INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Recommandations du SERTIH concernant l'évaluation et le suivi des soignants infectés par le VIH

Québec

Recommandations du SERTIH concernant l'évaluation et le suivi des soignants infectés par le VIH

AVIS SCIENTIFIQUE

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Juin 2016

Institut national de santé publique Québec

AUTEURS

Comité scientifique SERTIH-VIH 2015

Claire Béliveau, microbiologiste-infectiologue
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Julie Bestman-Smith, microbiologiste-infectiologue
Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier universitaire de Québec

Richard Côté, médecin-conseil
Institut national de santé publique du Québec

Jean Vincelette, microbiologiste-infectiologue
Hôpital St-Luc du Centre hospitalier universitaire de Montréal

Comité scientifique SERTIH-VIH 2011

Claire Béliveau, microbiologiste-infectiologue
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Claude Fortin, microbiologiste-infectiologue
Hôpital Notre-Dame du CHUM

Pierre Robillard, médecin-conseil
Richard Côté, médecin-conseil
Institut national de santé publique du Québec

RÉDACTRICES

Maggy Wassef, conseillère scientifique du SERTIH
Michèle Tremblay, médecin-évaluateur du SERTIH
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Anne Kimpton, chef d'unité scientifique
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Annick Trudelle, conseillère scientifique du SERTIH
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Murielle St-Onge, agente administrative
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : http://www.inspq.qc.ca.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2e TRIMESTRE 2017
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
ISBN : 978-2-550-78343-5 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2017)

Table des matières

Liste des figures ..... **III**

Liste des sigles et acronymes ..... **V**

Faits saillants **1**

Sommaire **3**

1 Introduction **5**

2 Méthodologie **7**

3 Littérature scientifique **9**

3.1 Cas de transmission du VIH dans la littérature 9

3.2 Niveau de contagiosité acceptable du VIH pour qu'un soignant puisse continuer à pratiquer des ART 9

3.3 Fréquence de suivi virologique (mesure de l'ARN du VIH) pour qu'un soignant infecté puisse continuer à pratiquer des ART 11

3.4 Variation de la charge virale : virémies intermittentes (« blips ») de basse magnitude et autres causes 11

4 Recommandations **13**

4.1 Demande de transmission de renseignements médicaux au SERTIH 13

4.2 Niveau de contagiosité acceptable du VIH pour qu'un soignant puisse pratiquer des ART 13

4.3 Fréquence de suivi virologique pour qu'un soignant puisse continuer à pratiquer des ART 13

4.4 Recommandations concernant la pratique d'ART lors d'arrêt ou de modification du traitement antirétroviral 14

4.5 Recommandations concernant la pratique d'ART lors de variations de la charge virale : virémies intermittentes (« blips ») de basse magnitude et autres causes 15

4.5.1 Charges virales se situant entre 50-199 copies/mL 15

4.5.2 Charges virales se situant entre 200-999 copies/mL 16

5 Application des recommandations **19**

5.1 Informations au SERTIH 19

5.2 Considérations générales 19

5.3 Autres considérations 20

5.3.1 Soignants avec une co-infection (avec le VHB ou le VHC) 20

5.3.2 Choix de carrière pour les étudiants infectés par le VIH 20

Références **21**

Annexe 1 Explication du seuil de restriction de l'ARN du VIH **25**

Annexe 2 Recommandations sur le choix de carrière des étudiants infectés par le VIH **29**

Liste des figures

Figure 1 Recommandation pour un soignant qui cesse son traitement, qui présente une non-observance au traitement ou qui présente un échec au traitement 14

Figure 2 Recommandation pour un soignant qui modifie sa thérapie antirétrovirale selon la directive de son médecin 15

Figure 3 Recommandations concernant la pratique d'ART en présence de virémies intermittentes (« blips ») entre 50 et 199 copies/mL 16

Figure 4 Recommandations concernant la pratique d'ART en présence de virémies intermittentes (« blips ») entre 200 et 999 copies/mL 17

Liste des sigles et acronymes

ACPM	Association canadienne de protection médicale
ARN	Acide ribonucléique
ART	Acte à risque de transmission
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CITSS	Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang
PHE	Public Health England
SERTIH	Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes
SHEA	Society for Healthcare Epidemiology of America
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Faits saillants

Ce document fait état des recommandations québécoises concernant l'évaluation et le suivi des soignants infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Il servira de référence aux experts des comités d'évaluation du Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH). Ces recommandations établies par le Comité scientifique SERTIH-VIH permettent d'encadrer la pratique d'actes à risque de transmission (ART) chez des soignants infectés par le VIH.

Les principales recommandations du Comité scientifique SERTIH-VIH sont les suivantes :

- En considérant les recommandations en vigueur dans certains pays et les mesures préventives demandées au soignant infecté par le VIH qui désire pratiquer des ART, le Comité scientifique SERTIH-VIH recommande de permettre la pratique d'ART uniquement lorsque l'ARN du VIH du soignant est sous le seuil de restriction du SERTIH, établi à 50 copies/mL. La méthode utilisée pour l'analyse de l'ARN du VIH doit avoir un seuil de détection de 40 copies/mL.
- Dans le contexte de possibles fluctuations de la virémie chez un soignant infecté, un suivi virologique (mesure de l'ARN du VIH) tous les trois mois est recommandé pour qu'un soignant puisse continuer à pratiquer des actes à risque de transmission.

Le document présente également des recommandations concernant des situations particulières chez un soignant séropositif pour le VIH sous traitement, comme la présence d'une co-infection ou la présence de virémies intermittentes (« blips ») de basse magnitude.

Sommaire

Au Québec, il est possible de prodiguer des soins de santé sécuritaires tout en étant porteur d'une infection hématogène, telle que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), dans la mesure où l'on se fait évaluer par le Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH). Le SERTIH permet aux soignants porteurs d'une infection hématogène d'obtenir des recommandations afin de prévenir la transmission de leur infection à leurs patients et ainsi d'assurer la sécurité des soins.

L'objectif du présent document est d'énoncer les recommandations québécoises du SERTIH, concernant l'évaluation et le suivi des soignants infectés par le VIH. Ces recommandations serviront de référence aux experts siégeant aux différents comités d'évaluation du SERTIH et permettront d'encadrer la pratique d'actes à risque de transmission (ART) chez les soignants infectés par le VIH.

Pour émettre ces recommandations, le Comité scientifique SERTIH-VIH s'est basé sur une revue de la littérature portant sur les recommandations internationales en vigueur et sur d'autres études pertinentes jusqu'en avril 2015.

