

**GUIDE D'INTERVENTION
À LA SUITE DE LA DÉCLARATION
D'UN CAS D'HÉPATITE C**

GUIDE D'INTERVENTION À LA SUITE DE LA DÉCLARATION D'UN CAS D'HÉPATITE C

3^e ÉDITION

**Louise Poulin
Brigitte Fournier**

**Direction de santé publique et de l'évaluation
Chaudière-Appalaches**

Juin 2008

AUTEURS

Le guide d'intervention pour les enquêtes d'hépatite C de la direction de santé publique et de l'évaluation de la région de la Chaudière-Appalaches a été préparé par :

Louise Poulin, agente de planification-programmation;
Brigitte Fournier, médecin-conseil en M.I.

MISE EN PAGE

Nicole Morin, agente administrative

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN 978-2-89548-477-6 (version imprimée)
ISBN 978-2-89548-478-3 (version pdf)

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2008

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
OBJECTIFS DE L'INTERVENTION	8
DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES.....	9
HÉPATITE C NON PRÉCISÉE – CAS CONFIRMÉ	10
MODALITÉS RÉGIONALES	
Algorithme pour la prise en charge des cas d'hépatite C	11
Description des modalités régionales	12
INTERVENTION DE SANTÉ PUBLIQUE AUPRÈS D'UN CAS D'HÉPATITE C.....	14
1. Réaliser l'intervention d'hémo/histovigilance	14
2. Offrir des conseils préventifs à la personne infectée	15
3. Recommander et offrir la vaccination contre les hépatites A et B	17
LISTE DES OUTILS UTILES À L'INTERVENTION	19
ANNEXE 1 : OUTILS À L'USAGE DU CSSS :	21
Formulaire d'enquête - Hépatite C.....	23
Guide d'utilisation du formulaire d'enquête.....	27
Lettre-type destinée à la personne infectée.....	31
Liste de vérification pour les cas déclarés d'hépatite C	33
ANNEXE 2 : OUTILS À L'USAGE DE LA DSPE :.....	35
Lettre au médecin prescripteur.....	37
Formulaire d'hémo/histovigilance Hépatite C-Médecins	39
FORMULAIRES D'HÉMO/HISTOVIGILANCE :	41
Demande à Héma-Québec de vérifier si une personne infectée a fait un don de sang (Formulaire C).....	43
Demande de retrait de produits ou d'étude de dons antérieurs à Héma-Québec pour les personnes infectées ayant fait un don de sang (Formulaire A)	45
Demande d'enquête à Héma-Québec pour une personne ayant reçu du sang (Formulaire B – Partie 1)	47
Demande de la liste des produits transfusés au centre hospitalier pour une personne infectée ayant reçu du sang (Formulaire B – partie 2A)	48
Formulaire B - partie 2B)	49
ALGORITHMES :.....	51
Hémovigilance « Réception »	53
Hémovigilance « Don »	54
Histovigilance « Réception »	55
Histovigilance « Don »	56
ANNEXE 3 : Aide-mémoire pour le médecin traitant (MSSS, mars 2002)	57
LISTE DES RÉFÉRENCES	

INTRODUCTION

L'hépatite C demeure un grave problème de santé publique à l'échelle mondiale. On estime que 3 % de la population est infectée par le virus de l'hépatite C (VHC). Au Québec, on a dénombré 28 000 personnes porteuses du virus. L'estimation du nombre réel de cas infectés pourrait atteindre un maximum de 75 000 personnes dans la province selon les études de prévalence et d'incidence réalisées au Québec et au Canada. Il est estimé, selon les données disponibles, que près de 40 % des individus infectés ignorent qu'ils le sont. Par ailleurs, nous savons que les nouvelles infections se retrouvent principalement chez les utilisateurs de drogues par injection. L'hépatite C a été ajouté au registre des MADO le 18 avril 2002.

Les professionnels de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI), ont convenu suite aux travaux réalisés entre avril 2001 et mars 2004 que des interventions minimales seraient réalisées lors de toute déclaration de cas d'hépatite C.

Ainsi, les enquêtes épidémiologiques dans le contexte ou celles-ci ne permettent pas d'offrir des mesures efficaces de protection aux contacts, viseront dorénavant des objectifs de :

- ▶▶ Vigie sanitaire;
- ▶▶ Hémo/histovigilance (surveillance des maladies transmissibles par le sang);
- ▶▶ Intervention individuelle de counselling.

Une troisième édition du guide d'intervention régional pour les enquêtes d'hépatite C a été élaborée. Il remplace celui diffusé en 2004. Certains outils ont été conçus et intégrés au présent document afin de faciliter le travail des professionnels impliqués dans la réalisation de ces interventions.

Ce document définit l'intervention de santé publique recommandée à la suite de la déclaration d'une infection au virus de l'hépatite C survenant dans la région de la Chaudière-Appalaches.

Ce document s'adresse principalement aux professionnels de la Direction de santé publique et de l'évaluation ainsi qu'aux professionnels des centres de santé et de services sociaux de la région impliqués dans les interventions épidémiologiques.

OBJECTIFS DE L'INTERVENTION DE SANTÉ PUBLIQUE

L'intervention de santé publique répond à la fois à des objectifs de surveillance, de prévention et à des objectifs de protection de la santé publique.

OBJECTIFS DE SURVEILLANCE

- ▶ Validation : recueillir les informations requises pour s'assurer que la classification du cas respecte les définitions nosologiques;
- ▶ Se donner un indicateur de prévalence et d'incidence de l'infection par le VHC au Québec.

OBJECTIFS DE PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- ▶ Contribuer à la sécurité des transfusions en informant l'organisme compétent (Héma-Québec ou le CH) que telle personne infectée a soit donné du sang, soit reçu du sang ou des produits sanguins;
- ▶ Prévenir l'apparition de cas secondaires en offrant aux personnes infectées de l'information sur les mesures à prendre pour éviter la transmission de l'infection. (ex. : conseils relatifs à la réduction des méfaits liés à la toxicomanie...);
- ▶ Prévenir la propagation de l'infection par des mesures appropriées lorsque, exceptionnellement, cette infection est d'origine nosocomiale;
- ▶ Contribuer à la sécurité des transplantations en informant l'organisme compétent (CH, clinique, Québec-Transplant), que telle personne infectée a soit donné, soit reçu un organe ou de la moelle osseuse, ou encore qu'elle a donné des tissus;
- ▶ Prévenir l'aggravation de la maladie chez les personnes infectées en les informant des mesures appropriées (ex. : hygiène de vie, vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B);
- ▶ Dépister les cas de transmission verticale de l'infection par le VHC (ex. : bébé, ou enfant plus âgé, né d'une mère infectée par le VHC) de façon à offrir le suivi approprié.

DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES

Tiré de : *Maladies d'origine infectieuse. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 7^e édition, février 2008.*

HÉPATITE C AIGUË – CAS CONFIRMÉ

- ▶ Chez le sujet âgé de 1 an et plus, présence des sept conditions suivantes :
1. Manifestations cliniques suggestives d'hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées, douleurs abdominales diffuses, fatigue, anorexie);
et
 2. Augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT de plus de 2,5 fois la limite supérieure normale;
et
 3. Détection sérologique de l'anti-VHC confirmée par des tests complémentaires (EIA, RIBA) ou détection de l'ARN du VHC par une technique d'amplification génique;
et
 4. Recherche des IgM anti-VHA négative;
et
 5. Recherche des IgM anti-HBc négative ou en son absence, recherche de l'HBsAg négative;
et
 6. Exposition depuis moins de six mois à un mode de transmission reconnu¹ en l'absence de toute exposition antérieure;
et
 7. Aucune autre cause apparente;
ou
- ▶ Séro-conversion à l'égard des anti-VHC à l'intérieur d'une période de six mois à la suite d'une exposition documentée;
ou
- ▶ Chez un nourrisson de moins d'un an, détection de l'ARN du VHC par RT-PCR² quel que soit le résultat de l'anti-VHC.

Notes explicatives

(1) L'utilisation de drogues injectables, la réception de produits sanguins, le fait d'être partenaire sexuel d'un individu anti-HCV positif sont des modes de transmission reconnus.

(2) Excluant les prélèvements faits sur le sang du cordon compte tenu de la contamination potentielle par le sang maternel.

HÉPATITE C NON PRÉCISÉE – CAS CONFIRMÉ

Chez le sujet âgé de 1 an et plus pour lequel l'information disponible ne permet pas de le classer comme cas aigu, présence d'une des deux conditions suivantes :

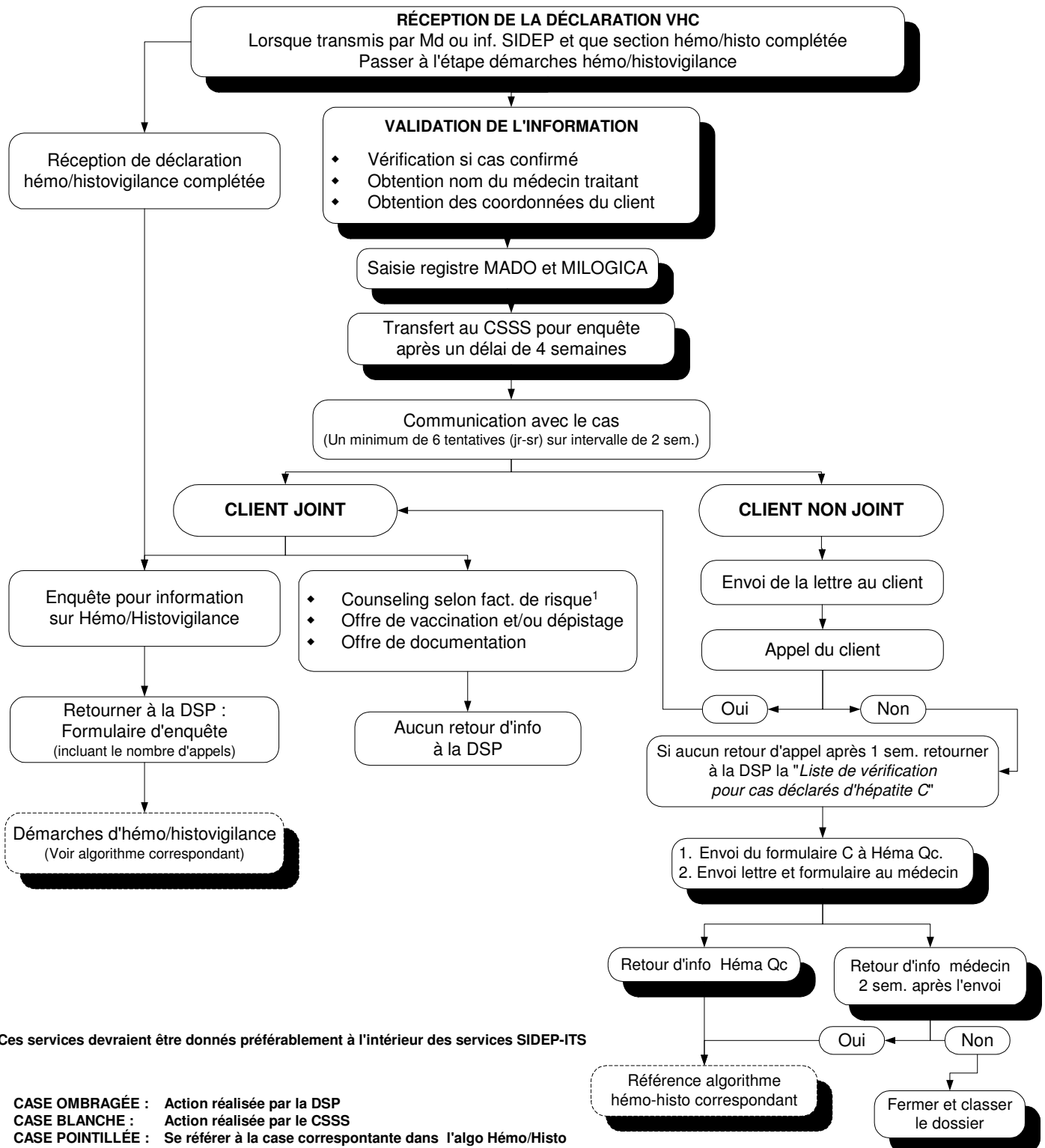
1. Détection sérologique de l'anti-VHC par deux EIA de deux trousse de laboratoire différentes; **ou**
2. Détection sérologique de l'anti-VHC par des tests complémentaires (RIBA, INNO-LIA, ou autres); **ou**
3. Détection sérologique de l'anti-VHC avec un rapport signal sur seuil de positivité \geq au seuil pour lequel un test complémentaire n'est pas nécessaire¹; **ou**
4. Détection de l'ARN du VHC par RT-PCR.

Note explicative

- (1) *La valeur du rapport au-delà de laquelle un test de confirmation n'est plus nécessaire varie habituellement d'un test à l'autre et peut être suggérée par le fabricant du test ou déterminée par le laboratoire hospitalier où est effectué le test.*

MODALITÉS RÉGIONALES

HÉPATITE C ALGORITHME POUR LA PRISE EN CHARGE D'UN CAS



¹ Ces services devraient être donnés préférentiellement à l'intérieur des services SIDEP-ITS

CASE OMBRAGÉE : Action réalisée par la DSP
CASE BLANCHE : Action réalisée par le CSSS
CASE POINTILLÉE : Se référer à la case correspondante dans l'algo Hémo/Histo

DESCRIPTION DES MODALITÉS RÉGIONALES

LE PROFESSIONNEL DE LA DSPE

- ▶ Reçoit la déclaration;
- ▶ Valide le diagnostic et les renseignements reçus;
- ▶ Inscrit le cas au registre provincial des MADO et dans le système MILOGICA;;
- ▶ Transfère le cas au CSSS pour que l'intervention soit réalisée : Un délai de 4 semaines entre la réception de la déclaration et le transfert du dossier est respecté afin que le médecin ait eu la possibilité de communiquer le diagnostic à son client et de l'aviser qu'une infirmière du CSSS le contactera.

