : Norovirus, Sapovirus)	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
<i>Campylobacter</i> (L)	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
<i>Clostridium difficile</i>	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
<i>Cryptosporidium spp.</i> (L)	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
<i>Cyclospora cayetanensis</i> (L)	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
<i>Entamoeba histolytica</i> (L) (amibiase)	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
<i>Escherichia coli</i> * producteur de shigatoxine (STEC) ¹ (L+M)	Jusqu'à l'obtention de 2 analyses de selles consécutives négatives ²⁻³	Oui
<i>Giardia lamblia</i> (L)	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
Hépatite A (L+M)	Jusqu'à 1 semaine après l'apparition de l'ictère Si absence d'ictère : jusqu'à 2 semaines après le début des symptômes	Non
<i>Salmonella typhi</i> ou <i>paratyphi</i> (fièvre typhoïde ou paratyphoïde) (L+M)	Jusqu'à l'obtention de 3 analyses de selles ⁴ consécutives négatives	Oui
<i>Salmonella spp.</i> ⁵ (L)	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
<i>Shigella spp.</i> (L)	Jusqu'à l'obtention de 2 analyses de selles ² consécutives négatives	Oui
<i>Vibrio cholerae</i> O1 et O139 (choléra) (L+M)	Jusqu'à l'obtention de 2 analyses de selles ² consécutives négatives	Oui
<i>Yersinia enterocolitica</i> (L)	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non

Les MADOs entériques sont identifiées entre parenthèses dans la colonne de l'agent étiologique : Le [L] indique que la maladie est à déclaration obligatoire pour le laboratoire. Le [M] indique que la maladie est à déclaration obligatoire pour le médecin.

* En ce qui concerne l'*Escherichia coli* producteur de shigatoxine, seule l'infection invasive (définie par la présence d'un syndrome hémolytique urémique (SHU) ou purpura thrombocytopénique thrombotique (PTT)) est une MADO pour le médecin.

1. Les sérotypes d'*E. coli* producteurs de shigatoxines les plus souvent rencontrés sont : O157:H7; O157:NM; O26:H11; O111:H8; O103:H2; O104:H4; O104:H21 et O113:H21.
2. Selles recueillies à 24 h d'intervalle, au moins 24 h après disparition des symptômes et au moins 48 h après la fin des antibiotiques (le cas échéant).
3. Pour l'*E. coli*, le test de contrôle devrait être une culture. Si le test qui a permis le diagnostic est un PCR pour recherche des gènes stx1 et stx2, ce test devrait être également effectué pour les analyses de contrôle.
4. Selles recueillies à 48 h d'intervalle, au moins 24 h après la disparition des symptômes et au moins 1 semaine après la fin des antibiotiques (le cas échéant).
5. *Salmonella* autres que *typhi* ou *paratyphi*.

Source : Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), <https://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Restauration/Qualitedesaliments/Toxiinfectionsalimentaires/Pages/recommandations.aspx>.

SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE ET ÉCOLES (ENFANTS ET TRAVAILLEURS)

Plusieurs raisons peuvent justifier l'exclusion temporaire d'une personne d'un service de garde ou d'une école :

- la sévérité ou la nature des symptômes ;
- la transmission de l'agent pourrait être prévenue ou réduite par l'exclusion⁴.

Les **tableaux 2 et 3** font état des recommandations en ce qui concerne les services de garde à l'enfance et les écoles. Si un travailleur d'un service de garde ou d'une école est aussi un manipulateur d'aliments, les recommandations de retrait et de réaffectation qui concernent ces derniers doivent s'appliquer.

Baignade

Les activités de baignade sont à éviter jusqu'à la disparition des symptômes de diarrhée. Quoique le délai depuis la dernière diarrhée n'est pas précisé dans le *Guide d'intervention en prévention et contrôle des infections dans les services de garde et écoles du Québec*, le BC Centre for Disease Control⁵ indique qu'il faut attendre 48 h après le dernier symptôme avant de retourner aux activités de baignade. Il y a des exceptions à cette règle : s'il s'agit d'une infection à *Cryptosporidium*, à *Giardia* ou à *E. coli* producteur de shigatoxine (STEC), les activités de baignade sont à éviter jusqu'à 2 semaines après la fin des symptômes.