Les principales recommandations du Comité scientifique SERTIH-VIH concernent les aspects suivants :

- Le niveau de contagiosité acceptable pour qu'un soignant infecté par le VIH puisse continuer à pratiquer des ART (seuil de restriction);
- Le suivi médical à recommander pour les soignants évalués par le SERTIH qui désirent continuer à pratiquer des ART, incluant les situations d'arrêt ou de changement de traitement et les virémies intermittentes (« blips ») de basse magnitude;
- Le suivi médical à recommander pour les soignants évalués par le SERTIH qui désirent continuer à pratiquer des ART et qui ont une co-infection (VIH et VHB ou VIH et VHC), qu'ils soient traités ou non;
- Les recommandations à faire aux étudiants infectés par le VIH quant au choix de leur carrière future, indépendamment de leur charge virale et des traitements.

Le comité considère qu'il n'a pas à se prononcer sur la pertinence d'amorcer un traitement antirétroviral dans le seul but de répondre aux critères virologiques permettant de pratiquer des ART. Au moment qu'il jugera opportun, le médecin traitant proposera au soignant de commencer une thérapie antirétrovirale. La décision de suivre un tel traitement revient toujours au soignant infecté.

1 Introduction

Les recommandations formulées dans le présent document proviennent d'avis d'experts québécois et concernent l'évaluation et le suivi des professionnels de la santé ou des étudiants infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Ces recommandations ont été élaborées en vue d'être utilisées par le Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH). Elles reprennent aussi les mesures préventives requises pour permettre la pratique d'actes à risque de transmission[1] (ART) par des soignants infectés par le VIH. Elles servent de référence aux experts siégeant aux différents comités d'évaluation du SERTIH et devront être utilisées avec discernement, laissant place au jugement professionnel des experts en fonction de la situation du professionnel évalué.

Comme ces recommandations peuvent être actualisées en fonction de l'évolution de la connaissance scientifique, ce document de référence sera mis à jour tous les deux ans ou plus fréquemment si jugé nécessaire.

---

[1] Selon Santé Canada (1998) :

« Il s'agit d'interventions au cours desquelles la transmission du VHB [virus de l'hépatite B], du VHC [virus de l'hépatite C] ou du VIH [virus de l'immunodéficience humaine] d'un travailleur de la santé à des patients est très probable et incluent notamment :

- *la palpation avec le doigt de la pointe d'une aiguille dans une cavité du corps (espace creux à l'intérieur du corps ou d'un de ses organes) ou la présence simultanée des doigts du travailleur de la santé et d'une aiguille ou d'un autre instrument ou objet pointu ou tranchant dans une zone du corps cachée ou très exiguë, ex. durant les chirurgies abdominales, cardiothoraciques, vaginales ou orthopédiques lourdes;*
- *la réparation d'importants traumatismes;*
- *une section importante ou l'ablation de tout tissu buccal ou péribuccal, y compris des structures dentaires;*

au cours desquelles les tissus exposés du patient peuvent entrer en contact avec le sang d'un travailleur de la santé blessé. »

2 Méthodologie

Les recommandations du Comité scientifique SERTIH-VIH sont basées sur le jugement objectif des experts par rapport aux critères scientifiques et à la littérature publiée sur ce sujet. Une revue de la littérature portant sur le risque de transmission du VIH a été réalisée concernant plus spécifiquement les sujets suivants :

- Les cas de transmission du VIH par des soignants[2] à leurs soignés;
- Le niveau de contagiosité acceptable pour qu'un soignant infecté par le VIH puisse continuer à pratiquer des ART (seuil de restriction);
- Le suivi médical à recommander pour les soignants évalués par le SERTIH qui désirent continuer à pratiquer des ART et qui sont traités par des antirétroviraux (incluant les situations d'arrêt ou de changement de traitement);
- Les virémies intermittentes (« blips ») de basses magnitudes.

Une recherche a été effectuée dans PubMed, Embase et EBM avec les mots-clés suivants : (*HIV OR human immunodeficiency virus*) ET (*viral load OR undetectable viral load*) ET (*risk of transmission OR transmission*) ET (*healthcare OR Health care*). Différentes requêtes ont été effectuées à partir de cette séquence jusqu'en avril 2015. Une autre recherche des guides et recommandations, concernant les soignants porteurs du VIH, a été réalisée sur les sites Web des organismes nationaux et internationaux ainsi que dans les références bibliographiques des articles sélectionnés.

Les données extraites ont été analysées et interprétées par le Comité scientifique SERTIH-VIH. Cette analyse a permis d'enrichir l'information et de rédiger cet avis scientifique avec l'obtention d'un consensus d'experts au sein du comité.

[2] Dans le but d'alléger le texte, le terme « soignant » est utilisé dans ce document pour désigner tout professionnel ou étudiant dans le domaine de la santé et qui pratique actuellement ou pratiquera dans le futur des ART de son infection à ses soignés.

3 Littérature scientifique

3.1 Cas de transmission du VIH dans la littérature

Cinq cas de transmission du VIH de soignants à des patients ont été rapportés dans la littérature étudiée :

- En Floride aux États-Unis, un dentiste a transmis son infection à six de ses patients. Toutefois, les circonstances de la transmission restent inconnues (Ciesielski 1992, Hillis 1994).
- En Espagne, un obstétricien a transmis son infection à une patiente lors d'une césarienne (Mallolas 2006, Bosch 2003).
- En France, il y a eu trois cas de transmission, soit un chirurgien orthopédique (Lot 1999), un chirurgien cardiaque (cas non publié) (Abiteboul 2007) et une infirmière en chirurgie (Astagneau 2002). Les circonstances de transmission de cette dernière demeurent inconnues, puisqu'elle ne pratiquait pas d'actes à risque.

Dans tous les cas précédents, sauf pour l'infirmière française, les soignants pratiquaient des ART. Lorsque les circonstances de l'enquête permettaient de mesurer la charge virale du soignant, celle-ci était élevée. Par ailleurs, dans la littérature révisée, plus de 50 enquêtes ont été réalisées afin de dépister des cas de transmission par des soignants infectés. Des milliers de patients ont ainsi été dépistés sans avoir pu documenter de cas de transmission attribuable aux soignants (Robert 1995, CDC 1993 et 2009, Lam 2014). Jusqu'à ce jour, aucun cas de transmission par le VIH d'un soignant sous traitement antirétroviral à ses soignés n'a été publié (Shafran 2010).

