

Recommandations concernant l'évaluation et le suivi des soignants infectés par le virus de l'hépatite B (VHB)

AVIS SCIENTIFIQUE

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Avril 2015

AUTEURS

Comité scientifique SERTIH VHB

Claire Béliveau, microbiologiste-infectiologue
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

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

Claire Fournier, interniste
Hôpital Saint-Luc du CHUM

Richard Lalonde, interniste
CUSM Hôpital Royal Victoria

Isabel Quintin, interniste
Hôtel-Dieu d'Arthabaska

RÉDACTEUR

Michèle Tremblay, médecin évaluateur du SERTIH
Institut national de santé publique du Québec

Anne Kimpton, conseillère scientifique du SERTIH
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Pierrette Gauthier, 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 – 2^e TRIMESTRE 2015
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-72968-6 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2015)

Table des matières

Liste des sigles et acronymes	III
Faits saillants.....	1
Sommaire.....	3
1 Introduction	5
2 Littérature scientifique pertinente.....	7
2.1 Niveau de contagiosité acceptable du VHB pour qu'un soignant puisse continuer à pratiquer des ART	7
2.2 Fréquence de suivi virologique pour qu'un soignant puisse continuer à pratiquer des ART	8
3 Recommandations	9
3.1 Unité de mesure de la charge virale	9
3.2 Demande de transmission de renseignements médicaux au SERTIH.....	9
3.3 Niveau de contagiosité acceptable du VHB pour qu'un soignant puisse continuer à pratiquer des ART	9
3.4 Fréquence de suivi virologique pour qu'un soignant puisse continuer à pratiquer des ART	9
3.5 Hépatite B aiguë : Évolution clinique et pratique d'ART chez un professionnel de la santé (non découverte de façon fortuite).....	10
3.6 Hépatite B chronique : Évolution clinique et pratique d'ART chez un professionnel de la santé.....	10
4 Application des recommandations	13
4.1 Considérations générales	13
4.2 Autres considérations	13
4.2.1 Soignants avec une co-infection (avec le VHC ou le VIH) traitée ou non	13
4.2.2 Choix de carrière pour les étudiants infectés par le VHB.....	13
Références	15
Annexe 1 Algorithme pour l'hépatite B aiguë	17
Annexe 2 Algorithme pour l'hépatite B chronique (situation 1)	21
Annexe 3 Algorithme pour l'hépatite B chronique (situation 2)	25
Annexe 4 Recommandations sur le choix de carrière des étudiants infectés.....	28

Liste des sigles et acronymes

ACPM	Association canadienne de protection médicale
ADN	Acide désoxyribonucléique
ART	Actes à risque de transmission
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
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

L'objectif de ce document est d'élaborer des recommandations québécoises concernant l'évaluation et le suivi des soignants infectés par le virus de l'hépatite B et qui serviront de référence aux experts des comités d'évaluation du Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH). Ces recommandations permettent d'encadrer la pratique d'actes à risque de transmission (ART) du soignant. Le Comité scientifique SERTIH VHB a été constitué afin d'émettre des recommandations.

Les principales recommandations du comité scientifique sont :

- les résultats de charge virale seront exprimés en unité internationale par millilitre (UI/mL);
- en regard des recommandations retrouvées dans certains pays et compte tenu des mesures préventives demandées au professionnel infecté qui désire pratiquer des ART, le seuil de restriction de l'ADN du VHB en dessous duquel la pratique d'ART est permise est de 2 000 UI/mL. La méthode utilisée pour l'analyse de l'ADN du VHB doit avoir un seuil de détection de 10-30 UI/mL;
- dans le contexte des possibles fluctuations de la virémie, un suivi virologique (mesure de l'ADN du VHB) aux trois mois est recommandé pour qu'un soignant puisse continuer à pratiquer des ART.

Des recommandations concernant différentes situations quant à l'évolution clinique et la pratique d'ART chez un professionnel de la santé atteint d'hépatite B aiguë (non découverte de façon fortuite) et d'hépatite B chronique ont été développées. Trois algorithmes sont présentés en annexe du document pour faciliter la compréhension des recommandations.

Sommaire

Au Québec, il est possible de donner des soins de santé sécuritaire tout en étant porteur d'une infection hématogène comme le virus de l'hépatite B (VHB) à la condition de se faire 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 assurer leur sécurité. L'objectif de ce document est d'élaborer des recommandations québécoises concernant l'évaluation et le suivi des soignants infectés par le virus de l'hépatite B (VHB) et qui serviront de référence aux experts des comités d'évaluation du SERTIH. Ces recommandations permettent d'encadrer la pratique d'actes à risque de transmission (ART) du soignant.

