





# Recommandations concernant l'évaluation et le suivi des soignants infectés par le VHC

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Mai 2014

## **AUTEURS**

Comité scientifique SERTIH – VHC

Claire Béliveau, Microbiologiste-infectiologue  
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Richard Lalonde, Interniste  
CUSM Hôpital Royal Victoria

Isabel Quintin, Interniste  
Hôtel-Dieu d'Arthabaska

Claire Fournier, Interniste  
Hôpital Saint-Luc du CHUM

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

## **RÉDACTEURS**

Anne Kimpton, Professionnelle du SERTIH  
Institut national de santé publique du Québec

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

## **MISE EN PAGES**

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](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

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

DÉPÔT LÉGAL – 3<sup>e</sup> TRIMESTRE 2014  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-2-550-71263-3 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES .....</b>	<b>III</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 NIVEAU DE CONTAGIOSITÉ ACCEPTABLE DU VHC POUR QU'UN SOIGNANT PUISSE CONTINUER À PRATIQUER DES ACTES À RISQUE DE TRANSMISSION (ART).....</b>	<b>3</b>
<b>2 CONCERNANT L'ÉVOLUTION CLINIQUE ET LA PRATIQUE DES ART .....</b>	<b>5</b>
2.1 Hépatite C aiguë .....	5
2.1.1 ART lors d'une séroconversion (anti-VHC positif) documentée moins de 12 semaines après l'exposition .....	5
2.1.1.1 Aucun traitement.....	5
2.1.1.2 Avec traitement.....	6
2.1.1.3 Confirmation d'une guérison d'une hépatite C aiguë après un traitement.....	7
2.1.2 ART lors d'une hépatite C d'âge indéterminé .....	7
2.2 Hépatite C chronique .....	8
2.2.1 ART lors d'une infection chronique.....	8
2.2.2 ART lors d'une infection chronique pour un patient qui a eu antérieurement un échec à un traitement .....	9
2.2.3 Critères de guérison d'une hépatite C chronique.....	9
2.3 Recommandations générales.....	10
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>11</b>
<b>ANNEXE 1 CONCERNANT LES RECOMMANDATIONS SUR LE CHOIX DE CARRIÈRE DES ÉTUDIANTS INFECTÉS.....</b>	<b>13</b>
<b>ANNEXE 2 CONCERNANT LES MESURES DE PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES POUR LE SOIGNANT.....</b>	<b>17</b>
<b>ANNEXE 3 ALGORITHMES CONCERNANT L'ÉVOLUTION CLINIQUE ET LA PRATIQUE DES ART .....</b>	<b>21</b>



## LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ALT	Alanine aminotransférase
ARN	Acide ribonucléique
ART	Actes à risque de transmission
FSC	Formule sanguine complète
INR	<i>International Normalized Ratio</i>
RVS	Réponse virologique soutenue
SERTIH	Service d'évaluation des risques d'infection hématogène
UI	Unité internationale
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



## **INTRODUCTION**

Les recommandations formulées dans le présent document proviennent d'un comité d'experts québécois et concernent l'évaluation et le suivi des soignants (professionnels de la santé ou étudiants) infectés par le virus de l'hépatite C (VHC), en vue d'être utilisées par le Service d'évaluation des risques de transmissions d'infections hématogènes (SERTIH). Ces recommandations serviront de référence aux experts siégeant sur les différents comités d'évaluation du SERTIH et seront utilisées avec discernement, laissant place au jugement professionnel des experts en fonction du dossier soumis. Comme ces recommandations peuvent avoir à 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 NIVEAU DE CONTAGIOSITÉ ACCEPTABLE DU VHC POUR QU'UN SOIGNANT PUISSE CONTINUER À PRATIQUER DES ACTES À RISQUE DE TRANSMISSION (ART)**

Le comité scientifique a opté pour des recommandations prudentes, similaires à celles de plusieurs pays européens, en attendant les prochaines recommandations canadiennes (les dernières datent de 1998).

Le comité recommande que seuls les soignants guéris (avec ou sans traitement), *i.e* non virémiques (ARN viral négatif), puissent pratiquer des ART.



## 2 CONCERNANT L'ÉVOLUTION CLINIQUE ET LA PRATIQUE DES ART

Les recommandations qui suivent s'appliquent à tous les génotypes. Ces recommandations concernant l'hépatite C aiguë et l'hépatite C chronique sont résumées en algorithme à l'annexe 3.