Au Québec, en 2004, à la suite de la découverte d'une infection par le VIH chez un chirurgien général décédé du sida, une étude rétrospective non publiée a été menée afin de dépister des cas de transmission secondaire (Le devoir 2004)[3]. L'infection du chirurgien, qui avait été acquise lors d'une exposition professionnelle, datait de plusieurs années et plus de 2 000 patients ont été contactés. Le test de dépistage du VIH s'est avéré négatif chez tous ceux qui ont accepté de faire un test de dépistage pour le VIH (communication personnelle).

3.2 Niveau de contagiosité acceptable du VIH pour qu'un soignant puisse continuer à pratiquer des ART

Il n'y a pas de consensus international quant au niveau de contagiosité acceptable pour qu'un soignant infecté par le VIH puisse continuer la pratique d'ART. Toutefois, plusieurs écrits ont démontré l'effet de la suppression de la charge virale sur la transmission sexuelle (INSPQ 2014) et fœto-maternelle (Shafran 2010, The Report of the Tripartite Working 2011).

Les recommandations et les lignes directrices internationales concernant la gestion des soignants porteurs du VIH varient d'un pays à l'autre. Dans certains pays comme l'Australie (Australian gouvernement 2012), l'Irlande (Department of health and children 2005), l'Italie et la République de Malte (The Tripartite Working Group 2011), les soignants porteurs du VIH ne peuvent pas pratiquer des ART quelle que soit la mesure de leurs charges virales. Dans d'autres pays comme le Canada (Shafran 2010, SERTIH 2011), les États-Unis (Henderson 2010), la France (Lot 2011), Israël

[3] Le Devoir. URL : http://www.ledevoir.com/non-classe/45618/sainte-justine-depistera-2614-enfants (consulté le 20 mai 2015).

(CDC 2009) et la Grande-Bretagne (après le changement de leur politique en 2014) (Public Health England 2014), la pratique des ART est permise sous certaines conditions. Plus précisément :

- Au Québec, les recommandations non publiées du SERTIH en 2011, concernant l'évaluation et le suivi des soignants infectés par le VIH, mentionnent que les professionnels infectés dont la charge virale de l'ARN du VIH est < 50 copies/mL peuvent pratiquer des ART sous certaines conditions.
- Au Canada, les recommandations de Shafran (2010) rendues publiques par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) stipulent que les médecins infectés par le VIH dont la mesure de charge virale de l'ARN du VIH est indétectable[4] peuvent pratiquer des ART sous certaines conditions.
- La Grande-Bretagne, la France et l'Israël recommandent un seuil de restriction de 200 copies/mL (CDC 2009, Lot 2011, Public Health England 2014), seuil en dessous duquel les ART sont permis sous certaines conditions.
- En Suisse, la Commission fédérale pour les problèmes liés au SIDA avait publié en 1992 qu'il n'était pas justifié d'imposer des restrictions de pratique aux professionnels de la santé pratiquant des interventions comportant un risque de transmission. Cependant, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de Suisse recommande une évaluation au cas par cas. Quoique la pratique d'ART ne soit pas contre-indiquée, une diminution de la mesure de la charge virale des soignants infectés par le VIH et qui pratiquent des ART est recommandée (OFSP 2011). Cependant, la Suisse ne statue pas sur un niveau de contagiosité acceptable pour la pratique d'ART.
- Aux États-Unis, la Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) (Henderson 2010) a choisi un seuil de restriction de 500 GE/mL[5] en dessous duquel la pratique d'ART est permise. Ce choix est arbitraire et prend en considération la possibilité de virémies intermittentes (« blips ») de basse magnitude, malgré l'adhésion optimale du soignant à un traitement antirétroviral et la présence antérieure de charges virales indétectables chez ce soignant.

La littérature sur l'évaluation du risque de transmission repose essentiellement sur les études faites dans un contexte de transmission sexuelle. Certaines études chez des personnes infectées par le VIH ont été recensées, en lien avec le niveau de contagiosité du VIH lors de transmission sexuelle, parmi la population générale. Dans l'étude de Quin (2000) qui portait sur des personnes infectées, mais non traitées, il n'y a pas eu de transmission lorsque la charge virale était entre 400 et 1 500 copies/mL. Les études de Cohen (2011) et Reynolds (2011) montrent une absence de transmission chez les personnes traitées lorsque la charge virale est inférieure à 400 copies/mL. Apondi (2011), Del Romeo (2010) et Loutfy (2013) n'ont pas observé de transmission lorsque la charge virale était sous le seuil de 50 copies/mL. Un seul cas de transmission a été documenté par un patient non traité lorsque la charge virale était sous 400 copies/mL (Attia 2009).

Un consensus d'expert québécois considère qu'au Québec, la charge virale indétectable correspond à un seuil inférieur à 40 copies/mL ou sous le seuil minimal de quantification des trousses utilisées au Québec (Consensus d'expert INSPQ 2014).

---

4 La limite de quantification de l'ARN varie de 25 à 50 copies/mL).

5 SHEA exprime ses seuils de restriction en GE/mL (Génome équivalent). Bien qu'il considère que la charge virale exprimée en GE/mL soit équivalente aux copies d'ARN/mL, il recommande de vérifier avec le manufacturier pour établir la comparaison en GE/mL de leur trousse commerciale (Communication personnelle avec Dr David Henderson, 18 mai 2011).

3.3 Fréquence de suivi virologique (mesure de l'ARN du VIH) pour qu'un soignant infecté puisse continuer à pratiquer des ART

Il n'y a pas d'unanimité entre les différents pays qui ont émis des recommandations quant à la fréquence du suivi virologique, c'est-à-dire de la mesure de l'ARN du VIH, pour qu'un soignant puisse continuer la pratique d'ART.

- Au Canada, les recommandations de l'ACPM (Shafran 2010) stipulent que les médecins infectés par le VIH doivent avoir un suivi virologique tous les trois ou quatre mois. Le Comité scientifique SERTIH-VIH (2011) recommande un suivi virologique tous les trois mois (SERTIH, 2011).
- Aux États-Unis, la SHEA recommande un suivi virologique tous les six mois (biannuel) (Henderson 2010).
- En Grande-Bretagne, la santé publique recommande un suivi virologique tous les trois mois (PHE. 2014).

3.4 Variation de la charge virale : virémies intermittentes (« blips ») de basse magnitude et autres causes

Le Guide sur la thérapie antirétrovirale pour les professionnels du Québec (Gouvernement du Québec 2015) mentionne que : « en cours de traitement, une virémie intermittente (« blip ») de basse magnitude peut être constatée. Contrairement à une virémie persistante de bas niveau, ces épisodes intermittents ne sont pas associés à l'apparition de mutations conférant une résistance virale et peuvent n'être que le reflet de la variation technique du test ».