Le Comité scientifique SERTIH VHB a été constitué afin d'émettre des recommandations. Le comité s'est basé sur une revue de la littérature concernant les recommandations internationales et autres études pertinentes jusqu'en octobre 2013.

Les principales recommandations du comité scientifique concernant le VHB sont :

- les résultats de charge virale exprimés en unité internationale par millilitre (UI/mL);
- le niveau de contagiosité acceptable du VHB pour qu'un soignant puisse continuer à pratiquer des ART :
 - en regard des recommandations retrouvées dans certains pays et compte tenu des mesures préventives demandées au professionnel infecté qui désire une pratique d'ART, le comité recommande un seuil de restriction de l'ADN du VHB de 2 000 UI/mL en dessous duquel la pratique d'ART est permise. La méthode utilisée pour l'analyse de l'ADN du VHB doit avoir un seuil de détection de 10-30 UI/mL;
- la 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 recommande un suivi virologique (mesure de l'ADN du VHB) aux trois mois pour qu'un soignant puisse continuer à pratiquer des ART. Si le patient est soumis à une médication antivirale, ce suivi régulier permet d'établir l'observance et l'efficacité du traitement;
- recommandations pour les soignants avec une co-infection (avec le VHC ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) traitée ou non);
 - si le soignant est co-infecté par le VHC ou le VIH, celui-ci doit satisfaire les critères, dont le seuil de restriction, établis par les experts pour chacune des infections. Ces situations seront évaluées par le SERTIH, au cas par cas;
- recommandations concernant l'évolution clinique et la pratique d'ART chez un professionnel de la santé atteint d'hépatite B aiguë (non découverte de façon fortuite) (algorithme présenté en annexe 1) :
 - le cas atteint d'hépatite B aiguë ne pratique pas d'ART durant la durée de son infection, et ce, jusqu'à l'apparition des marqueurs confirmant la guérison, soit la négativation de l'antigène HBs et l'apparition d'anticorps anti HBs ≥ 10 UI/mL;

- recommandations concernant l'évolution clinique et la pratique d'ART chez un professionnel de la santé atteint d'hépatite B chronique (algorithmes présentés en annexe 2 et 3) :
- le SERTIH devra être avisé si l'une de ces deux situations suivante se présente et si le cas désire effectuer des ART. Le cas pourrait considérer la pratique d'ART dans le cadre de sa pratique (ou de ses stages et gardes) seulement si :

Situation 1 :

- il guérit spontanément de son infection ou suite à un traitement (c'est-à-dire il devient négatif pour l'antigène HBs et il développe des anti-HBs ≥ 10 UI/mL) et la charge virale est non-détectable. Il pourra alors reprendre la pratique des ART. Une confirmation de la guérison (antigène HBs non réactif, anti HBS ≥ 10 UI/mL et mesure de l'ADN du VHB indétectable) sera faite trois mois après ces premiers résultats de guérison;

ou

Situation 2 :

- **sans thérapie antivirale**; il obtient trois mesures consécutives de la charge virale inférieures à 2 000 UI/mL¹ prises chacune à un intervalle d'un mois. Le choix de trois valeurs prises à ces intervalles a été déterminé parce que des fluctuations des valeurs de charges virales peuvent survenir en tout temps;

ou

- **en cours de traitement antiviral**; il obtient trois mesures consécutives de la charge virale inférieures à 2 000 UI/mL prises chacune à un intervalle d'un mois². Le choix de trois valeurs prises à ces intervalles a été déterminé parce que des fluctuations des valeurs de charges virales peuvent survenir en tout temps. Une augmentation de la charge virale sous traitement devrait évoquer la possibilité d'une résistance ou d'une non-observance.

De plus amples informations sur le suivi des soignants sont disponibles dans le document.

¹ La méthode utilisée doit avoir un seuil de détection de 10-30 UI/mL.

² En cours de traitement antiviral, il est possible qu'une augmentation de la charge virale soit due à une non-observance au traitement ou une résistance au traitement.

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'hépatite B (VHB) en vue d'être utilisées par le Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH). Ces recommandations sont basées sur le jugement objectif des experts par rapport aux critères scientifiques et à la littérature publiée sur ce sujet. Elles reprennent aussi les mesures préventives requises pour permettre la pratique d'actes à risque de transmission (ART)³, tel que l'a recommandé la Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) en 2010 (Henderson et collab. 2010). 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 du cas du professionnel soumis. 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 trois ans ou plus fréquemment si jugé nécessaire.