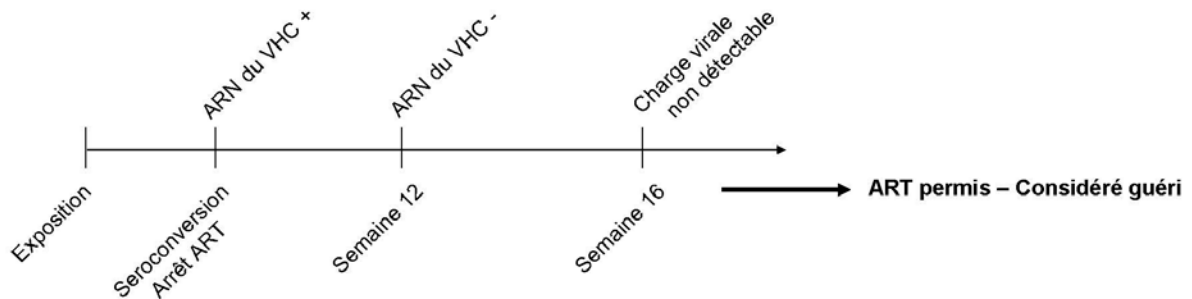
### 2.1 HÉPATITE C AIGÜE

#### 2.1.1 ART lors d'une séroconversion<sup>1</sup> (anti-VHC positif) documentée moins de 12 semaines après l'exposition

Le comité recommande que le soignant :

Cesse de pratiquer des ART dès qu'il y a documentation de la présence d'anti-VHC ou de virémie (détection d'ARN du VHC) selon la première éventualité. Si l'infection par le VHC est uniquement documentée par un seul anti-VHC positif, le test de détection qualitatif de l'ARN du VHC est nécessaire pour établir si le soignant infecté est virémique.

##### 2.1.1.1 *Aucun traitement*



Le soignant pourrait reprendre la pratique des ART seulement si :

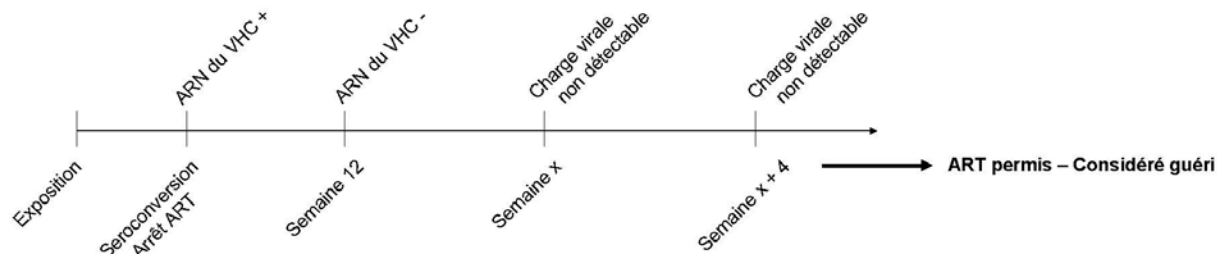
**Sans traitement**, 12 semaines après l'exposition (S12) :

- il obtient un résultat négatif de test de détection qualitative de l'ARN du VHC (seuil minimal de détection de 60 UI/mL); **et**
- il confirme ce résultat par une mesure de charge virale non détectable avec une trousse ultrasensible (seuil minimal de détection 10-15 UI/mL) de l'ARN du VHC faite quatre semaines plus tard (S16).

Il sera alors considéré guéri de son infection (guérison spontanée).

Le résultat négatif devra être transmis à l'instance responsable (ordre professionnel ou établissement d'enseignement). Il devra se conformer aux recommandations générales énoncées au point 2.3; **ou**

<sup>1</sup> La séroconversion se définit comme le passage d'un statut anti-VHC négatif à un statut anti-VHC positif.