Une virémie intermittente de basse magnitude (« blip ») est définie comme étant une période de courte durée durant laquelle la charge virale devient détectable (c'est-à-dire qu'elle se situe entre 40-1 000 copies/mL) et qui survient chez un patient traité et dont la virémie pré et post « blip » est < 50 copies/mL (Panel on Antiretroviral AAHIVM 2015). Durant une virémie intermittente, les charges virales demeurent habituellement < 200 copies/mL, mais peuvent atteindre entre 500 et 999 copies/mL (Grennan 2012, Miller 2004, Taiwo 2012, Panel on Antiretroviral AAHIVM 2015). Il y a peu de données concrètes sur lesquelles s'appuyer pour quantifier précisément la charge virale et déterminer le niveau sécuritaire d'une telle virémie transitoire.

Plusieurs études ont démontré que durant une thérapie antirétrovirale, une augmentation de la charge virale entre 500 et 999 copies/mL précédée par une charge virale indétectable pourrait être un indice d'une remontée de la charge virale, causée entre autres par une résistance au traitement ou un « échec virologique » (Panel on Antiretroviral AAHIVM 2015, Grennan 2012, Miller 2004).

4 Recommandations

4.1 Demande de transmission de renseignements médicaux au SERTIH

Le dossier soumis aux experts du SERTIH pour l'évaluation d'un cas, **avant** que le professionnel puisse reprendre la pratique d'ART, devra obligatoirement inclure les documents suivants :

- Les notes médicales (évaluation initiale et notes d'évolution en lien avec l'infection au VIH);
- Les résultats des analyses de laboratoires suivantes : les sérologies VIH, hépatite B (AgHBs, anti-HBc total et anti-HBs) et hépatite C (Ac anti-VHC et si les ALT sont anormales, la détection qualitative de l'ARN du VHC), les charges virales VIH, le ou les génotypages, les décomptes des CD4;
- La médication anti-VIH actuelle et si possible, l'historique des antirétroviraux reçus antérieurement;
- Toute médication prise par le professionnel infecté par le VIH au moment de la présentation du cas au SERTIH;
- Les résultats des dosages pharmacologiques des antirétroviraux (si disponibles).

Idéalement, le dossier soumis aux experts du SERTIH devrait aussi présenter :

- Les résultats des analyses de laboratoires suivantes : FSC, bilan rénal, bilan électrolytique et bilan hépatique;
- Tout autre résultat d'examen ou document jugé pertinent par le médecin traitant et pouvant permettre une évaluation complète du dossier.

4.2 Niveau de contagiosité acceptable du VIH pour qu'un soignant puisse pratiquer des ART

Compte tenu des recommandations retrouvées dans certains pays et des consensus d'experts canadiens (Shafran 2010) et québécois (CITSS 2014, SERTIH 2011) ainsi que des mesures préventives demandées au soignant infecté par le VIH qui désire pratiquer des ART, le Comité scientifique SERTIH-VIH recommande un seuil de restriction de l'ARN du VIH de 50 copies/mL. La méthode utilisée pour l'analyse de l'ARN du VIH doit avoir un seuil minimal de détection de 40 copies/mL.

Le soignant peut considérer la pratique d'ART s'il prend un traitement antirétroviral ET si la mesure de la charge virale du VIH est inférieure à 50 copies/mL sur deux prélèvements consécutifs pris à trois mois d'intervalle. L'explication du choix de ce seuil de restriction de 50 copies/mL se trouve à l'annexe 1.

4.3 Fréquence de suivi virologique pour qu'un soignant puisse continuer à pratiquer des ART

Dans le contexte des possibles fluctuations de la virémie, le Comité scientifique SERTIH-VIH recommande un suivi virologique (mesure de l'ARN du VIH) tous les trois mois. Le médecin traitant peut cependant procéder à un suivi virologique plus fréquemment, s'il le juge nécessaire.

Pour un soignant soumis à une médication antirétrovirale, ce suivi régulier permet d'établir l'observance et l'efficacité du traitement.

Les résultats de charge virale de l'ARN du VIH devront être transmis à l'instance responsable de l'application et du suivi des recommandations[6].

4.4 Recommandations concernant la pratique d'ART lors d'arrêt ou de modification du traitement antirétroviral

Dans le contexte où un soignant infecté cesse ou modifie sa thérapie antirétrovirale, le Comité scientifique SERTIH-VIH recommande :

Situation 1)

Si le soignant cesse son traitement, s'il présente une non-observance au traitement ou si les résultats d'analyse évoquent une résistance au traitement, il devra cesser immédiatement la pratique d'ART. Il pourra recommencer la pratique d'ART seulement si :

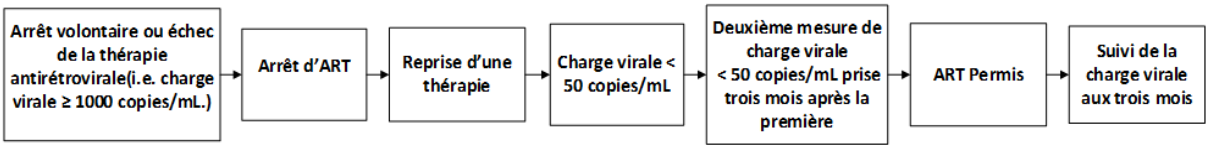
- Il reprend une thérapie antirétrovirale;

  ET

- Il obtient des résultats de charge virale < 50 copies/mL sur deux prélèvements sanguins consécutifs faits à trois mois d'intervalle, et ce, après le début ou la reprise de la thérapie antirétrovirale.

Par la suite, les mesures de charge virale du VIH devront être faites tous les trois mois pendant la période de temps où il pratiquera des ART sous cette médication (voir figure 1).

Figure 1 Recommandation pour un soignant qui cesse son traitement, qui présente une non-observance au traitement ou qui présente un échec au traitement



Situation 2)

Si le soignant modifie la thérapie antirétrovirale selon les directives de son médecin traitant (en raison d'effets secondaires ou d'une intolérance au traitement), il devra cesser immédiatement la pratique d'ART. Il pourra recommencer la pratique d'ART seulement si :

- Il entreprend une nouvelle thérapie antirétrovirale;

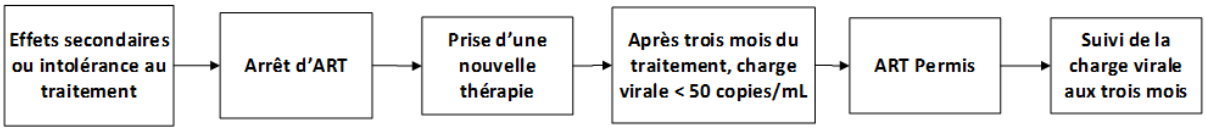
  ET

- Il obtient un résultat de charge virale < 50 copies/mL sur un prélèvement sanguin fait trois mois après le début de la nouvelle thérapie.