³ 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 inclut 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 exigüe, p. 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 Littérature scientifique pertinente

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

La transmission de l'infection du VHB des professionnels à des patients (selon la littérature publiée) est survenue alors que les charges virales étaient plus élevées que 10^5 copies/mL (20 000 UI/mL), sauf pour un cas qui n'avait que des valeurs autour de 10^4 copies/mL (2 000 UI/mL). Toutefois, ce cas demeure douteux étant donné que les mesures de l'ADN du VHB ont été établies quelques mois après la transmission et ont pu y être retrouvées plus basses que lors de la transmission (Gunson, 2003).

Il n'y a pas d'unanimité internationale sur le niveau de contagiosité acceptable pour qu'un soignant puisse continuer la pratique d'ART :

- les recommandations de Grande-Bretagne (DH, 2008), sont les plus prudentes avec un seuil de 10^3 copies/mL (200 UI/mL);
- un consensus d'experts européens recommande comme seuil de restriction pour la pratique des ART, une mesure de charge virale d'ADN du VHB de 10^4 copies/mL (2 000 UI/mL) (Gunson, 2003);
- les Pays-Bas recommandent une charge de 10^5 copies/mL (20 000 UI/mL) pour des raisons économiques de perte de main d'œuvre; ce qui ne semble pas être le cas ici au Québec (aux Pays Bas : 35 % des professionnels infectés auraient des valeurs entre 10 000 et 100 000 copies/mL (entre 2 000 et 20 000 UI/mL) et 53 % auraient des valeurs inférieures à 100 000 copies/mL (20 000 UI/mL). (Gunson, 2003));
- en 2011, la Suisse (OFSP, 2011) a publié ses propres directives et recommandations pour la gestion de leur personnel de santé porteur d'une infection hématogène. Elle recommande un seuil de 10^4 copies/mL (2 000 UI/mL) pour la pratique des ART;
- aux États-Unis, les recommandations de SHEA (Henderson et collab., 2010) font état d'un seuil de restriction d'ART lorsque l'ADN du VHB $\geq 10^4$ GE/mL (environ 2 000 UI/mL). Selon ces recommandations, ce seuil est jugé sécuritaire en raison du nombre peu élevé de cas rapportés, dans la littérature, de transmission d'un travailleur de la santé à un patient (sept soignants impliqués et dont les charges virales étaient supérieures au seuil établi) et des mesures préventives complémentaires recommandées pour le soignant infecté;
- les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2012) ont recommandé un seuil de 1 000 UI/mL (5 000 copies/mL) comme sécuritaire pour la pratique des ART;
- au Canada, les recommandations de Shafran et collab., (2010) rendues publiques par l'association canadienne de protection médicale (ACPM) stipulent que les médecins infectés par le VHB dont la mesure de charge virale d'ADN du VHB est supérieure à 2 000 UI/mL (10 000 copies/mL) ne doivent pas pratiquer d'ART. Outre ces recommandations, il n'y a pas d'autres recommandations canadiennes récentes disponibles à la connaissance des membres du comité.

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

Fluctuation des valeurs d'ADN du VHB

- il est connu qu'il y a des fluctuations possibles de 1 à 3 log des charges virales (présentées en copies/mL), même si ceci n'est observé que rarement. Ces fluctuations (Tedder et collab., 2002) ont été observées sur des périodes de plus de six mois dans un sous-groupe de personnes présentant une virémie significative tout en étant anti HBe +;
- il est connu que l'évolution naturelle de l'infection chronique amène des fluctuations des valeurs de charge virale. Les mesures de charge virale aux trois mois atténuent ainsi le risque que puissent apparaître des charges virales suffisamment élevées pour causer un risque réel de transmission pour un patient en cas d'exposition accidentelle au sang du professionnel.

Fréquences de suivi virologique retrouvées dans la littérature mondiale

Il n'y a pas d'unanimité internationale sur la fréquence de suivi virologique pour qu'un soignant puisse continuer la pratique d'ART :

- aux États-Unis, SHEA (Henderson et collab., 2010) et les CDC (2012) recommandent un suivi virologique (mesure de l'ADN du VHB) aux six mois pour que le soignant puisse continuer à pratiquer des ART;
- au Canada, les recommandations de Shafran et collab., (2010) rendues publiques par l'ACPM stipulent que les médecins infectés par le VHB doivent avoir un suivi virologique (mesure de l'ADN du VHB) aux trois ou quatre mois pour qu'ils puissent continuer à pratiquer des ART.