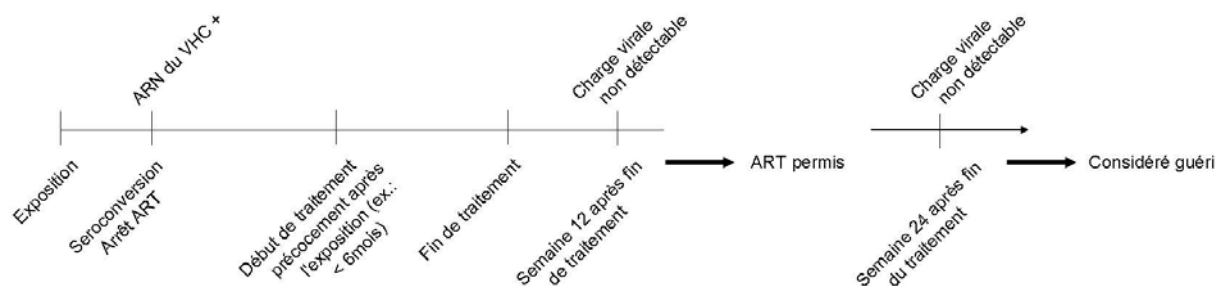
**Sans traitement** (parce que le soignant ne veut ou ne peut pas être traité (ex. : contre-indication)) :

- 12 semaines après l'exposition (S12), il obtient un résultat positif au test de détection qualitatif de l'ARN du VHC (seuil minimal de détection de 60 UI/mL); **et**
- par la suite, il obtient deux mesures de charge virale non détectables avec l'utilisation d'une trousse de détection ultrasensible (seuil minimal de détection 10-15 UI/mL) et prélevées à au moins quatre semaines d'intervalle.

Il serait alors considéré guéri de son infection (guérison spontanée).

Le résultat négatif devra être transmis à l'instance responsable (ordre professionnel ou établissement d'enseignement). Il devra se conformer aux recommandations générales énoncées au point 2.3.

### 2.1.1.2 Avec traitement



Tout le temps que le soignant est sous traitement, il doit cesser la pratique des ART.

Le soignant pourrait reprendre la pratique des ART s'il obtient un résultat de charge virale non détectable avec l'utilisation d'une trousse de détection ultrasensible (seuil minimal de détection de 10-15 UI/mL) sur un prélèvement effectué 12 semaines (que le traitement ait duré 12 ou 24 semaines) après la fin du traitement<sup>2</sup>.

Le résultat négatif devra être transmis à l'instance responsable (ordre professionnel ou établissement d'enseignement). Il devra se conformer aux recommandations générales énoncées au point 2.3.

---

<sup>2</sup> Selon Martinot-Peignoux et collab. (2010), il y a une corrélation directe entre une RVS à 12 semaines et celle qui sera retrouvée à 24 semaines après la fin du traitement.

Une mesure de charge virale détectable avec une trousse ultrasensible (seuil minimal de détection 10-15 UI/mL) à 12 ou 24 semaines après la fin d'un traitement sera interprétée comme un échec au traitement. Dans ces circonstances, les règles établies au point 5.2 s'appliquent.

S'il y avait une reprise des ART (entre la 12<sup>e</sup> et la 24<sup>e</sup> semaine après la fin du traitement), le soignant et son médecin traitant préviennent l'instance responsable (ordre professionnel ou établissement d'enseignement) et le soignant devrait cesser immédiatement la pratique des ART si l'une des conditions suivantes se présente :

- résultat de charge virale positive;
- sans raison valable, omission du soignant à subir ses prélèvements ou à se présenter à ses rendez-vous;
- analyses de laboratoire (ex. : enzymes hépatiques élevées) traduisant une augmentation réelle ou potentielle de la contagiosité du soignant;
- résultat positif de la sérologie du VIH ou du VHB dans le bilan de suivi de l'exposition accidentelle du soignant.

#### *2.1.1.3 Confirmation d'une guérison d'une hépatite C aiguë après un traitement*

Pour confirmer la guérison, le soignant devra avoir une mesure de charge virale non détectable avec une trousse ultrasensible (seuil minimal de détection 10-15 UI/mL) 24 semaines après la fin du traitement.

Le résultat devra être transmis à l'instance responsable (ordre professionnel ou établissement d'enseignement). Il devra se conformer aux recommandations générales énoncées au point 2.3.

Une mesure de charge virale détectable avec une trousse ultrasensible (seuil minimal de détection 10-15 UI/mL) à 12 ou 24 semaines après la fin d'un traitement sera interprétée comme un échec au traitement. Dans ces circonstances, les règles établies en 2.2 s'appliquent.

#### **2.1.2 ART lors d'une hépatite C d'âge indéterminé**

Un cas d'hépatite C d'âge indéterminé se définit comme tout cas ayant une sérologie anti-VHC positive, sans date d'exposition.