Tableau 2

Recommandations de retrait pour les personnes fréquentant un milieu de garde à l'enfance ou une école lors de maladies entériques, en fonction des symptômes présentés

Symptômes	Retour
Vomissements (≥ 2 en 24 heures)*	Pas de vomissements depuis 24 heures
Diarrhée et <ul style="list-style-type: none">• incontinence• selles ne pouvant pas être contenues dans la couche chez le bébé	Au retour de la continence
Diarrhée avec fièvre*	Lorsque la température redevient normale
Diarrhée avec sang dans les selles*	Lorsque les selles ne contiennent plus de sang
Diarrhée avec mucus dans les selles*	Lorsque les selles ne contiennent plus de mucus

* Les symptômes présentés ici s'appliquent autant pour l'enfant que pour le travailleur.

Source : Extrait et adaptation du tableau 3 (chapitre 3) du Guide d'intervention - Prévention et contrôle des infections dans les services de garde et écoles du Québec - MSSS - 2015

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000374/>

Tableau 3

Recommandations de retrait ou de réaffectation pour les personnes fréquentant un milieu de garde à l'enfance ou une école, selon l'agent pathogène retrouvé

Symptomatique	Retrait ou réaffectation	Nécessité d'analyses de contrôle
Sans agent étiologique identifié	Selon les critères du tableau 2	Ne s'applique pas
<i>Caliciviridae</i> (ex : Norovirus, Sapovirus)	Selon les critères du tableau 2	Non
<i>Campylobacter</i> (L)	Selon les critères du tableau 2	Non
<i>Clostridium difficile</i>	Selon les critères du tableau 2	Non
<i>Cryptosporidium spp.</i> (L)	Selon les critères du tableau 2	Non
<i>Cyclospora cayetanensis</i> (L)	Selon les critères du tableau 2	Non
<i>Entamoeba histolytica</i> (L) (amibiase)	Selon les critères du tableau 2	Non
<i>Escherichia coli</i> * producteur de shigatoxine (STEC) ¹ (L+M)		
EN MILIEU SCOLAIRE	Jusqu'à 24 h après disparition des symptômes	Non
EN MILIEU DE GARDE	Jusqu'à l'obtention de 2 analyses de selles ³⁻⁴ consécutives négatives	Oui
• <i>E. coli</i> O157 : H7 ²		
• <i>E. coli</i> d'un autre sérotype + 1 des critères de gravité suivants :	Jusqu'à l'obtention de 2 analyses de selles ³⁻⁴ consécutives négatives	Oui
• Présence de stx2		
• éclosion de cas de STEC		
• syndrome hémolytique urémique		
• <i>E. coli</i> d'un autre sérotype + aucun critère de gravité	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
<i>Giardia lamblia</i> (L)	Selon les critères du tableau 2	Non
Hépatite A (M+L)	Jusqu'à 1 semaine après l'apparition de l'ictère Si absence d'ictère : jusqu'à 1 semaine après le début des symptômes	Non
<i>Salmonella typhi</i> ou <i>paratyphi</i> (fièvre typhoïde ou paratyphoïde) (L+M)		
EN MILIEU SCOLAIRE	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
EN MILIEU DE GARDE	Jusqu'à l'obtention de 3 analyses de selles ⁵ consécutives négatives	Oui
<i>Salmonella spp.</i> ⁶ (L)	Selon les critères du tableau 2	Non
<i>Shigella spp.</i> (L)		
EN MILIEU SCOLAIRE	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
EN MILIEU DE GARDE	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
• <i>Shigella sonnei</i>		
• <i>Shigella boydii</i>	Jusqu'à l'obtention de 2 analyses de selles ³ consécutives négatives	Oui
• <i>Shigella dysenteriae</i>		
• <i>Shigella flexneri</i>		
<i>Vibrio cholerae</i> O1 et O139 (choléra) (L+M)	Selon les critères du tableau 2	Non
<i>Yersinia enterocolitica</i> (L)	Selon les critères du tableau 2	Non

Voir les notes du tableau à la page suivante.