3 Recommandations

3.1 Unité de mesure de la charge virale

Le comité convient d'exprimer les résultats de charge virale en unité internationale par millilitre (UI/mL). La conversion en génome équivalent ou en copies par millilitre varie selon la trousse analytique et est de moins en moins utilisée au Québec.

3.2 Demande de transmission de renseignements médicaux au SERTIH

Le dossier soumis aux experts du SERTIH devrait comprendre obligatoirement (pour compléter l'évaluation et avant que le professionnel puisse reprendre la pratique d'ART) :

- les notes médicales (évaluation initiale et notes d'évolution en lien avec l'hépatite B);
- les résultats des analyses de laboratoire suivantes :
 - concernant le VHB : la sérologie du VHB (Antigène HBs, Antigène HBe, Ac anti-HBe, Ac anti-delta), la charge virale de l'ADN du VHB (actuelle et antérieures);
 - autres tests sérologiques : sérologie VIH (Ac VIH 1 et 2 et Ag p24), Ac anti-VHC;
- la médication anti-VHB actuelle ou reçue antérieurement.

Le dossier soumis aux experts du SERTIH devrait aussi comprendre idéalement :

- les résultats des analyses de laboratoire suivantes : FSC, bilan rénal, électrolytique, hépatique (incluant les ALT et la bilirubine), INR, albumine;
- les résultats des imageries médicales : échographie abdominale, fibroscan;
- tout autre résultat d'examen ou document jugé pertinent par le médecin traitant pouvant permettre une évaluation complète du dossier (p. ex., résultat de biopsie hépatique, génotypage du virus).

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

En regard des recommandations retrouvées dans certains pays et compte tenu des mesures préventives demandées au professionnel infecté qui désire une pratique d'ART, le Comité scientifique SERTIH VHB recommande un seuil de restriction de l'ADN du VHB de 2 000 UI/mL en dessous duquel la pratique d'ART est permise. La méthode utilisée pour l'analyse de l'ADN du VHB doit avoir un seuil de détection de 10-30 UI/mL. Le comité a opté pour ces recommandations, en attendant les prochaines recommandations canadiennes (les dernières datent de 1998).

3.4 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 VHB recommande un suivi virologique (mesure de l'ADN du VHB) aux trois mois.

Si le patient n'a aucune médication antivirale, cette fréquence de dépistage permet d'intervenir auprès du soignant dans un délai raisonnable dans l'éventualité où la charge virale deviendrait supérieure au seuil jugé acceptable.

Si le patient est soumis à une médication antivirale, ce suivi régulier permet d'établir l'observance et l'efficacité du traitement.

3.5 Hépatite B aiguë : Évolution clinique et pratique d'ART chez un professionnel de la santé (non découverte de façon fortuite)

Le comité scientifique recommande que le cas atteint d'hépatite B aiguë ne pratique pas d'ART durant la durée de son infection, et ce, jusqu'à l'apparition des marqueurs confirmant la guérison, soit la négativation de l'antigène HBs et l'apparition d'anticorps anti HBs ≥ 10 UI/mL (annexe 1).

3.6 Hépatite B chronique : Évolution clinique et pratique d'ART chez un professionnel de la santé

1. Le cas pourrait considérer la pratique d'ART dans le cadre de sa pratique (ou de ses stages et gardes) seulement si :

situation 1 (annexe 2) :

- il guérit spontanément de son infection ou suite à un traitement (c'est-à-dire il devient négatif pour l'Antigène HBs et il développe des Ac anti-HBs ≥ 10 UI/mL) et la charge virale est non-déTECTABLE. Il pourra alors reprendre la pratique des ART. Une confirmation de la guérison (Antigène HBs non réactif, Ac anti HBS ≥ 10 UI/mL et mesure de l'ADN du VHB indéTECTABLE) sera faite trois mois après ses premiers résultats de guérison;

ou

situation 2 (annexe 3) :

- **sans thérapie antivirale**; il obtient trois mesures consécutives de la charge virale inférieures à 2 000 UI/mL⁴ prises chacune à un intervalle d'un mois. Le choix de trois valeurs prises à ces intervalles a été déterminé parce que des fluctuations des valeurs de charges virales peuvent survenir en tout temps;

ou

- **en cours de traitement antiviral**; il obtient trois mesures consécutives de la charge virale inférieures à 2 000 UI/mL prises chacune à un intervalle d'un mois⁵. Le choix de trois valeurs prises à ces intervalles a été déterminé parce que des fluctuations des valeurs de charges virales peuvent survenir en tout temps. Une augmentation de la charge virale sous traitement devrait évoquer la possibilité d'une résistance ou d'une non-observance.