Le comité recommande que le soignant :

- cesse de pratiquer des ART dès que le résultat de la sérologie anti-VHC est connu positif. Si l'infection par le VHC est uniquement documentée par un seul anti-VHC positif, le test de détection qualitatif de l'ARN du VHC est nécessaire pour établir s'il s'agit d'une infection antérieure guérie, d'un résultat de sérologie anti-VHC faussement positif ou si le soignant infecté est virémique;

Le cas pourra reprendre la pratique des ART lorsqu'il sera considéré guéri, c'est-à-dire :

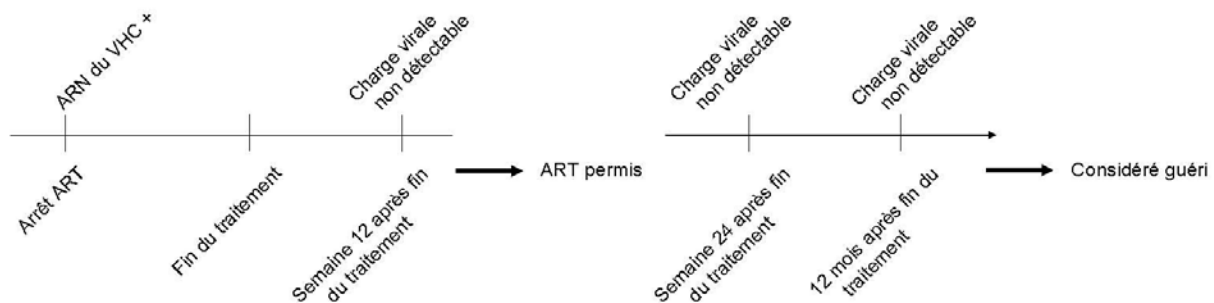
- si le test de détection qualitatif de l'ARN du VHC (seuil minimal de détection de 60 UI/mL) est négatif; **et**
- que le bilan hépatique est normal (ex. : ALT  $\leq$  0.75 fois la limite supérieure normale pour les hommes et 0.5 fois la limite supérieure normale pour les femmes) (Sherman, 2008).

Le résultat négatif devra être transmis à l'instance responsable (ordre professionnel ou établissement d'enseignement). Il devra se conformer aux recommandations générales énoncées au point 2.3.

De plus, le résultat négatif du test de détection qualitatif doit être confirmé sur un échantillon prélevé de 4 à 6 mois après le premier test négatif (Ghany, 2009).

## 2.2 HÉPATITE C CHRONIQUE

### 2.2.1 ART lors d'une infection chronique



Le comité recommande que le soignant cesse de pratiquer des ART dès que le résultat de la sérologie anti-VHC est connu positif. Si l'infection par le VHC est uniquement documentée par un seul anti-VHC positif, le test de détection qualitatif de l'ARN du VHC est nécessaire pour établir s'il s'agit d'une infection antérieure guérie, d'un résultat de sérologie anti-VHC faussement positif ou si le soignant infecté est virémique.

Étant donné qu'il n'y a pas de guérison spontanée d'une infection chronique au VHC, un cas dont la virémie est confirmée et qui ne peut (ou ne veut pas) recevoir un traitement, ne peut pratiquer des ART.

Tout le temps que le soignant est sous traitement, il doit cesser la pratique des ART. Il pourrait reprendre la pratique des ART s'il obtient un résultat de charge virale non détectable avec l'utilisation d'une trousse de détection ultrasensible (seuil minimal de détection 10-15 UI/mL) sur un prélèvement effectué 12 semaines après la fin du traitement<sup>3</sup> (indépendamment de la durée totale du traitement).

---

<sup>3</sup> Selon Martinot-Peignoux et collab. (2010), il y a une corrélation directe entre une RVS à 12 semaines et celle qui sera retrouvée à 24 semaines après la fin du traitement.

Le résultat négatif devra être transmis à l'instance responsable (ordre professionnel ou établissement d'enseignement). Il devra se conformer aux recommandations générales énoncées au point 2.3.

Une mesure de charge virale détectable avec une trousse ultrasensible (seuil minimal de détection 10-15 UI/mL) à 12 ou 24 semaines après la fin d'un traitement sera interprétée comme un échec au traitement. Dans ces circonstances, les règles établies au point 2.2 s'appliquent.