Les MADO entériques sont identifiées entre parenthèses dans la colonne de l'agent étiologique : Le [L] indique que la maladie est à déclaration obligatoire pour le laboratoire. Le [M] indique que la maladie est à déclaration obligatoire pour le médecin.

* En ce qui concerne l'*Escherichia coli* producteur de shigatoxine, seule l'infection invasive (définie par la présence d'un syndrome hémolytique urémique (SHU) ou purpura thrombocytopénique thrombotique (PTT)) est une MADO pour le médecin.

1. Les sérotypes d'*E. coli* producteurs de shigatoxines les plus souvent rencontrés sont : O157:H7; O157:NM; O26:H11; O111:H8; O103:H2; O104:H4; O104:H21 et O113:H21.
2. S'il s'agit d'un *E. coli* O157 sans qu'il soit caractérisé davantage (i.e. il n'est pas spécifié s'il s'agit d'un H7 ou d'un non mobile), considérer qu'il s'agit d'un H7 jusqu'à preuve du contraire.
3. Selles recueillies à 24 h d'intervalle, au moins 24 h après disparition des symptômes et au moins 48 h après la fin des antibiotiques (le cas échéant).
4. Pour l'*E. coli*, le test de contrôle devrait être une culture. Si le test qui a permis le diagnostic est un PCR pour recherche des gènes stx1 et stx2, ce test devrait être également effectué pour les analyses de contrôle.
5. Selles recueillies à 48 h d'intervalle, au moins 24 h après la disparition des symptômes et au moins 1 semaine après la fin des antibiotiques (le cas échéant).
6. *Salmonella* autres que *typhi* ou *paratyphi*.

Source : Extrait et adaptation du Guide d'intervention - Prévention et contrôle des infections dans les services de garde et écoles du Québec – MSSS – 2015

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000374/>

MILIEUX DE SOINS (TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ)

Les travailleurs de la santé atteints d'une maladie entérique devraient éviter les contacts avec les patients de même que la manipulation d'aliments et de médicaments⁶. Le risque de transmission d'un agent pathogène est réduit lorsque la personne redevient asymptomatique et adhère rigoureusement aux pratiques de base⁷⁻⁸. De plus, une antibiothérapie, dans certains cas, peut permettre de réduire la période d'excrétion fécale asymptomatique après la fin de la maladie. Ce serait le cas pour *Shigella* spp. et *Campylobacter* spp. Par contre, les antibiotiques et les antiparasitaires peuvent ne pas éliminer l'état de porteur pour *Salmonella* spp. et *Cryptosporidium* spp⁸. Les travailleurs de la santé qui prennent soin des personnes vulnérables à risque de maladies sévères (par ex : personnes immunosupprimées, nouveau-nés et personnes âgées) devraient être investigués pour connaître l'agent pathogène en cause⁸. Le **tableau 4** fait état des recommandations pour les travailleurs de la santé.