Le SERTIH devra être avisé si l'une de ces deux situations se présente et si le cas désire effectuer des ART.

⁴ La méthode utilisée doit avoir un seuil de détection de 10-30 UI/mL.

⁵ En cours de traitement antiviral, il est possible qu'une augmentation de la charge virale soit due à une non-observance au traitement ou une résistance au traitement.

Dans l'éventualité où le cas demeure infecté, mais aurait trois mesures de charge virale inférieures à 2 000 UI/mL prises à un mois d'intervalle chacune, et que le cas désirerait pratiquer des ART, des mesures de charge virale devront être faites à chaque trois mois pendant le temps qu'il pratiquera des ART, et ce, qu'il soit sous traitement antiviral ou non. La charge virale du cas devrait se maintenir sous le seuil de 2 000 UI/mL.

S'il y avait prise de médication antivirale, mais que la médication est totalement cessée et en absence de guérison (situation 2a de l'annexe 3), il devra cesser les ART. Il pourra recommencer la pratique d'ART seulement s'il obtient trois nouvelles mesures consécutives de la charge virale (prises chacune à un intervalle d'un mois) inférieures à 2 000 UI/mL.

S'il y avait prise de médication antivirale, mais que la médication est modifiée (pour des raisons de résistance ou de non-observance au traitement, d'effets secondaires ou de retrait du marché du médicament) :

- le cas pourra poursuivre la pratique d'ART, si la médication est remplacée par un autre antiviral ayant une efficacité anticipée ou prouvée, égale ou supérieure au précédent et un profil de résistance qui tient compte de la médication antérieure du cas (situation 2b de l'annexe 3);
 - si le nouveau médicament n'est pas un antiviral ayant une efficacité anticipée ou prouvée, égale ou supérieure au précédent, le dossier devra être représenté au comité d'experts et, en attendant, le cas devra cesser la pratique d'actes à risque (situation 2c de l'annexe 3).
2. Dans la mesure où le cas entreprendrait la pratique d'ART, le cas et son médecin traitant devraient prévenir le SERTIH et le cas devrait cesser la pratique d'ART immédiatement si l'une des situations suivantes se présente :
- valeur d'ADN du VHB supérieure à 2 000 UI/mL;
 - omission du cas à subir ses prélèvements ou à ne pas se présenter à ses rendez-vous sans raison valable;
 - arrêt ou résistance à un traitement antiviral qu'il aurait entrepris;
 - manifestation clinique traduisant une augmentation réelle ou potentielle de la contagiosité du cas (reliée ou non à l'infection et comprenant tout problème affectant son comportement ou son jugement).
3. Dans la mesure où le cas entreprendrait la pratique d'ART, le cas et son médecin traitant préviennent le SERTIH s'il y a une modification d'un traitement antiviral qu'il aurait entrepris.

4 Application des recommandations

4.1 Considérations générales

Les recommandations permettant la pratique d'ART ne sont applicables que si :

- le professionnel 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 aiguilles à extrémité mousse;
 - utiliser des gants à bouts renforcés;
 - utiliser la technique mains-libres.

Pour effectuer des ART, le soignant devra obtenir l'autorisation de l'instance responsable (ordre professionnel ou établissement d'enseignement) de l'application et du suivi des recommandations. 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 professionnel à un patient. Les circonstances particulières d'une telle transmission devront être évaluées. Le SERTIH pourra, au besoin, soutenir cette instance.

Avant sa guérison, le soignant devra aviser l'instance responsable (ordre professionnel, établissement d'enseignement) s'il change de médecin traitant et s'assurer que le nouveau médecin traitant possède les informations nécessaires au suivi des recommandations.

Par ailleurs, avant sa guérison, toute réorientation du soignant dans un autre domaine de soins devrait être évaluée au préalable par le SERTIH.

4.2 Autres considérations

4.2.1 SOIGNANTS AVEC UNE CO-INFECTION (AVEC LE VHC OU LE VIH) TRAITÉE OU NON

Si le soignant est co-infecté par le VHC ou le VIH, celui-ci doit satisfaire les critères, dont le seuil de restriction, établis par les experts pour chacune des infections. Ces situations seront évaluées par le SERTIH, au cas par cas.