LE PROFESSIONNEL DU CSSS

- ▶ Dès le transfert d'information, tente de joindre le client dans le but de procéder à l'enquête : un minimum de six tentatives devra être fait à différents moments de la journée (jour/soir), sur un intervalle de deux semaines.

Si le client est joint :

Le professionnel du CSSS :

- ▶ Réalise l'enquête en utilisant le formulaire intitulé « *Formulaire d'enquête - Hépatite C* », soit par téléphone ou par entrevue selon les circonstances et selon les modalités établies par l'établissement;
- ▶ Donne de l'information et dispense des conseils à la personne infectée afin d'éviter l'aggravation et la transmission de son infection. Aussi, de la documentation est remise au client sur place ou elle lui est envoyée par courrier;
- ▶ Recommande et offre la vaccination contre l'hépatite A et/ou l'hépatite B et prévoit la poursuite de la vaccination selon les modalités prévues dans l'établissement;
- ▶ Achemine les pages 1 et 2 du formulaire d'enquête à la DSPE par télécopieur, en utilisant le télécopieur dédié confidentiel. Il est important que ceci soit fait dès l'enquête terminée afin d'éviter des relances inutiles par la DSPE et de permettre la transmission d'information rapide aux organismes concernés.

Le professionnel de la DSPE :

- ▶ À la réception de l'enquête à la DSPE, l'infirmière de garde en prend connaissance et assure les suivis nécessaires auprès de l'organisme concerné pour la poursuite de l'intervention d'hémo/histovigilance s'il y a lieu);
- ▶ Complète les données MADO dans le système provincial.
- ▶ Complète l'information au Registre MILOGICA.

Si le client n'est pas joint :

Le professionnel du CSSS :

- ▶ Envoie une lettre au client. (Voir lettre-type dans la section des outils d'intervention, CSSS).

Note : Un minimum de 6 tentatives doivent être faites à différents moments de la journée sur un intervalle de 2 semaines avant de considérer que le client n'a pas été joint.

Si le client n'est toujours pas joint :

Le professionnel du CSSS :

- ▶▶ Retourne la liste de vérification pour les cas déclarés d'hépatite C. Ceci permet au professionnel de la DSPE de connaître le suivi accordé dans ce dossier et, s'il y a lieu, de comprendre les raisons de l'absence d'intervention auprès de ce cas.

Le professionnel de la DSPE :

- ▶▶ Envoie le formulaire d'hémovigilance à Héma-Québec;
- ▶▶ Envoie la lettre et le formulaire au médecin;
- ▶▶ Fait suivre les renseignements concernant l'hémo/histovigilance à Héma-Québec ou à l'organisme concerné, si un retour d'information en provenance du médecin lui parvient;
- ▶▶ Complète la saisie au système provincial des MADO et le système MILOGICA;
- ▶▶ Ferme et classe le dossier.

Note: Le partage des responsabilités entre le CSSS et la DSPE est conforme aux ententes antérieures entre les chefs de programme de CSSS et la coordonnatrice en maladies infectieuses de la DSPE.

INTERVENTION DE SANTÉ PUBLIQUE AUPRÈS D'UN CAS D'HÉPATITE C

INTERVENTION

1. RÉALISER L'INTERVENTION D'HÉMO/HISTOVIGILANCE :
 - ▶▶ Colliger l'information sur le formulaire d'enquête;
 - ▶▶ Transmettre à l'infirmière de la DSPE, l'information sur les dons et réception de sang, d'organes et de tissus en vue d'un suivi auprès des organismes concernés⁽¹⁾ pour éviter que l'infection ne se propage.
2. RENSEIGNER LA PERSONNE ATTEINTE SUR LES CONSEILS PRÉVENTIFS AFIN D'ÉVITER :
 - ▶▶ D'aggraver son état;
 - ▶▶ De transmettre l'infection.
3. OFFRIR LA VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE A ET/OU L'HÉPATITE B ET ADMINISTRER LE VACCIN APPROPRIÉ.

⁽¹⁾ Cette intervention sera réalisée par l'infirmière de la DSPE.

1. RÉALISER L'INTERVENTION D'HÉMO/HISTOVIGILANCE

Colliger l'information sur le formulaire d'enquête :

- Se référer à l'annexe 1 :
- ▶▶ Formulaire d'enquête – Hépatite C
 - ▶▶ Guide d'utilisation

Considérant les mesures mises en place par Héma-Québec pour sécuriser la banque de sang et celles des autres partenaires concernés par les dons d'organes et tissus, le risque de transmission de l'hépatite C par le sang, les organes et les tissus est considéré comme très faible au Québec. L'enquête permet de vérifier si la personne faisant l'objet d'une déclaration d'hépatite C a reçu ou donné du sang, des organes ou des tissus.

Dans l'affirmative, des liens sont faits avec les partenaires concernés, soit avec les banques de sang des CH concernés et/ou Héma-Québec et/ou les organismes responsables des dons d'organes ou de tissus, afin de leur transmettre l'information nécessaire.

Transmettre l'information sur les dons et réceptions de sang, d'organes ou de tissus

Afin de pouvoir retracer des personnes ayant pu être infectées lors de dons de sang ou d'organes, les organismes compétents (Héma-Québec, Québec-Transplant, ou le CH concerné) doivent alors être avisés du fait qu'une personne atteinte a été donneur ou receveur.

Dans certains cas (transfusion il y a un an ou moins), les produits ainsi retracés seront retirés de la circulation. C'est pourquoi dans ces circonstances, le centre hospitalier concerné doit être avisé de façon urgente.

La transmission de l'information à l'organisme concerné, sera réalisée par un professionnel de la DSPE à l'aide des « Formulaire A, Formulaire B partie 1 et formulaire B partie 2, formulaire B partie 2A et partie 2B ». (Annexe 2 : Outils DSPE).

On doit informer la personne atteinte :

- ▶▶ Qu'il est nécessaire de transmettre ses coordonnées et les dates de réception ou de dons afin de contribuer à la sécurité transfusionnelle et des transplantations, en :
 - ◆ retraçant les produits;
 - ◆ permettant le dépistage d'autres clients potentiellement infectés;
 - ◆ retirant les produits infectés se trouvant encore en circulation;
- ▶▶ Que la transmission de cette information se fera de façon confidentielle, et uniquement aux personnes pour lesquelles ces renseignements sont essentiels.

2. OFFRIR DES CONSEILS PRÉVENTIFS À LA PERSONNE INFECTÉE

Certains des éléments touchant les habitudes de vie et les facteurs de risque de la personne infectée doivent être recherchés afin d'offrir à celle-ci les informations pertinentes à sa condition. Le counselling pourra ainsi être davantage orienté en fonction des besoins propres à l'individu.