Tableau 4

Recommandations de retrait ou de réaffectation pour les travailleurs de la santé

Symptomatique	Retrait ou réaffectation	Nécessité d'analyses de contrôle
Sans agent étiologique identifié	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes Si présence d'ictère : jusqu'à 1 semaine après l'apparition de l'ictère	Ne s'applique pas
<i>Caliciviridae</i> (ex : Norovirus, Sapovirus)	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
<i>Campylobacter</i> (L)	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
<i>Clostridium difficile</i>	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
<i>Cryptosporidium spp.</i> (L)	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
<i>Cyclospora cayetanensis</i> (L)	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
<i>Entamoeba histolytica</i> (L) (amibiase)	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
<i>Escherichia coli</i> * producteur de shigatoxine (STEC) ¹ (L+M)	Jusqu'à l'obtention de 2 analyses de selles ²⁻³ consécutives négatives	Oui
<i>Giardia lamblia</i> (L)	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
Hépatite A (L+M)	Jusqu'à 1 semaine après l'apparition de l'ictère Si absence d'ictère : jusqu'à 2 semaines après le début des symptômes	Non
<i>Salmonella typhi</i> ou <i>paratyphi</i> (fièvre typhoïde ou paratyphoïde) (L+M)	Jusqu'à l'obtention de 3 analyses de selles ⁴ consécutives négatives	Oui
<i>Salmonella spp.</i> ⁵ (L)	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
Shigella spp. (L)	Jusqu'à l'obtention de 2 analyses de selles ² consécutives négatives	Oui
<i>Vibrio cholerae</i> O1 et O139 (choléra) (L+M)	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non
<i>Yersinia enterocolitica</i> (L)	Jusqu'à 48 h après disparition des symptômes	Non

Les MADO entériques sont identifiées entre parenthèses dans la colonne de l'agent étiologique : Le [L] indique que la maladie est à déclaration obligatoire pour le laboratoire. Le [M] indique que la maladie est à déclaration obligatoire pour le médecin.

* En ce qui concerne l'*Escherichia coli* producteur de shigatoxine, seule l'infection invasive (définie par la présence d'un syndrome hémolytique urémique (SHU) ou purpura thrombocytopénique thrombotique (PTT)) est une MADO pour le médecin.

1. Les sérotypes d'*E. coli* producteurs de shigatoxines les plus souvent rencontrés sont : O157:H7; O157:NM; O26:H11; O111:H8; O103:H2; O104:H4; O104:H21 et O113:H21.
2. Selles recueillies à 24 h d'intervalle, au moins 24 h après disparition des symptômes et au moins 48 h après la fin des antibiotiques (le cas échéant).
3. Pour l'*E. coli*, le test de contrôle devrait être une culture. Si le test qui a permis le diagnostic est un PCR pour recherche des gènes stx1 et stx2, ce test devrait être également effectué pour les analyses de contrôle.
4. Selles recueillies à 48 h d'intervalle, au moins 24 h après la disparition des symptômes et au moins 1 semaine après la fin des antibiotiques (le cas échéant).
5. *Salmonella* autres que *typhi* ou *paratyphi*.

Source : produit par la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale, plusieurs références.

CONCLUSION

Lorsqu'un médecin fait un diagnostic de maladie entérique infectieuse chez un patient, il doit considérer la **recherche de l'agent causal**, soit parce que la situation clinique l'exige (traitement ciblé envisagé, sévérité des symptômes), soit parce que le milieu fréquenté par le patient représente un risque plus élevé de transmission. À cet égard, il y a 3 milieux pour lesquels le retrait ou la réaffectation de travail est nécessaire : l'alimentation (manipulateurs d'aliments), les services de garde à l'enfance et les écoles, et les milieux de soins (travailleurs de la santé). Dans ces milieux à risque, avant même que l'agent causal soit identifié, le médecin doit considérer le retrait du milieu

ou la réaffectation du travailleur. Lorsque l'agent est identifié, le clinicien doit penser à déclarer une MADO à la Direction de santé publique. De plus, il est possible que le médecin traitant doive effectuer une analyse de contrôle afin de s'assurer que le patient ne soit plus porteur de l'agent pour permettre le retour au travail, que le patient ait reçu un traitement antibiotique ou non.

Cette chronique, nous l'espérons, vous sera utile dans votre décision de retrait ou non de votre patient. Votre collaboration est importante et appréciée! Nous demeurons à votre disposition pour tout renseignement supplémentaire. N'hésitez pas à nous contacter!

PAR

André Paradis, M.D.