4.2.2 CHOIX DE CARRIÈRE POUR LES ÉTUDIANTS INFECTÉS PAR LE VHB

L'étudiant dans une discipline où des ART sont présents, et qui connaît son statut de porteur chronique du VHB devrait être informé de l'impact de son infection sur sa formation et sa carrière future (annexe 4).

Références

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2012). Updated CDC Recommendations for the Management of Hepatitis B Virus–Infected Health-Care Providers and Students. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, July 6, 2012 / 61(RR03); 1-12. [En ligne]
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6103a1.htm> (page consultée le 23 octobre 2013).

Department of Health. (DH) (2008). Health clearance for tuberculosis, hepatitis B, hepatitis C and VIH for new healthcare workers with direct clinical contact with patients. Royaume-Uni. [En ligne]
<http://www.gov.scot/resource/doc/221201/0059484.pdf>. (page consultée le 23 octobre 2013).

Gunson RN, Shouval D. (2003). Hepatitis B virus (VHB) and hepatitis C virus (HCV) infections in health care workers (HCWs): guidelines for prevention of transmission of HBV and HCV from HCW to patients. *J Clin Virol.* 2003; 27: 213-30.

Henderson DK, Dembry L, Fishman NO, Grady C, Lundstrom T, Palmore TN et Sepkowitz KA. (2010). SHEA Guideline for Management of Healthcare Workers Who Are Infected with Hepatitis B Virus, Hepatitis C Virus, and/or Human Immunodeficiency Virus. *The Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). Infection control and hospital epidemiology* march 2010, vol. 31, no. 3. [En ligne]
http://www.shea-online.org/Assets/files/guidelines/BBPathogen_GL.pdf (page consultée le 23 octobre 2013).

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2011). 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. Confédération Suisse, OFSP, Centres de référence pour les infections transmissibles par le sang dans le secteur sanitaire, Février 2011. [En ligne]
<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01077/index.html?lang=fr>. (page consultée le 23 octobre 2013).

Shafran SD et Angel JB. (2010). 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? Document publié par l'ACPM.

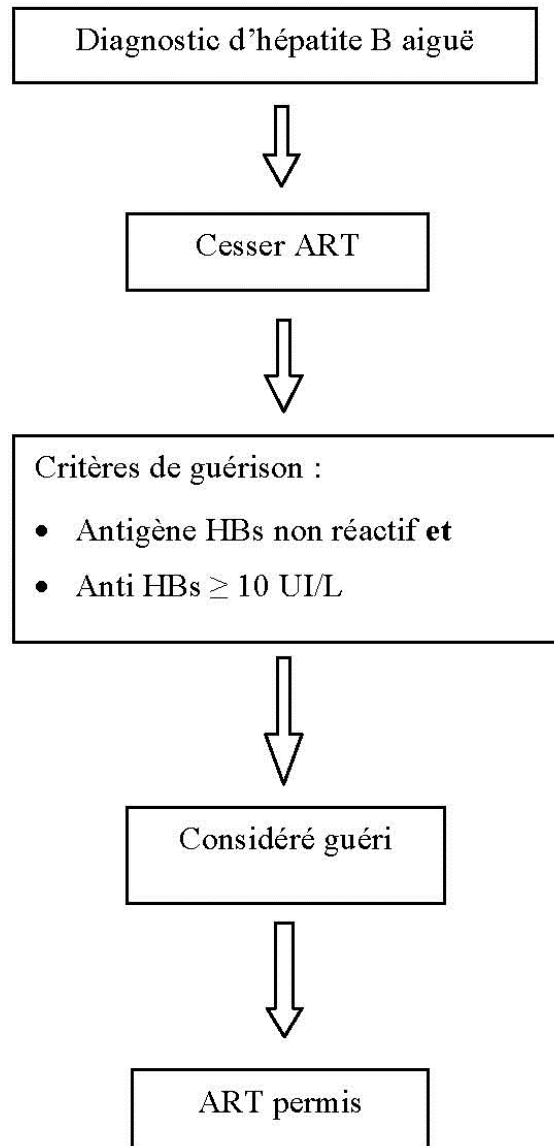
Santé Canada. (1998). Compte-rendu de la conférence de concertation sur les professionnels de la santé infecté : Risque de transmission des pathogènes à diffusion hématogène. *RMTC* 1998; 24S4.

Tedder RS, Ijaz S et collab. (2002). Transmission of hepatitis B to patients from four infected surgeons without hepatitis B e antigen. *NEJM* 1997; 336: 178-84.