En plus, des renseignements donnés à la personne infectée, de la documentation telle que «*L'hépatite C, une infection sournoise*» et, au besoin, «*Programme québécois d'aide financière aux personnes infectées par l'hépatite C*», pourra lui être remise ou acheminée, selon le cas.

Counselling pour éviter d'aggraver l'atteinte hépatique :

- ▶▶ Ne pas consommer d'alcool (ou tout au moins en limiter la consommation) ;
- ▶▶ Discuter avec le médecin traitant avant la prise de tout nouveau médicament ;
- ▶▶ Se protéger contre les autres hépatites : vaccination contre le VHA et le VHB.

Counselling pour réduire le risque de transmission :

- ▶▶ Ne pas donner de sang, d'organes ou de tissus ni de sperme;
- ▶▶ Ne pas partager d'objets personnels (ex. : brosse à dents, rasoirs, etc.);
- ▶▶ Recouvrir toute blessure d'un pansement de façon à éviter de contaminer son environnement et se laver les mains par la suite;
- ▶▶ Ne pas partager de matériel d'injection ni de matériel de consommation de drogue si pertinent (ex. : ouate, tampon d'alcool, garrot, cuillère, eau, paille) et utiliser de l'équipement neuf à chaque fois;
- ▶▶ Ne pas partager d'aiguilles ayant percé la peau (ex. : aiguilles utilisées pour le perçage d'oreilles ou le body piercing, le tatouage, l'acupuncture ou l'électrolyse).

Counselling pour la protection des contacts familiaux

Les contacts familiaux ne devraient pas partager les articles de toilette personnels de personnes infectées par le VHC.

Le dépistage systématique des contacts familiaux n'est pas recommandé. Le dépistage doit être effectué en tenant compte des facteurs de risque individuels.

Counselling par rapport à la transmission sexuelle

- ▶▶ Informer son partenaire sexuel habituel;
- ▶▶ Les personnes ayant un partenaire sexuel stable et de longue date n'ont pas à changer leurs habitudes sexuelles. Après avoir été informé du risque (faible) de transmission du VHC, il appartient à chacun de juger s'il y a lieu d'utiliser des méthodes barrières et s'il est nécessaire que le partenaire se soumette à un test de dépistage;
- ▶▶ Les méthodes barrières peuvent être utilisées en présence de lésions ou durant les menstruations et pendant des activités pouvant causer un saignement, le risque de transmission sexuelle pouvant alors être plus élevé;
- ▶▶ Les recommandations visant une sexualité plus sécuritaire pour la prévention des ITS et du sida s'appliquent pour les personnes ayant de multiples partenaires sexuels. (ex. : méthodes barrières, etc.).

Recommandations aux femmes en âge de procréer

- ▶▶ Expliquer le risque de transmission périnatale (5 % ; 7 à 14 %, si la femme est aussi infectée par le VIH);
- ▶▶ Accouchement : pas de méthode à privilégier car il n'y a pas de lien démontré entre le mode d'accouchement et la transmission du VHC ;
- ▶▶ Allaitement : les données disponibles n'indiquent pas que l'allaitement maternel puisse transmettre le VHC. L'allaitement n'est donc pas déconseillé. Cependant, il est raisonnable de ne pas allaiter en présence de lésions ou de gerçures sur les mamelons.

L'enfant né d'une mère infectée

- ▶▶ Devrait faire l'objet d'une investigation qui permettra de détecter une éventuelle infection ;
- ▶▶ N'exige aucune précaution spéciale à la pouponnière (les mesures habituelles de contrôle des infections sont suffisantes) ;
- ▶▶ Doit recevoir la première dose de vaccin contre le VHB au cours du premier mois de sa vie et la vaccination sera poursuivie selon les intervalles recommandés.

L'enfant infecté à la naissance

- ▶▶ Se développe comme tout autre enfant durant les premières années de sa vie;
- ▶▶ Doit recevoir le vaccin contre le VHA à l'âge de 1 an.

Autres renseignements

De plus, les personnes infectées doivent être informées des faits suivants :

- ▶▶ Le VHC n'est pas transmis par la nourriture, l'eau, les contacts quotidiens comme les caresses, le partage d'ustensiles ou de verres, ni par les éternuements ou la toux;
- ▶▶ Les personnes infectées par le VHC ne doivent pas être exclues de leur milieu de travail, de l'école, du milieu de garde ou de tout autre endroit;
- ▶▶ Il existe un programme d'aide financière pour les personnes infectées par suite d'une transfusion sanguine ou de l'administration de produits sanguins. Référer à la RAMQ les personnes infectées qui pourraient être admissibles au programme d'aide financière,
(Référence : « L'hépatite C – une infection sournoise »)
- ▶▶ Il existe des groupes de soutien et d'entraide pour les personnes atteintes du VHC.
(Référence : « Information à l'intention des médecins – l'hépatite C »).

3. RECOMMANDER ET OFFRIR LA VACCINATION CONTRE LES HÉPATITES A ET B

Les porteurs chroniques de l'hépatite C, particulièrement ceux qui sont atteints d'une maladie hépatique chronique sont plus susceptibles d'avoir des complications sévères lorsqu'ils sont surinfectés par le virus de l'hépatite A ou celui de l'hépatite B. Par exemple, une étude publiée en 1998 a démontré une mortalité de 35 % chez des porteurs chroniques du VHC qui avaient contracté une hépatite A.

Une offre de vaccination combinée contre les deux types d'hépatites doit être faite à la personne porteuse. Si cette personne est déjà immunisée contre l'une ou l'autre des deux infections, les vaccins monovalents sont aussi disponibles gratuitement.

Une proportion importante de clients atteints d'hépatite C font partie des clientèles dites vulnérables, vivant de multiples problèmes sociaux et de santé et consultant peu le

réseau. On fait ici référence à la clientèle des toxicomanes. Il est donc important de saisir l'occasion offerte par l'enquête pour vacciner ces personnes :

- ▶▶ Si enquête par entrevue, débiter la vaccination immédiatement;
- ▶▶ Si entrevue téléphonique, prévoir rapidement un rendez-vous pour débiter la vaccination.

N.B. : Pour la vaccination des utilisateurs de drogues par injection, utiliser le calendrier adapté à cette clientèle. (Voir PIQ)

LISTE DES OUTILS D'INTERVENTION

OUTILS À L'USAGE DU CSSS (ANNEXE 1)

- ▶▶ Formulaire d'enquête Hépatite C.
- ▶▶ Guide d'utilisation du formulaire d'enquête pour les cas d'hépatite C.
- ▶▶ Lettre-type destinée à la personne infectée
- ▶▶ Vérification pour les cas déclarés d'hépatite C.