[6] Puisqu'il s'agit d'un document générique, le terme « instance responsable de l'application et du suivi des recommandations » est employé en référence à l'ordre professionnel, l'établissement d'enseignement ou l'employeur (uniquement lorsqu'il n'y a pas d'ordre professionnel). Lors de l'évaluation d'un soignant, ce terme sera précisé et, selon l'entente obtenue avec cette instance, le soutien du SERTIH pourra être offert.

Par la suite, les mesures de charge virale du VIH devront être faites tous les trois mois durant la période où il pratiquera des ART sous cette médication (voir figure 2).

Figure 2 Recommandation pour un soignant qui modifie sa thérapie antirétrovirale selon la directive de son médecin



4.5 Recommandations concernant la pratique d'ART lors de variations de la charge virale : virémies intermittentes (« blips ») de basse magnitude et autres causes

4.5.1 Charges virales se situant entre 50-199 copies/mL

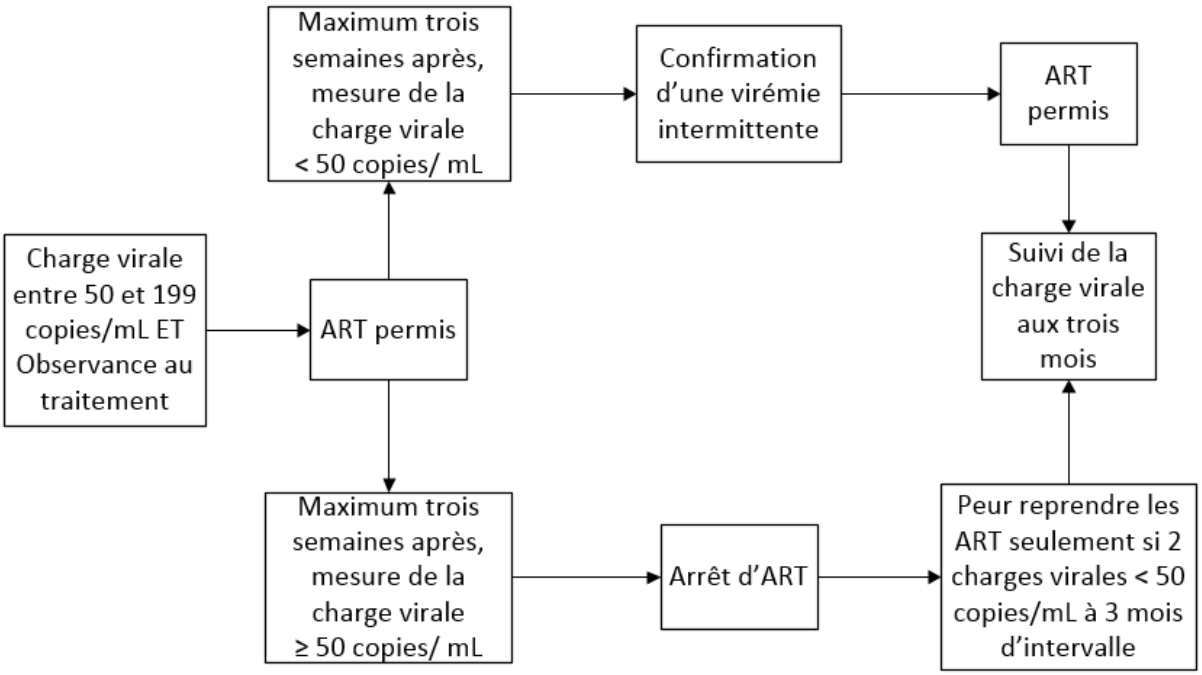
Dans le contexte des possibles virémies intermittentes de la charge virale (« blips ») de basse magnitude, où le résultat de la charge virale se situe entre 50 et 199 copies/mL malgré une observance au traitement, le Comité scientifique SERTIH-VIH recommande d'effectuer une mesure de la charge virale sur un nouvel échantillon de sang prélevé le plus rapidement possible et au plus tard trois semaines après la réception du résultat indiquant une charge virale ≥ 50 copies/mL. Pendant ce temps et jusqu'à l'obtention des résultats de cette seconde mesure de charge virale, le soignant peut continuer la pratique d'ART.

- Si le résultat de la seconde mesure de charge virale est **<** 50 copies/mL, il y a ainsi confirmation d'une virémie intermittente. Par la suite, les mesures de charge virale du VIH devront être faites tous les trois mois, comme ce qui était fait avant l'apparition de la virémie intermittente.
- Dans le cas où le résultat de la seconde charge virale est ≥ 50 copies/mL, le soignant doit cesser immédiatement la pratique d'ART. Il pourra recommencer la pratique d'ART seulement si :
  - il obtient des résultats de charge virale < 50 copies/mL sur deux prélèvements sanguins consécutifs faits à trois mois d'intervalle. Par la suite, les mesures de charge virale du VIH devront être faites tous les trois mois durant la période où il pratiquera des ART sous cette médication.

Si la situation de (« blips ») entraîne un changement de thérapie antirétrovirale chez le soignant, se référer à la section 4.4.

Les recommandations du SERTIH en ce qui concerne la pratique d'ART en présence de virémies intermittentes de basse magnitude sont présentées à la figure 3.