**AVEC LA
COLLABORATION DE**

Natasha Desmarteau, B.Sc.Inf.

Jasmin Villeneuve, M.D.

**Remerciements à Véronique Fortin,
agente administrative et aux collaborateurs
à la rédaction de ce texte.**

Pour joindre la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale :

Jour : 418 666-7000, poste 250

Soir, fin de semaine, congé férié : 418 648-2176

RÉFÉRENCES

- 1) MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DES PÊCHERIES ET DE L'ALIMENTATION DU QUÉBEC, *Recommandations de retrait ou de réaffectation pour les manipulateurs d'aliments*. [En ligne] <https://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Restauration/Qualitedesaliments/Toxiinfectiousalimentaires/Pages/recommandations.aspx>
- 2) RIDDLE, Mark S. et al., *ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults*, 2016, 111:602–622.
- 3) TABLE DE CONCERTATION NATIONALE EN MALADIES INFECTIEUSES (TCNMI). *Retrait ou réaffectation des manipulateurs d'aliments porteurs d'agents infectieux pathogènes potentiellement transmissibles par les aliments*, Table de concertation nationale en maladies infectieuses, 14 Août 2014.
- 4) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde et écoles du Québec*, Guide d'intervention, MSSS, 2015. [En ligne] <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000374/>
- 5) BRITISH COLUMBIA CENTRE FOR DISEASE CONTROL (BC CDC), *Communicable Disease Control; Enteric Cases and their Contacts: Exclusion from High Risk Settings*; Mai 2013.
- 6) AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *Guide sur la procédure à suivre concernant le retrait, la réaffectation et la réintégration des personnes infectées appartenant à un groupe à risque élevé de transmission secondaire*, Direction régionale de santé publique, ASSS de Montréal, Décembre 2012.
- 7) AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins*, Agence de la santé publique du Canada, Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, 2016. [En ligne] <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/routine-practices-precautions-healthcare-associated-infections/pratiques-de-base-precautions-infections-aux-soins-de-sante-2016-FINAL-fra.pdf>
- 8) CENTER FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION (CDC), *Guideline for infection control in health care personnel*, Hospital Infection Control Practices Advisory Committee, 1998.
- 9) ASSOCIATION OF POOL & SPA PROFESSIONALS, *Fact Sheet: E. coli O157 :H7*; APSP Recreational Water Quality Committee (RWQC) Revised – March 2017.
- 10) AUSTRALIAN NATIONAL CENTRE FOR DISEASE CONTROL (CDC), *Australian guidelines for the prevention and control of infection in healthcare*, 2010.
- 11) DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE, *Infection à E. coli, conduite à tenir*, 2017.
- 12) DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL, *Guide pour la prévention et le contrôle de la shigellose*, 28 octobre 2008.
- 13) HEYMANN, David L., *Control of Communicable Diseases Manual*; 20th edition; 2015.
- 14) INFECTION PREVENTION AND CONTROL NOVA SCOTIA, *Occupational Management of Communicable Disease Exposure and Illness in Healthcare Workers*; March 2012.
- 15) ONTARIO HOSPITALS, *Enteric diseases surveillance protocol for Ontario Hospitals*, Ontario Hospital Association, Ontario Medical Association, Joint Communicable diseases surveillance protocols Committee, Mai 2016.
- 16) REDBOOK, *Report of the Committee on Infectious Diseases*; 30th edition; American Academy of Pediatrics, 2015.
- 17) TABLE RÉGIONALE EN PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (TRPIN) DE LA CAPITALE-NATIONALE, *Guide de prévention et de contrôle des infections, pratiques de base et précautions additionnelles*, 2012.

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec 

RESPONSABLE : Marie-France Beaudet
COMITÉ DE RÉDACTION : Marie-France Beaudet
Nicholas Brousseau
Suzanne Gagnon

GRAPHISME : Service des
communications

PRODUCTION : Direction de santé
publique

ISSN 2292-681X