OUTILS À L'USAGE DE LA DSPE (ANNEXE 2)

- ▶▶ Lettre au médecin prescripteur d'une personne infectée par le virus de l'hépatite C.
- ▶▶ Formulaire d'hémo/histovigilance Hépatite C-Médecins.
- ▶▶ Formulaires d'hémo/histovigilance :
 - ◆ Demande à Héma-Québec de vérifier si une personne infectée a fait un don de sang (Formulaire C);
 - ◆ Demande de retrait de produits ou d'étude de dons antérieurs à Héma-Québec pour les personnes infectées ayant fait un don de sang. (Formulaire A);
 - ◆ Demande d'enquête à Héma-Québec pour une personne infectée ayant reçu du sang (Formulaire B - Partie 1).
 - ◆ Demande de la liste des produits transfusés au centre hospitalier pour une personne infectée ayant reçu du sang (Formulaire B – Partie 2A et Partie 2B).
- ▶▶ Algorithmes (hémo/histovigilance)
 - ◆ Hémovigilance « Réception »
 - ◆ Hémovigilance « Don »
 - ◆ Histovigilance « Réception »
 - ◆ Histovigilance « Don »

AUTRES OUTILS

- ▶▶ Aide-mémoire pour le médecin traitant. **(ANNEXE 3)**
- ▶▶ Brochure¹ : « L'hépatite C – Une infection sournoise ».
- ▶▶ Brochure¹ : « Information à l'intention des médecins – l'hépatite C ».
- ▶▶ Brochure¹ : « Programme québécois d'aide financière aux personnes infectées par l'hépatite C »
- ▶▶ Dépliant¹ : « L'hépatite C une maladie du foie

¹ Documents d'information pouvant être commandés à la DSPE

Annexe 1

OUTILS À L'USAGE DU CSSS :

- ◆ Hépatite C - Formulaire d'enquête
- ◆ Guide d'utilisation du formulaire d'enquête pour les cas d'hépatite C
- ◆ Lettre-type destinée à la personne infectée
- ◆ Hépatite C – Vérification pour les cas déclarés « Section CSSS »

MISE EN GARDE

Veillez vous assurer lors de l'enquête, d'utiliser la version la plus à jour.

Code alpha. : _____

Maladie** : _____

Nom, prénom : _____

Date d'épisode : _____ Ville : _____

HÉPATITE C FORMULAIRE D'ENQUÊTE

Sections 1 à 4 « Enquête »

1. IDENTIFICATION DU CAS

Nom : _____ Prénom : _____
DDN : ____/____/____ (an/ms/jr) Âge : _____ Sexe : M F
NAM : _____ Occupation : _____
Adresse : _____ Code postal : _____
Tél. rés. : _____ Tél. trav. : _____
Nom d'un parent ou tuteur (si c'est un enfant) : _____
Tél. travail : _____

2. DÉCLARATION

Source de déclaration : Médecin Laboratoire Sidep - ITSS
 Autre, spécifiez : _____
Date de la déclaration : ____/____/____ (an/ms/jr) Date de réception à la DSPE : ____/____/____ (an/ms/jr)
Date de la réception au CSSS : ____/____/____ (an/ms/jr)
Entrevue réalisée auprès du : Cas Autre, précisez : _____

3. HISTOIRE MÉDICALE

► **Manifestations cliniques compatibles** avec une hépatite aiguë dans les six derniers mois (ictère, urines foncées, douleurs abdominales diffuses, fatigue, anorexie)
 Oui Non Inconnu
Si oui, date du début des symptômes : ____/____/____ (an/ms/jr) Inconnue

4. HÉMO / HISTOVIGILANCE

INFORMATIONS À RECHERCHER : ➔ **Au cours des 6 derniers mois, si hépatite C aiguë**
➔ **À vie, si porteur chronique d'hépatite C ou cas non précisé**

► Avez-vous donné du sang depuis 1982 ?

Oui Non Inconnu

Si oui : 1) Précisez : Héma-Québec Date : ____/____/____ (an/ms/jr)
 Société canadienne du sang Date : ____/____/____ (an/ms/jr)
 Autre fournisseur (précisez) : _____ Date : ____/____/____

2) Avisez le client ou sa famille que cette information sera transmise à Héma-Québec ou à une autre organisation s'il y a lieu afin de prévenir des infections secondaires. (Le consentement n'est pas requis).



Code alpha. : _____

Maladie** : _____

Nom, prénom : _____

Date d'épisode : _____ Ville : _____

4. HÉMO / HISTOVIGILANCE (suite)

INFORMATIONS À RECHERCHER : ➔ **Au cours des 6 derniers mois, si hépatite C aiguë**
 ➔ **À vie, si porteur chronique d'hépatite C ou cas non précisé**

▶ Avez-vous fait un don de cellules souches (moelle osseuse ou autres origines), de tissus (cornée, os, peau, sperme) OU d'organes?

Oui Non Inconnu

Si oui, précisez : 1) Le don : _____

2) Date : ____/____/____ (an/ms/jr) CH : _____

Date : ____/____/____ (an/ms/jr) CH : _____

3) Avisez le client ou sa famille que cette information sera transmise à Québec-Transplant ou à une autre organisation s'il y a lieu, afin de prévenir des infections secondaires. (Le consentement n'est pas requis).

▶ Avez-vous reçu une ou des transfusions sanguines ou d'autres produits sanguins?

Oui Non Inconnu

Si oui, précisez : 1) Lesquels : _____

2) Date : ____/____/____ (an/ms/jr) CH : _____

Date : ____/____/____ (an/ms/jr) CH : _____

Si réception de **Facteur IX** 1) Avez-vous bénéficié du programme d'indemnisation pour hépatite C ?

Oui Si oui, précisez l'année : _____ Non Inconnu

▶ Avez-vous reçu des cellules souches (moelle ou autres origines), des greffes de tissus (cornée, peau, os), d'organes ou des inséminations artificielles?

Oui Non Inconnu

Si oui, précisez : 1) Laquelle : _____

2) Date : ____/____/____ (an/ms/jr) CH : _____

Date : ____/____/____ (an/ms/jr) CH : _____

NOMBRE TOTAL D'APPELS FAITS POUR JOINDRE LE CLIENT :

JOUR : _____ SOIR : _____ (A partir de 18 hres)

Nom de l'intervenante : _____ Date : ____/____/____ (an/ms/jr)

Note : *Si le client est non rejoint, veuillez retourner seulement le formulaire complété :
« Hépatite C-Vérification pour les cas déclarés section CSSS ».*

RETOURNER PAR TÉLÉCOPIEUR les pages 1 et 2 du formulaire :

**À la personne de garde en maladies infectieuses
Direction de santé publique et de l'évaluation
Télécopieur : 418 389-1560 (Dédié confidentiel)**

Code alpha. : _____
 Maladie** : _____
 Nom, prénom : _____
 Date d'épisode : _____ Ville : _____

Sections 5 à 8 « Intervention »
 À conserver par le CSSS

5. ÉLÉMENTS DE COUNSELING PERSONNALISÉ

►► Consommation de drogues présente ou antérieure (excluant la marijuana, incluant les stéroïdes anabolisants)