Annexe 1

Algorithme pour l'hépatite B aiguë

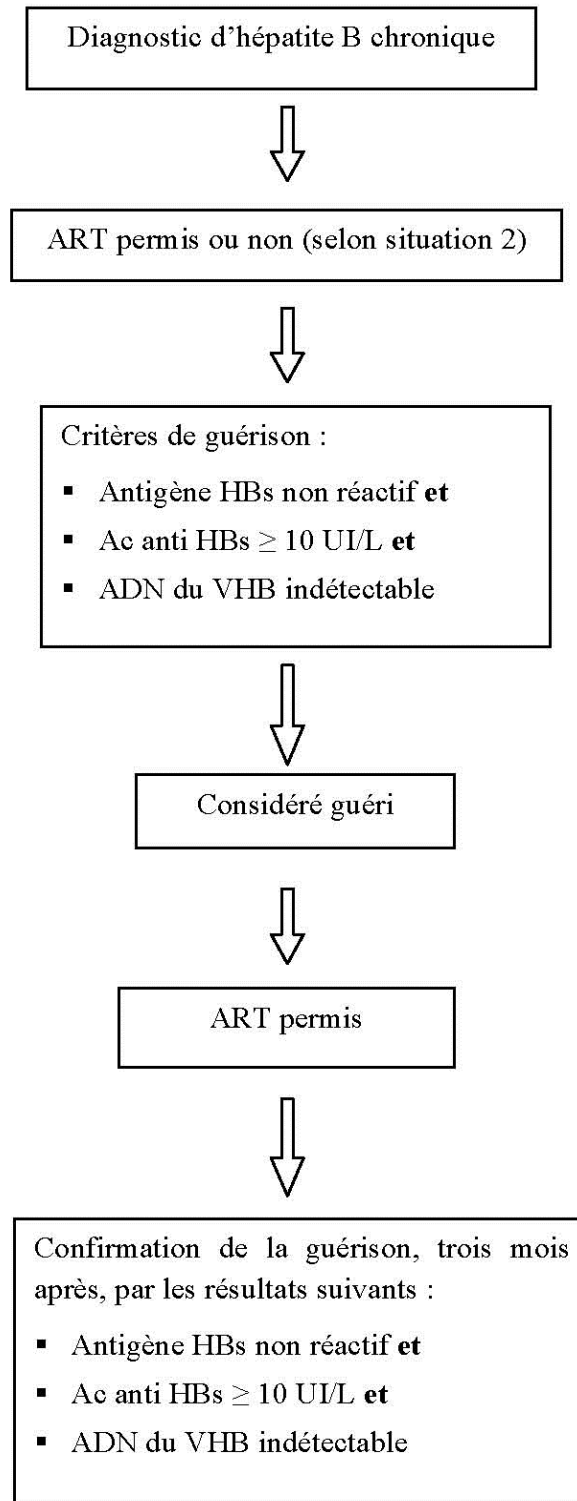
ALGORITHME POUR L'HÉPATITE B AIGUË



Annexe 2

Algorithme pour l'hépatite B chronique (situation 1)