Figure 3 Recommandations concernant la pratique d'ART en présence de virémies intermittentes (« blips ») entre 50 et 199 copies/mL



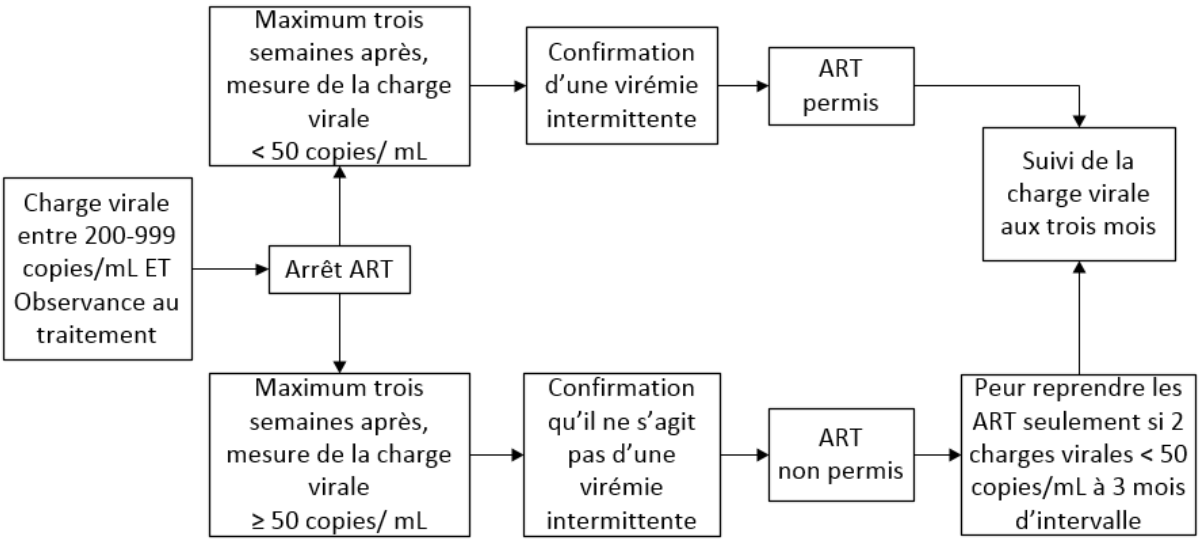
4.5.2 CHARGES VIRALES SE SITUANT ENTRE 200-999 COPIES/ML

Dans le contexte où un « blips » se situerait entre 200 et 999 copies/mL, le Comité scientifique SERTIH-VIH est d'avis qu'il y a un risque plus élevé qu'il s'agisse d'une réplication virale qui évoluera vers le développement de résistance et d'un échec virologique « vrai » (ce qui peut être associé avec une adhérence sous optimale). Le comité **recommande donc de cesser la pratique d'ART**. Une mesure de la charge virale sur un nouvel échantillon de sang doit être effectuée le plus rapidement possible et au plus tard trois semaines après la réception du résultat.

- Si le résultat de la seconde mesure de charge virale est < 50 copies/mL, il y a confirmation d'une virémie intermittente et le soignant peut alors reprendre la pratique d'ART. Par la suite, les mesures de charge virale du VIH devront être faites tous les trois mois.
- Si le résultat de la seconde mesure de charge virale est ≥ 50 copies/mL, ceci confirme qu'il ne s'agit pas d'un « blips », **et les ART ne sont toujours pas permis**. Le soignant pourra recommencer la pratique d'ART seulement il obtient des résultats de charge virale < 50 copies/mL sur deux prélèvements sanguins consécutifs faits à trois mois d'intervalle.

Les recommandations du SERTIH en ce qui concerne la pratique d'ART en présence de virémies intermittentes entre 200 et 999 copies/mL sont présentées à la figure 4.

Figure 4 Recommandations concernant la pratique d'ART en présence de virémies intermittentes (« blips ») entre 200 et 999 copies/mL



5 Application des recommandations

5.1 Informations au SERTIH

Au moment où le soignant et son médecin traitant préviennent l'instance responsable de l'application et du suivi des recommandations, le soignant doit cesser immédiatement la pratique d'ART si l'une des situations suivantes se présente :

- Sans raison valable, omission du soignant à subir ses prélèvements tous les trois mois ou à se présenter à ses rendez-vous;
- Arrêt du traitement ou résistance suspectée ou démontrée à un traitement antirétroviral que le soignant aurait entrepris;
- Nouveau diagnostic d'une co-infection avec le VHB ou le VHC;
- Manifestation clinique traduisant une augmentation réelle ou potentielle de la contagiosité du soignant (reliée ou non à l'infection et comprenant tout problème affectant son comportement ou son jugement).

L'instance responsable de l'application et du suivi des recommandations prendra les mesures nécessaires pour que le soignant cesse la pratique d'ART.

Le soignant devra aviser l'instance responsable de l'application et du suivi des recommandations s'il change de médecin traitant et s'assurer que le nouveau médecin traitant dispose des informations nécessaires au suivi des recommandations.

Par ailleurs, toute réorientation du soignant dans une autre spécialité ou dans un autre domaine de soins devra être évaluée au préalable par le SERTIH.

5.2 Considérations générales

Les recommandations permettant la pratique d'ART ne sont applicables que si le soignant s'engage à suivre les mesures préventives suivantes, lors de la pratique d'ART, et ce, dans tous les milieux où il exerce :

- Porter deux paires de gants pour tout acte médical à risque;
- Changer de paires de gants environ toutes les deux à trois heures ou plus fréquemment si jugé nécessaire;
- Utiliser des gants à bouts renforcés;
- Utiliser des aiguilles à extrémité mousse;
- Utiliser la technique « mains libres » qui consiste à déposer l'instrument dans une « zone neutre » où la personne qui en a besoin le prendra (ASSTSAS, 2014).

Pour effectuer des ART, le soignant devra obtenir l'autorisation de l'instance responsable de l'application et du suivi des recommandations (ordre professionnel ou établissement d'enseignement). Le SERTIH pourra, au besoin, soutenir cette instance pour l'analyse du dossier du soignant visant à confirmer son éligibilité.

L'instance responsable devra aussi prendre en compte la présence (si elle est démontrée) d'une transmission antérieure de son infection par le soignant à un patient. Les circonstances particulières d'une telle transmission devront être évaluées. Le SERTIH pourra, au besoin, soutenir cette instance.

5.3 Autres considérations

5.3.1 Soignants avec une co-infection (avec le VHB ou le VHC)

Si le soignant infecté par le VIH est co-infecté par le VHB ou le VHC, il doit satisfaire également les critères du SERTIH pour la seconde infection, dont le seuil de restriction établi par les experts pour chacune des infections, afin de pratiquer des ART. Ces situations seront évaluées par le SERTIH au cas par cas.

5.3.2 Choix de carrière pour les étudiants infectés par le VIH

L'étudiant dans une discipline où des ART sont pratiqués et qui connait son statut de porteur du VIH devrait être informé de l'impact de son infection sur sa formation et sa carrière future (voir annexe 2).

Références

Abiteboul D. Risque de transmission du VIH de soignant à patient - états des lieux et recommandations. MMI. 2007;37 (S):s23–5.

Agence de santé publique du Canada. Compte rendu de la Conférence de concertation sur les professionnels de la santé infectés : Risque de transmission des pathogènes à diffusion hématogène. RMTC [Internet]. 1998 Juillet [cited 2015 Nov 5];24S4. [En ligne, version anglaise seulement] http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071124025757/http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/98vol24/24s4/index.html (page consultée le 23 mars 2016).