➤ Par injection (même si une seule fois) Oui Non Inconnu
 Si oui, partage du matériel d'injection (seringue, coton, filtre, liquide pour diluer ou nettoyer, cuillère, etc.) Oui Non Inconnu

➤ Par voie nasale Oui Non Inconnu
 Si oui, partage du matériel (paille) Oui Non Inconnu

►► Exposition au sang dans d'autres circonstances :

➤ Tatouage Oui Non Inconnu
 Si oui, indiquez le lieu : Salon professionnel de tatouage : _____
 Milieu carcéral : _____
 Autres, précisez : _____

➤ Perçage « *Body piercing* » Oui Non Inconnu
 Si oui, indiquez le lieu : Salon professionnel de perçage : _____
 Milieu carcéral : _____
 Autres, précisez : _____

►► Enfant né d'une mère infectée Oui Non Inconnu
 Nom de la mère : _____
 Date de naissance de la mère : ____/____/____ (an/ms/jr)

►► Relations sexuelles avec un partenaire infecté par le VHC Oui Non Inconnu
 Si oui, sexe du ou des partenaires VHC positifs :
 Masculin Féminin Les deux Inconnu

6. INTERVENTION GÉNÉRALE

►► Vaccination contre l'hépatite A :

Prévues ou en cours Refusée A fait la maladie Déjà vacciné Inconnu
 Nom du vaccin : _____ Nbre de doses : _____
 Date : ____/____/____ (an/ms/jr) Date : ____/____/____ (an/ms/jr) Date : ____/____/____ (an/ms/jr)

►► Vaccination contre l'hépatite B :

Prévues ou en cours Refusée A fait la maladie Déjà vacciné Inconnu
 Nom du vaccin : _____ Nbre de doses : _____
 Date : ____/____/____ (an/ms/jr) Date : ____/____/____ (an/ms/jr) Date : ____/____/____ (an/ms/jr)

►► Recommandation de faire subir un test de dépistage aux enfants s'il s'agit d'une mère infectée :
 Oui Non Non applicable Inconnu

GUIDE D'UTILISATION DU FORMULAIRE D'ENQUÊTE POUR LES CAS D'HÉPATITE C

Le formulaire d'enquête comprend deux parties.

PARTIE 1 (Section 1 à 4 « Enquête » à acheminer à la DSPE)

1. IDENTIFICATION DU CAS :

- » Information transmise lors du transfert du cas au CSSS par la DSPE.

2. DÉCLARATION :

- » Information transmise lors du transfert du cas au CSSS par la DSPE;
- » Fait référence à la source qui a fait la déclaration à la DSPE;
- » Précise avec qui le questionnaire a été complété.

3. HISTOIRE MÉDICALE :

- » Permet de nous donner un indicateur sur la raison du prélèvement.
Note : En l'absence de symptômes, on peut supposer qu'il s'agit d'un dépistage.
- » Permet de valider la définition nosologique.

4. HÉMO/HISTOVIGILANCE :

- » **Pour la recherche des dons ou réception de produits sanguins ou organes**, il est très important de respecter les périodes déjà déterminées :
 - **Au cours des 6 derniers mois pour l'hépatite C aiguë**
 - **A vie : pour hépatite C chez un porteur chronique ou statut non précisé.**
- » **Don ou réception de sang ou autre produits sanguins :**
 - Préciser le type de produit, la date et le CH concerné;
 - Élément complémentaire si facteur IX;
 - Vérifier si le client a déjà été indemnisé pour hépatite C.
- » **Don ou réception de cellules souches (moelle osseuse ou autre origine), de tissus (cornée, peau, os), d'organes ou d'insémination artificielle :**
 - Préciser laquelle, la date et le CH concerné.

PARTIE 2 (Section 5 à 8 « Intervention » À conserver au dossier du client)

5. ÉLÉMENTS DE COUNSELLING PERSONNALISÉ

La connaissance des facteurs de risques du cas-index permet de mieux cibler le counselling préventif qui peut lui être offert dans le cadre de l'intervention de santé publique.

» Consommation de drogues :

La consommation de drogues injectables est le plus important facteur de risque de transmission du VHC. Après un an d'injection, plus de 60% des consommatrices et consommateurs sont infectés et, après cinq ans, ce chiffre s'élève à 90 %.

Par injection : la consommation de drogue par injection, **ne serait-ce qu'une seule fois**, constitue un facteur de risque connu. Le partage du matériel est reconnu comme un comportement favorisant la transmission du VHC. Étant donné que le partage de matériel autre que les aiguilles et les seringues pourrait être associé à la transmission de l'infection, il faut tenir compte du partage de tout le matériel utilisé.

Par voie nasale : le partage du matériel de consommation par voie nasale comme les pailles, est possiblement associé à la transmission du VHC. La transmission de l'infection serait favorisée par le saignement de la muqueuse nasale, qui se produit souvent lorsque la drogue est prise de cette façon.

Consommation de drogues au cours de la dernière année et utilisation de drogues par injection : Ne pas inclure la consommation exclusive de « pot », marijuana, hashish ou alcool mais plutôt la consommation d'héroïne, de cocaïne, de mescaline, de PCP d'autres drogues dites « dures » ou d'ectasy. La consommation de stéroïdes par injection est une information pertinente. Cette question poursuit un objectif de surveillance de facteurs de risque et de caractérisation du réseau social et sexuel. Elle permet d'orienter au besoin le counselling au sujet de la réduction des méfaits liés à la toxicomanie.

» Exposition percutanée au sang dans d'autres circonstances :

Le risque de transmission du VHC par tatouage, perçage, électrolyse et acupuncture est limité quand les mesures de prévention des infections sont appliquées adéquatement. Toutefois, si de telles activités sont faites sans qu'on respecte les précautions appropriées, le risque de transmission du VHC existe.

Tatouage et perçage : importance de vérifier le lieu afin d'offrir le counselling approprié en fonction du lieu à risque ou non.

» Enfant né de mère infectée : le risque de transmission périnatale est de 5 % ; si la mère est également VIH positive, le risque augmente (il est de 14 à 17 %). Le degré de risque ne semble pas associé au type d'accouchement (césarienne ou voie vaginale), ni à l'allaitement. Le nom et la date de naissance de la mère serviront à retracer celle-ci dans le fichier MADO.

- » **Relations sexuelles avec un partenaire infecté par le VHC** : bien que la transmission par voie sexuelle est considérée peu probable, cet élément peut aider à sensibiliser sur l'importance préventive auprès des partenaires.

6. INTERVENTION GÉNÉRALE

- » **Vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B** : Administrer le vaccin contre les hépatites A et B ou un vaccin monovalent selon les circonstances

Note : Lors de l'administration d'un vaccin, compléter le registre I-CLSC.

- » **Renseignements au client** : aide-mémoire pour s'assurer que tous les aspects ont été traités et que le client a reçu l'information requise.