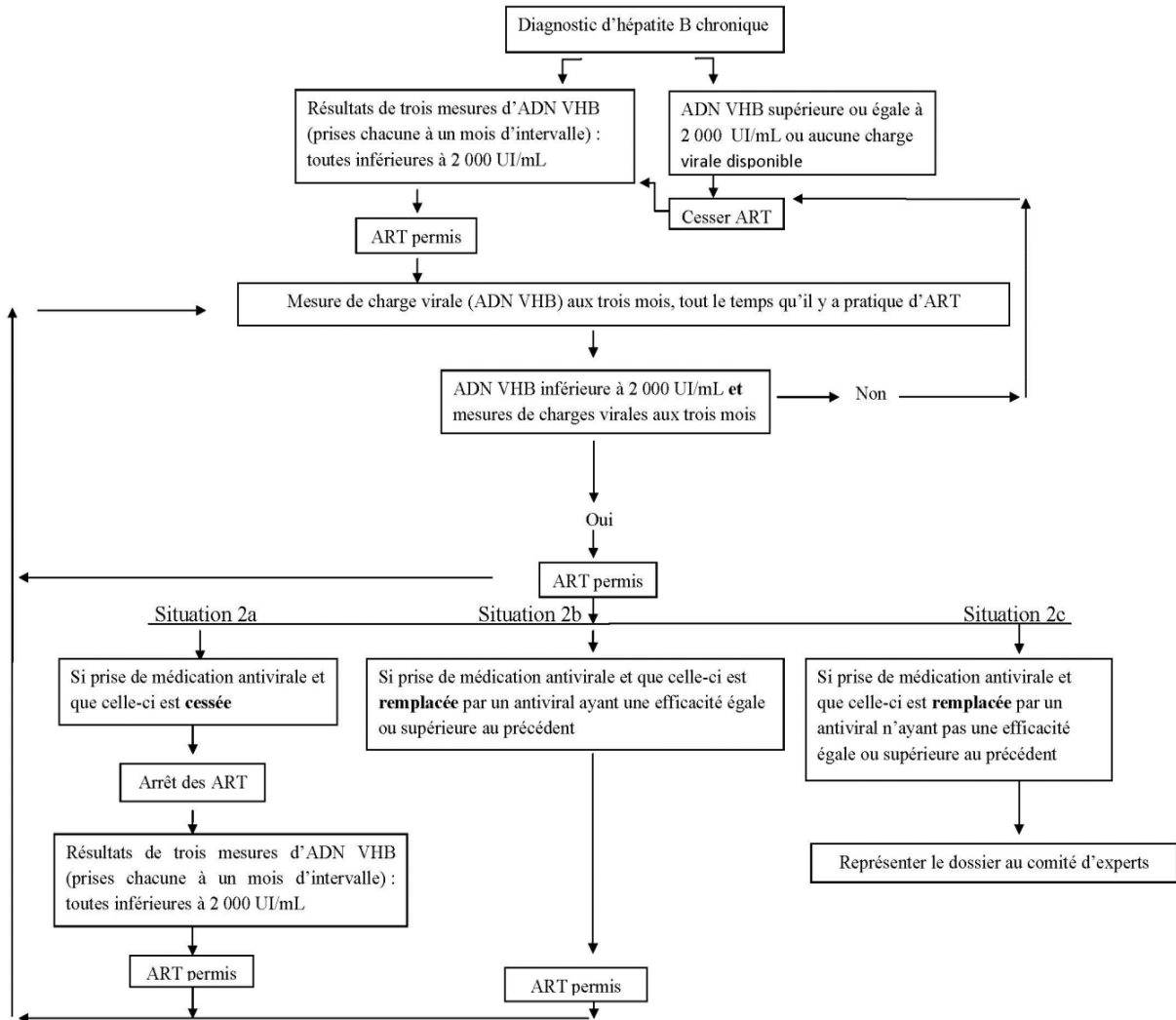
ALGORITHME POUR L'HÉPATITE B CHRONIQUE



Annexe 3

Algorithme pour l'hépatite B chronique (situation 2)

ALGORITHME POUR L'HÉPATITE B CHRONIQUE



Annexe 4

Recommandations sur le choix de carrière des étudiants infectés

Recommandations sur le choix de carrière des étudiants infectés

1. Le comité recommande aux établissements d'enseignement d'encourager les étudiants porteurs d'une infection hématogène à ne pas choisir une carrière qui implique la pratique des ART.
2. Le comité suggère aux établissements d'enseignement de discuter avec les étudiants infectés de façon chronique qui rêvent de faire carrière dans une pratique comportant des ART, de l'importance d'évaluer avec leur médecin traitant la possibilité de débiter un traitement contre le VHB.
3. Pour les étudiants en médecine, les membres du comité sont d'avis que le vice-doyen aux études postdoctorales doit encourager l'étudiant porteur d'une infection hématogène à ne pas s'orienter vers un programme de résidence comportant des ART. Ces recommandations sont faites dans un souci de s'assurer que ce médecin, durant sa formation ou sa pratique future, ne soit pas contraint à une restriction immédiate de sa pratique clinique qui serait rendue nécessaire s'il était virémique. C'est pourquoi certains programmes de résidence devraient être exclus, 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.
4. Si le soignant s'oriente vers la médecine familiale, il ne devrait pas exercer dans les domaines :
 - 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.

services maladies infectieuses santé services
et innovation microbiologie toxicologie prévention des maladies chroniques
santé au travail innovation santé au travail impact des politiques publiques
impact des politiques publiques développement des personnes et des communautés
promotion de saines habitudes de vie recherche services
santé au travail promotion, prévention et protection de la santé impact des politiques
sur les déterminants de la santé recherche et innovation services de laboratoire et diagnostic
recherche surveillance de l'état de santé de la population

www.inspq.qc.ca