S'il y a une reprise des ART (entre la 12<sup>e</sup> et la 24<sup>e</sup> semaine après la fin du traitement), le soignant et son médecin traitant préviennent l'instance responsable (ordre professionnel ou établissement d'enseignement) et le soignant devrait cesser immédiatement la pratique des ART si l'une des situations suivantes se présente :

- résultat de charge virale détectable;
- sans raison valable, omission du soignant à se soumettre à ses prélèvements ou à se présenter à ses rendez-vous;
- manifestation clinique (ex., enzymes hépatiques élevées) traduisant une augmentation réelle ou potentielle de la contagiosité du soignant;
- résultat positif de la sérologie du VIH ou du VHB dans un bilan de suivi.

Une mesure de charge virale détectable avec une trousse ultrasensible (seuil minimal de détection 10-15 UI/mL) à 12 ou 24 semaines après la fin d'un traitement sera interprétée comme un échec au traitement. Dans ces circonstances, les règles établies au point 2.2 s'appliquent.

### **2.2.2 ART lors d'une infection chronique pour un patient qui a eu antérieurement un échec à un traitement**

Les éléments considérés dans le point précédent (2.2.1) s'appliquent de la même façon pour un soignant qui a présenté antérieurement un échec à un traitement.

### **2.2.3 Critères de guérison d'une hépatite C chronique**

Pour confirmer la guérison, une charge virale prélevée 24 semaines après la fin du traitement, doit demeurer non détectable avec l'utilisation d'une trousse de détection ultrasensible (seuil minimal de détection 10-15 UI/mL).

Le comité laisse le soin au médecin traitant de décider quant à la pertinence d'effectuer un contrôle de la charge virale avec l'utilisation d'une trousse de détection ultrasensible (seuil minimal de détection 10-15 UI/mL), 12 mois après la fin du traitement, d'autant plus s'il y a présence de perturbation enzymatique même si celle-ci est minime.

## **2.3 RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES**

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.

Le soignant devra faire des tests de dépistage du VIH et du VHB et les résultats, lorsque positifs, devront être transmis à l'instance responsable (ordre professionnel ou établissement d'enseignement). Il est suggéré au soignant de discuter avec son médecin traitant afin de recevoir le vaccin contre l'hépatite B s'il n'est pas immunisé.

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 devra être évaluée, au préalable, par le SERTIH.

## RÉFÉRENCES

- Australian Government. (2010). *Australian guidelines for the prevention and control of infection in healthcare*. Australian Commission for Safety and Quality in Health Care. [En ligne] <http://www.nhmrc.gov.au/node/30290> (page consultée le 23 septembre 2011).
- Cox AL, Netski DM, Mosbrugger T, Sherman SG, Strathdee S et collab. (2005). *Prospective evaluation of community-acquired acute-phase hepatitis C virus infection*. CID 2005;40, 1<sup>er</sup> avril, p.951 à 958.
- Department of health. (2005). *The prevention of transmission of blood-borne diseases in the health-care setting*. Irlande. [En ligne] [http://www.dohc.ie/publications/transmission\\_of\\_blood\\_borne\\_diseases\\_2006.html](http://www.dohc.ie/publications/transmission_of_blood_borne_diseases_2006.html) (page consultée le 23 septembre 2011)
- Department of Health. (2002). *Hepatitis C infected health care workers*. Royaume-Uni. [En ligne] [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4059544.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4059544.pdf) (page consultée le 23 septembre 2011)
- Fournier C et Willems B. (2012). L'hépatite C chronique une maladie curable! Les hépatites virales. Le Médecin du Québec, volume 47, numéro 4, avril 2012.
- Ghany MG. (2009). *Diagnosis, management and treatment of hepatitis C: an update*. Hepatology 2009 ; 49(4): 1335-1374.
- 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](http://www.shea-online.org/Assets/files/guidelines/BBPathogen_GL.pdf) (page consultée le 18 avril 2012).
- Martinot-Peignot M, Stern C, Maylin S, Ripault M-P, Boyer N et collab. (2010). *Twelve weeks posttreatment follow-up is as relevant as 24 weeks to determine the sustained virologic response in patients with hepatitis C virus receiving Pegylated interferon and Ribavirin*. Hepatology, vol. 51, No.4, p.1122 à 1126.
- Mele A, Ippolito G, Craxi A, Coppola RC, Petrosillo N et collab. (2001). *Risk management of HBsAg or anti-HCV positive healthcare workers in hospital*. Dig Liver Dis., vol. 33, n 9, p. 795-802.
- Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. (2003). *Avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France - Relatif à la prévention de la transmission du virus de l'hépatite virale C (VHC) aux patients par les professionnels de santé*. France, Direction générale de la santé, section maladies transmissibles, séance du 26 septembre 2003. [En ligne] [http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a\\_mt\\_260903\\_hepc.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_260903_hepc.pdf) (page consultée le 23 septembre 2011).