LETTRE-TYPE DESTINÉE À LA PERSONNE INFECTÉE

LOGO DU CSSS

Le

Prénom et nom du cas-index

Adresse

Ville et code postal

Bonjour,

Nous avons reçu de l'information concernant votre santé dont j'aimerais discuter avec vous.

N'ayant pu vous joindre par téléphone, je voudrais que vous communiquiez avec moi au numéro de téléphone _____ (*inscrire le numéro*), le _____ et le _____ (*jour-s de disponibilité*) entre _____ et _____ heures (*inscrire les périodes de disponibilité*). Si je ne suis pas disponible au moment de votre appel, n'hésitez pas à laisser un message dans ma boîte vocale ou à ma secrétaire, précisant à quel moment et à quel numéro de téléphone je peux vous rappeler.

J'attends votre appel.

Merci de votre attention,

Signature du professionnel

Nom de l'établissement

Code alpha : _____

Maladie** : _____

Nom, prénom : _____

Date d'épisode : _____ Ville : _____

HÉPATITE C VÉRIFICATION POUR LES CAS DÉCLARÉS « SECTION CSSS »

IDENTIFICATION : _____ D.N. : ____/____/____ (an/ms/jr)

Date du 1 ^{er} appel : ____/____/____ (an/ms/jr) Init. : _____ Heure : _____ Message laissé sur répondeur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date du 2 ^e appel : ____/____/____ (an/ms/jr) Init. : _____ Heure : _____ Message laissé sur répondeur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date du 3 ^e appel : ____/____/____ (an/ms/jr) Init. : _____ Heure : _____ Message laissé sur répondeur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Date du 4 ^e appel : ____/____/____ (an/ms/jr) Init. : _____ Heure : _____ Message laissé sur répondeur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date du 5 ^e appel : ____/____/____ (an/ms/jr) Init. : _____ Heure : _____ Message laissé sur répondeur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date du 6 ^e appel : ____/____/____ (an/ms/jr) Init. : _____ Heure : _____ Message laissé sur répondeur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CLIENT JOINT	CLIENT NON JOINT
↳ Envoi du formulaire d'enquête à la DSPE Date : ____/____/____ (an/ms/jr)	↳ Envoi de la lettre au client : Date : ____/____/____ (an/ms/jr) ↳ Retour de la « <i>Liste de Vérification</i> » à la DSPE : Date : ____/____/____ (an/ms/jr)

Quelle est la raison pour laquelle le questionnaire n'a pu être complété?

- Client refuse de répondre Pas de réponse à la lettre
 Autres, spécifiez : _____

Nom de l'intervenante : _____ Date : ____/____/____ (an/ms/jr)

SI CLIENT NON JOINT :
Retourner par télécopieur à la personne de garde en maladies infectieuses de la DSPE
Télécopieur : 418 389-1560 (dédié confidentiel)

Annexe 2

OUTILS À L'USAGE DE LA DSPE

- » Lettre au médecin prescripteur d'une personne infectée par le virus de l'hépatite C
- » Formulaire d'hémo/histovigilance Hépatite C – Médecins
- » Formulaires d'hémo/histovigilance :
 - ◆ Demande à Héma-Québec de vérifier si une personne infectée a fait un don de sang (Formulaire C)
 - ◆ Demande de retrait de produits ou d'étude de dons antérieurs à Héma-Québec pour les personnes infectées ayant fait un don de sang (Formulaire A)
 - ◆ Demande d'enquête à Héma-Québec pour une personne ayant reçu du sang (Formulaire B – Partie 1)
 - ◆ Demande de la liste des produits transfusés au centre hospitalier pour une personne infectée ayant reçu du sang (Formulaire B – Partie 2A et partie 2B)
- » Algorithmes
 - ◆ Hémovigilance « Réception »
 - ◆ Hémovigilance « Don »
 - ◆ Histovigilance « Réception »
 - ◆ Histovigilance « Don »

LETTRE-TYPE AU MÉDECIN PRESCRIPTEUR D'UNE PERSONNE INFECTÉE PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE C

Le

Docteur (re) XXX
XXX
XXX

OBJET : Déclaration d'hépatite C pour :

Docteur (re),

Notre Direction de santé publique a été informée par le Laboratoire de santé publique du Québec, que votre client a contracté l'hépatite C (VHC). Vous trouverez les coordonnées de celui-ci sur la copie du résultat se trouvant en annexe.

Nous avons tenté à plusieurs reprises, sans succès, de joindre votre client afin de compléter l'enquête épidémiologique et lui offrir les services préventifs appropriés.

En vertu du nouveau règlement ministériel sur les maladies à déclaration obligatoire, le médecin est tenu de transmettre au directeur de santé publique l'information concernant les dons et réceptions de sang, produits sanguins, tissus ou organes. Compte tenu de la responsabilité professionnelle du médecin prescripteur concernant le suivi clinique individuel de la personne atteinte, incluant le counselling et l'information concernant le programme d'indemnisation pour les personnes qui auraient été infectées par la réception de produits sanguins contaminés, **nous sollicitons votre collaboration pour :**

- » **Vérifier** si votre client a déjà donné ou reçu du sang, des produits sanguins, de la moelle osseuse, des tissus ou un organe;

Notes : *S'il s'agit d'une hépatite C aiguë confirmée, rechercher la présence de don ou réception de sang de cellules souche de tissus ou d'organe, au cours des 6 derniers mois.*

S'il s'agit d'une hépatite C non précisée ou chronique, rechercher la présence de don ou réception de sang, cellules souche de tissus ou d'organe, au cours de la vie du client.

- » **Nous informer** par téléphone ou en retournant par télécopieur le formulaire d'enquête ci-joint complété ceci afin de nous permettre d'effectuer le suivi auprès de l'organisme concerné ;
- » **Recommander à votre patient la vaccination contre les hépatites A et B**, maladies qui peuvent grandement aggraver son atteinte hépatique lorsqu'elles apparaissent.

Votre client pourrait bénéficier d'un programme de vaccination gratuite soit :

- Le vaccin combiné contre les hépatites A et B (TWINRIX™),
- Le vaccin monovalent contre l'hépatite A ou l'hépatite B (si cette personne est déjà immunisée contre l'une ou l'autre des maladies, naturellement ou par vaccination).

Vous remerciant sincèrement de votre précieuse collaboration, n'hésitez pas à contacter la personne de garde en maladies infectieuses au 418 389-1510 pour tout questionnement ou commentaire à ce sujet.

Veillez agréer, Docteur(re), nos salutations distinguées,

Signature : _____
DSPE Chaudière-Appalaches

p.j. - Rapport d'analyse du client
- Formulaire d'Hémo/Histovigilance Hépatite C – Médecins

/lp

Code alpha. : _____

Maladie** : _____

Nom, prénom : _____

Date d'épisode : _____ Ville : _____

HÉPATITE C FORMULAIRE D'HÉMO-HISTOVIGILANCE MÉDECINS

1. IDENTIFICATION DU CAS

Nom : _____ Prénom : _____
DDN : ____/____/____ (an/ms/jr) Âge : _____ Sexe : M F
NAM : _____ Occupation : _____
Adresse : _____ Code postal : _____
Tél. rés. : _____ Tél. trav. : _____

2. HÉMO/HISTOVIGILANCE

INFORMATIONS À RECHERCHER : ➔ **Au cours des 6 derniers mois, si hépatite C aiguë**
➔ **À vie, si porteur chronique d'hépatite C ou cas non précisé**

▶ Est-ce que votre client a donné du sang **depuis 1982** ?