Apondi R, Bunnell R, Ekwaru JP, Moore D, Bechange S, *et al*. Sexual behavior and HIV transmission risk of Ugandan adults taking antiretroviral therapy: 3 years follow up. AIDS 2011; 25:1317-27.

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) : La technique mains libres en chirurgie (en ligne, consulté le 2015-12-18) [En ligne] http://www.asstsas.qc.ca/publication/la-technique-mains-libres-en-chirurgie.

Astagneau P, Lot F, Bouvet E, Lebascle K, Baffoy N, Aggoune M, *et al*. Lookback investigation of patients potentially exposed to HIV type 1 after a nurse-to-patient transmission. Am J Infect Control. 2002 Jun;30(4):242–5.

Attia S, Egger M, Müller M, Zwahlen M, Low N. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral theraoy: systematic review and meta-analysis. AIDS 2009; 23.

Australian Government. Australian National Guidelines for the Management of Health Care Workers known to be Infected with Blood-Borne Viruses. (2012)[En ligne] http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/36D4D796D31081EBCA257BF0001DE6B7/$File/Guidelines-BBV-feb12.pdf (page consultée le 23 mars 2016).

Bosch X. Second case of doctor-to-patient HIV transmission. Lancet Infect Dis. 2003 May;3(5):261.

Centers for disease control and prevention (CDC). Investigation of Patients Treated by an HIV-Infected Cardiothoracic Surgeon - Israel, 2007. MMWR Weekly, 9 Janvier 2009, vol.57, no53, pp.1413-1415. [En ligne] http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5753a3.htm (page consultée le 10 janvier 2013).

Centers for disease control and prevention (CDC). Investigations of Persons Treated by HIV - Infected Health-Care Workers - United States. MMWR. 1993 May 7; 42(17):329–31, 337.

Ciesielski C, Marianos D, Ou CY, Dumbaugh R, Witte J, Berkelman R, *et al*. Transmission of human immunodeficiency virus in a dental practice. Ann Intern Med. 1992 May 15; 116(10):798–805.

CITSS. Sous-comité Charge virale et risque de transmission du VIH, (2014). Consensus d'experts : charge virale et risque de transmission du VIH. Institut national de santé publique. [En ligne] http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1812_Charge_Virale_VIH.pdf (page consulté le 5 mai 2015).

Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, *et al*. (2011) Prevention of HIV-1 Infection with early antiretroviral therapy. The New England Journal of Medecine 2011 Aug 11; 365(6):493- 505.

College of physicians and surgeons of British Columbia. Blood borne communicalbe diseases in physicians. College of physicians and surgeons of British Columbiahe college. 2010; [En ligne] https://www.cpsbc.ca/files/u6/Blood-Borne-Communicable-Diseases-in-Physicians.pdf (page consultée le 6 septembre 2012).

DelRomero J, Castilla J, Hernando V, Rodrigez C, Garcia S.(2010) Combined antiretroviral treatment and heterosexual transmission of HIV-1: cross sectional and prospective cohort study. BMJ 2010; 340:c2205.

Department of Health. Management of HIV-infected Healthcare Workers. The Report of the Tripartite Working Group. April 2011. [En ligne] https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216126/dh_131574.pdf (page consultée le 5 mai 2015).

Department of health and children. (2005). The prevention of transmission of blood-borne diseases in the health-care setting. Irlande. [En ligne] http://www.hpsc.ie/hpsc/A-Z/Hepatitis/BloodborneVirus/File,4352,en.pdf (page consultée le 21 mai 2015).

Grennan JT, Loutfy MR, Su D, Harrigan PR, Cooper , Klein M, *et al.* and the CANOC Collaboration. Magnitude of Virologic Blips Is Associated With a Higher Risk for Virologic Rebound in HIV-Infected Individuals: A Recurrent Events Analysis. J Infect Dis. (2012) 205 (8): 1230-1238 doi : 10.1093/infdis/jis104.

Haut conseil de la santé publique. Prévention de la transmission soignant-soigné des virus hématogènes - VHB, VHC, VIH. Avis et Rapport. France. Juin 2011. [En ligne] http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20110614_trstsevirushema.pdf (page consultée le 21 avril 2015.

Henderson DK, Dembry L, Fishman NO, Grady C, Lundstrom T, Palmore TN, *et al*. SHEA guideline for management of healthcare workers who are infected with hepatitis B virus, hepatitis C virus, and/or human immunodeficiency virus. InfectControlHospEpidemiol. 2010 Mar; 31(1559-6834 (Electronic)):203–32 [En ligne] http://www.shea-online.org/Assets/files/guidelines/BBPathogen_GL.pdf (page consultée le 23 avril 2015).

Hillis DM, Huelsenbeck JP. Support for dental HIV transmission. Nature 1994 May 5;369(6475):24-5.

Kammerlander R, Lausanne, Ruef C, Zurich, Colombo C, Francioli P, Zysset F. Recommandations pour le personnel de santé infecté par les virus de l'hépatite B, de l'hépatite C ou de l'immunodéficience humaine : prévention du risque de transmission aux patients [Internet]. Office fédéral de la santé publique; 2011 [cited 2016 Jan 27] [En ligne] http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01077/index.html?lang=fr (page consultée le 25 mai 2015).

Lam TH, Tsang DN, Lo JY, Gold J, Luk HT, Lai ST, Ho MY, Tsao J, Wong KH. Look-back investigation of a health care worker infected with human immunodeficiency virus. Am J Infect Control. 2014 May;42(5):569-70.

Lot F, Seguier JC, Fegueux S, Astagneau P, Simon P, Aggoune M, *et al*. Probable transmission of HIV from an orthopedic surgeon to a patient in France. AnnInternMed. 1999 Jan 5; 130(0003-4819 (Print)): 1-6.

Loutfy MR, Wu W, Letchumanan M, *et al*. Systematic Review of HIV Transmission (2013) between Heterosexual Serodiscordant Couples where the HIV-Positive Partner Is Fully Suppressed on Antiretroviral Therapy. PLoS One 2013; 8(2):e55747.

Mallolas J, Arnedo M, Pumarola T, Erice A, Blanco JL, Martinez E, *et al*. Transmission of HIV-1 from an obstetrician to a patient during a caesarean section. AIDS. 2006 Jan 9; 20(0269-9370 (Print) : 285–7.