NHS Scotland. (2002). *Hepatitis C infected health care workers*. [En ligne] <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2002/11/15811/13931> (page consultée le 23 septembre 2011).

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 septembre 2011).

Shafran SD et Angel JB. 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, 2009.

Sherman M, Shafran S et collab. (2008). *Prise en charge de l'hépatite B chronique : lignes directrices consensuelles* : 59 p.

Sherman M, Shafran S, Burak K, Doucette K, Wong W et collab. (2007). *Prise en charge de l'hépatite C chronique : lignes directrices de consensus*. Association Canadienne pour l'étude du foie. [En ligne] <http://www.hepatology.ca/cm/Default.asp?Page=33> (page consultée le 24 octobre 2011).

## **ANNEXE 1**

### **CONCERNANT LES RECOMMANDATIONS SUR LE CHOIX DE CARRIÈRE DES ÉTUDIANTS INFECTÉS**



## **CONCERNANT LES RECOMMANDATIONS SUR LE CHOIX DE CARRIÈRE DES ÉTUDIANTS INFECTÉS**

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.

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 VHC.

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.

Si le soignant s'oriente vers la médecine familiale, il ne devrait pas exercer dans les domaines :

- de la chirurgie, y compris en 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, y compris pour les accouchements vaginaux simples.



## **ANNEXE 2**

### **CONCERNANT LES MESURES DE PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES POUR LE SOIGNANT**



## **CONCERNANT LES MESURES DE PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES POUR LE SOIGNANT**

Le soignant autorisé à pratiquer des ART doit, dans tous les milieux où il exerce :

- porter deux paires de gants pour tout acte médical à risque;
- changer de paires de gants environ tous 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.