Miller LG, Golin CE, Liu Honghu, Hays R D, Hua J, Wenger NS and Kaplan A H. No Evidence of an Association between Transient HIV Viremia ("Blips") and Lower Adherence to the Antiretroviral Medication Regimen. J Infect Dis. (2004) 189 (8): 1487-1496 doi : 10.1086/382895.

MSSS. La thérapie antirétrovirale pour les adultes infectés par le VIH; Guide pour les professionnels de la santé du Québec. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2015) ISBN : 978-2-550-72417-9.

NHS Scotland. AIDS/HIV Infected Healthcare workers: Guidance on the management of infected healthcare workers and patient notification. HDL. 2005; 33. [En ligne] http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/57346/0016315.pdf (page consultée le 21 mai 2015).

Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. Available at http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf. (Consulté le 30 juillet 2015; section revue 2015-04-08) (en ligne) : https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf : (section revue 2015-04-08).

The Management of HIV infected Healthcare Workers who perform exposure prone procedures: updated guidance, January 2014. [En ligne] https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/333018/Management_of_HIV_infected_Healthcare_Workers_guidance_January_2014.pdf (page consulté le 5 mai 2015).

Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F, *et al*. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. N Engl J Med. 2000 Mar 30; 342(13):921–9.

Reynolds S, Makumbi F, Nakigozi G, Kagayi J, Gray R, *et al*.(2011) HIV-1 transmission among HIV-1 discordant couples before and aftyer the introduction of antiretroviral therapy. AIDS 2011; 25:473-7.

Robert LM, Chamberland ME, Cleveland JL, Marcus R, Gooch BF, Srivastava PU, *et al*. Investigations of patients of health care workers infected with HIV. The Centers for Disease Control and Prevention database. Ann Intern Med. 1995 May 1;122(9): 653–7.

SERTIH. Recommandations concernant l'évaluation et le suivi des soignants infectés par le VIH. Institut national de santé publique du Québec, juin 2011. Recommandations non publiées.

Shafran SD, Angel JB, Coffin S, Grant R, Jaeschke, Wong SK, *et al.* Les médecins atteints d'infections transmissibles par le sang : Quels sont les risques pour les patients et que constitue une approche appropriée à l'égard des médecins? Département de médecine. 2010.

Taiwo B, Ryscagage P. Viral load diagnostics: a guide for HIV care providers. AAHIVM. (consulté le 30 juillet 2015) (en ligne) http://www.aahivm.org/Upload_Module/upload/Provider%20Resources/viral%20load%20white%20paper%20final.pdf.

The Tripartite Working Group. Management of HIV-infected Healthcare Workers, The Report of the Tripartite Working Group departement of Health. April 2011. [En ligne] https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216126/dh_131574.pdf (page consultée le 25 février 2016).

Annexe 1

Explication du seuil de restriction de l'ARN du VIH

Explication du seuil de restriction de l'ARN du VIH

Le Comité scientifique SERTIH-VIH a établi le seuil de restriction de l'ARN du VIH inférieur à 50 copies/mL comme niveau acceptable pour qu'un soignant infecté par le VIH puisse continuer à pratiquer des ART. Ce seuil est plus sévère que celui adopté en Grande-Bretagne, en France, en Israël et aux États-Unis.

Voici l'argumentaire lié à cette décision :

- Il s'agit d'un seuil extrêmement prudent si l'on se base sur les cas de transmission mère-enfant et sur les cas de transmission sexuelle.
- Ce seuil permet de respecter les contraintes légales imposées par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) aux médecins infectés (Shafran 2010).
- Ce seuil contribue à maintenir la confiance du public envers les professionnels de la santé infectés par le VIH.
- L'adoption d'une valeur seuil (< 50 copies/mL) plutôt que la terminologie « indétectable » permet d'interpréter facilement les résultats obtenus sans égard à une amélioration éventuelle des technologies qui permettraient d'abaisser la valeur seuil de détection de l'ARN viral du VIH.
- Le seuil de restriction retenu est associé à plusieurs autres mesures de précaution demandées au soignant infecté à qui serait permise la pratique d'actes à risque de transmission.

Annexe 2

Recommandations sur le choix de carrière des étudiants infectés par le VIH

Recommandations sur le choix de carrière des étudiants infectés par le VIH

Le Comité scientifique SERTIH-VIH recommande aux établissements d'enseignement d'expliquer aux étudiants infectés par le VIH les conséquences d'un choix de carrière qui implique la pratique d'actes à risque de transmission (ART).

Pour les étudiants en médecine dentaire, en hygiène dentaire, en technique ambulancière, en soins infirmiers ou en formation pour la pratique de sage-femme, les membres du Comité scientifique SERTIH-VIH sont d'avis que le responsable du programme de formation doit expliquer à l'étudiant infecté par le VIH les conséquences possibles s'il s'oriente vers un programme de formation comportant des ART. Ces recommandations visent à éviter que ce soignant, durant sa formation ou sa pratique future, soit confronté à une restriction immédiate de sa pratique, sans s'y attendre, advenant le cas où sa charge virale dépasserait les seuils établis.

Pour les étudiants en médecine, les membres du Comité scientifique SERTIH-VIH sont d'avis que le vice-doyen aux études postdoctorales doit expliquer à l'étudiant infecté par le VIH les conséquences possibles s'il s'oriente vers un programme de résidence comportant des ART. Ces informations permettront à l'étudiant de faire un choix de spécialité éclairé. Ces recommandations visent à éviter que ce médecin, durant sa formation ou sa pratique future, soit confronté à une restriction immédiate de sa pratique, sans s'y attendre, advenant le cas où sa charge virale dépasserait les seuils établis. Les spécialités comportant des ART sont par exemple :

- Tout programme en chirurgie de spécialité primaire ou surspécialisée;
- Certaines spécialités médicales pour lesquelles les ART font partie de la pratique normale telles la médecine d'urgence et l'obstétrique-gynécologie.

Si le soignant infecté par le VIH s'oriente vers la médecine familiale, il devra bien comprendre les conséquences s'il désire exercer dans les domaines suivants :

- En chirurgie, incluant l'assistance opératoire;
- En salle d'urgence, dans un centre qui pourrait recevoir des cas de traumatologie par ambulance (centre désigné de stabilisation, centre de traumatologie primaire, secondaire ou tertiaire, urgence de petits centres hospitaliers qui pourraient recevoir un polytraumatisé nécessitant d'être stabilisé avant d'être transféré dans un centre désigné);
- En obstétrique, incluant les accouchements vaginaux simples.

Nº de publication : 2253

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca

Institut national
de santé publique
Québec