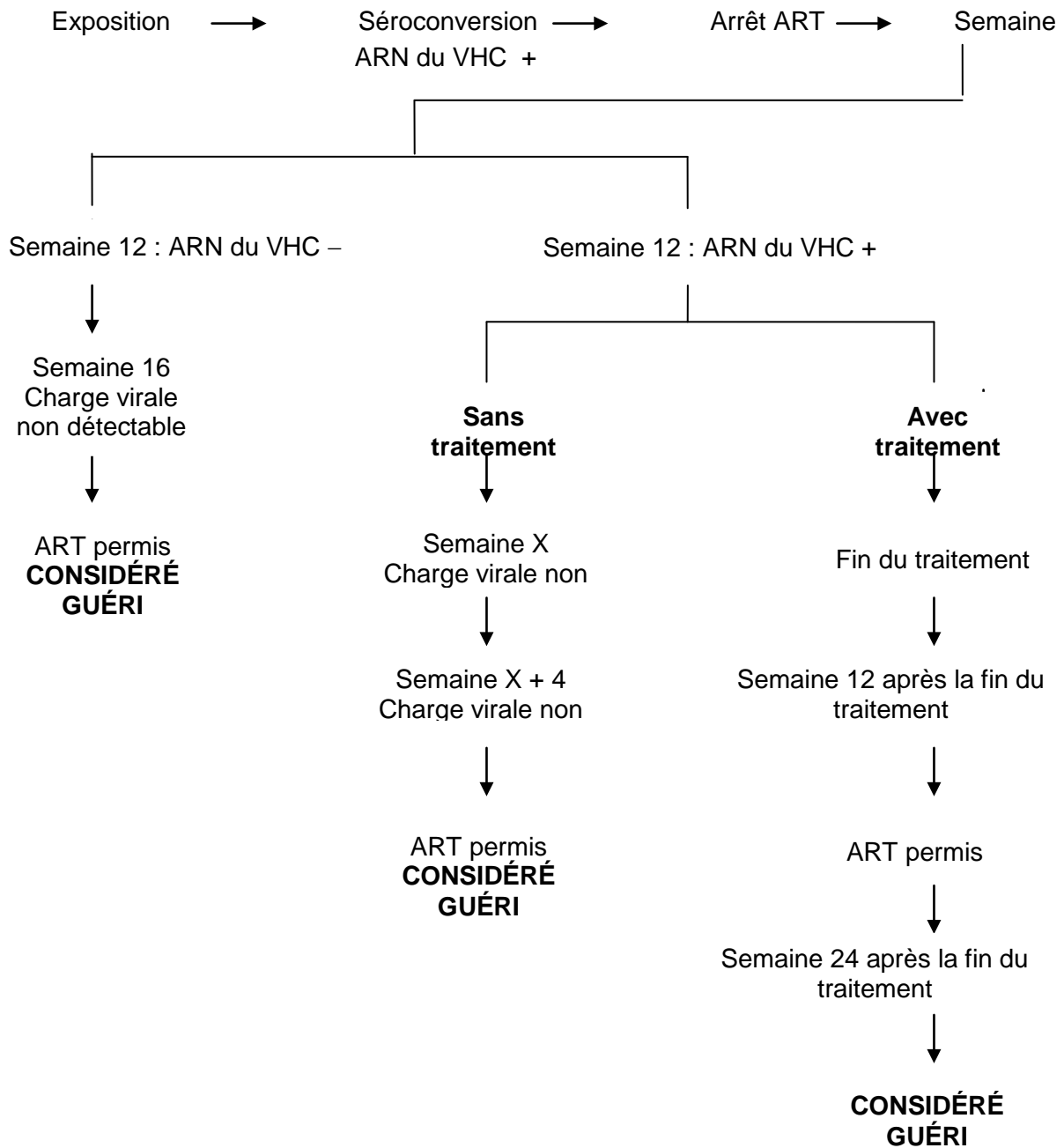


## **ANNEXE 3**

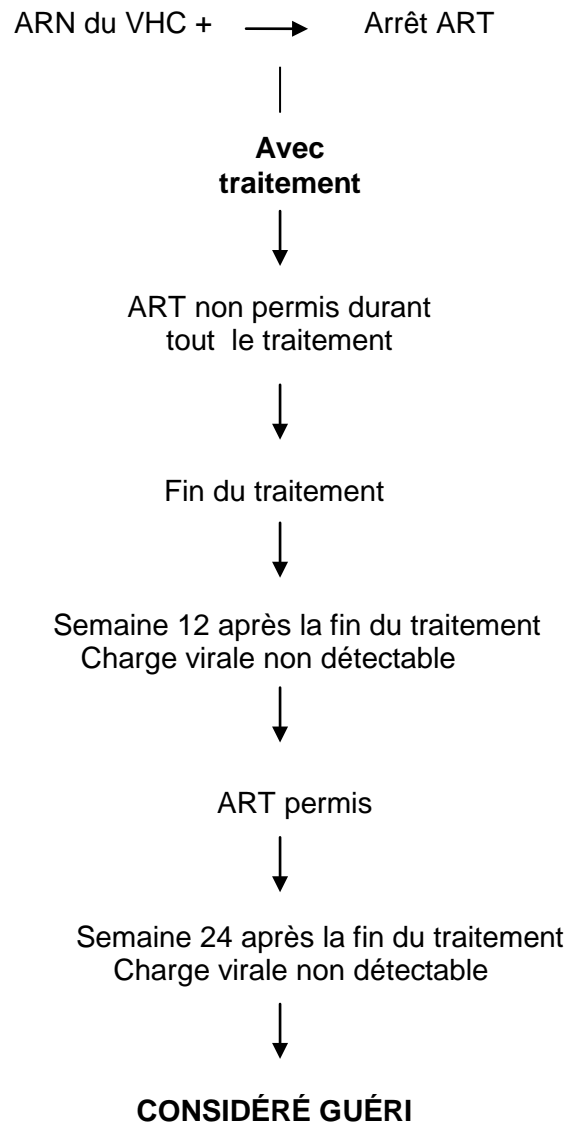
### **ALGORITHMES CONCERNANT L'ÉVOLUTION CLINIQUE ET LA PRATIQUE DES ART**



## ALGORITHME POUR L'HÉPATITE C AIGUË



## ALGORITHME POUR L'HÉPATITE C CHRONIQUE







[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)