Oui Non

Si oui : 1) Précisez : Héma-Québec Date : ____/____/____ (an/ms/jr)
 Société canadienne du sang Date : ____/____/____ (an/ms/jr)
 Autre fournisseur (précisez) : _____ Date : ____/____/____

2) Avertissez le client ou sa famille que cette information sera transmise à Héma-Québec ou à une autre organisation s'il y a lieu afin de prévenir des infections secondaires. (Le consentement n'est pas requis).

▶ Est-ce que votre client a fait un don de cellules souches (moelle osseuse ou autres origines), de tissus (cornée, os, peau, sperme) ou d'organes?

Oui Non

Si oui, précisez : 1) Le don : _____
2) Date : ____/____/____ (an/ms/jr) CH : _____
3) Avertissez le client ou sa famille que cette information sera transmise à Québec-Transplant ou à une autre organisation s'il y a lieu, afin de prévenir des infections secondaires. (Le consentement n'est pas requis).

▶ Est-ce que votre client a reçu une ou des transfusions sanguines ou d'autres produits sanguins?

Oui Non

Si oui, précisez : 1) Lesquels : _____
2) Date : ____/____/____ (an/ms/jr) CH : _____

▶ Est-ce que votre client a reçu des cellules souches (moelle ou autres origines), des greffes de tissus (cornée, peau, os), d'organes ou des inséminations artificielles?

Oui Non

Si oui, précisez : 1) Laquelle : _____
2) Date : ____/____/____ (an/ms/jr) CH : _____

▶ Client non joint

Signature du médecin : _____ **Date :** ____/____/____

(an/ms/jr)

RETOURNER PAR TÉLÉCOPIEUR : À la personne de garde en maladies infectieuses de la DSPE

Télécopieur : 418 389-1560 (dédié confidentiel)

FORMULAIRES D'HÉMO / HISTOVIGILANCE

- ◆ **Demande à Héma-Québec de vérifier si une personne infectée a fait un don de sang (Formulaire C)**
- ◆ **Demande de retrait de produits ou d'étude de dons antérieurs à Héma-Québec pour les personnes infectées ayant fait un don de sang (Formulaire A)**
- ◆ **Demande d'enquête à Héma-Québec pour une personne ayant reçu du sang (Formulaire B – Partie 1)**
- ◆ **Demande de la liste des produits transfusés au centre hospitalier pour une personne infectée ayant reçu du sang (Formulaire B – Partie 2A et partie 2B)**

Code alpha. : _____

Maladie** : _____

Nom, prénom : _____

Date d'épisode : _____ Ville : _____

HÉMOVIGILANCE
DEMANDE À HÉMA-QUÉBEC DE VÉRIFIER
SI UNE PERSONNE INFECTÉE A FAIT UN DON DE SANG

Formulaire C

Utiliser ce formulaire **UNIQUEMENT** si vous n'avez pas réussi à obtenir l'information concernant le don de sang.

URGENT (si c'est un cas aigu et que des produits peuvent encore être en circulation)

ROUTINE (AUTRES CAS)

Héma-Québec :

Lundi au vendredi entre 8 h 30 et 16 h 30 :
Soir et fin de semaine :

Télécopieur : 418 780-2094
Télécopieur : 418 780-2083

IDENTIFICATION DU DONNEUR

(À compléter par la DSPE)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code Postal : _____

Date de naissance : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Sexe : F M

PÉRIODE DE RECHERCHE

(À compléter par la DSPE)

DU : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) AU : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

NOM DE L'INTERVENANT

N° DE TÉLÉPHONE

Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

ACCUSÉ DE RÉCEPTION D'HÉMA-QUÉBEC

(À compléter par Héma-Québec)

NON, cette personne ne correspond pas à un donneur de sang pendant la période de recherche.

OUI, cette personne pourrait correspondre à un donneur de sang pendant la période de recherche.

Note : Si la réponse est « OUI », la DSP doit acheminer immédiatement le Formulaire A : **Demande de retrait de produits ou d'étude de dons antérieurs à Héma-Québec pour les personnes infectées ayant fait un don de sang.**

Autres commentaires : _____

Nom de l'intervenant d'Héma-Québec : _____ Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)



Après avoir complété cette section, retournez le formulaire par télécopieur à la DSPE de Chaudière-Appalaches au 418 389-1560 (dédié confidentiel) et nous aviser du résultat de l'enquête.

Code alpha. : _____

Maladie** : _____

Nom, prénom : _____

Date d'épisode : _____ Ville : _____

Formulaire A

HÉMOVIGILANCE DEMANDE DE RETRAIT DE PRODUITS OU D'ÉTUDE DE DONNÉS ANTÉRIEURS À HÉMA-QUÉBEC POUR LES PERSONNES INFECTÉES AYANT FAIT UN DON DE SANG

Héma-Québec : Lundi au vendredi entre 8 h 30 et 16 h 30 : 418 780-2094 (Télécopieur)
Soir et fin de semaine : 418 780-2083 (Télécopieur)

DNSP : SCS Autre fournisseur

IDENTIFICATION DU DONNEUR

(À compléter par la DSPE)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Date de naissance : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Sexe : F M

INFECTION EN CAUSE

(À compléter par la DSPE)

Nom de la maladie : _____

Date du début de la maladie : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Inconnue

Date du test de confirmation : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

Cochez s'il s'agit d'une **mise à jour** de l'information déjà fournie à Héma-Québec dans le cadre de la présente enquête pour ce donneur

Précisez : _____

NOM DE L'INTERVENANT

N° DE TÉLÉPHONE

Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

ACCUSÉ DE RÉCEPTION D'HÉMA-QUÉBEC

(À compléter par Héma-Québec)

	OUI	NON
Intervention d'Héma-Québec : Retrait de produits entrepris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étude de dons antérieurs entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aucune intervention n'est entreprise

Précisez : _____

Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

NOM DE L'INTERVENANT D'HÉMA-QUÉBEC



Après avoir complété cette section, retournez le formulaire par télécopieur à la personne de garde en maladies infectieuses de la DSPE. Télécopieur 418 389-1560 (dédié confidentiel).

HÉMOVIGILANCE – DEMANDE DE RETRAIT OU D'ÉTUDE DONNÉS ANTÉRIEURS

Code alpha. : _____

Maladie** : _____

Nom, prénom : _____

Date d'épisode : _____ Ville : _____

Formulaire B - Partie 1

HÉMOVIGILANCE DEMANDE D'ENQUÊTE À HÉMA-QUÉBEC POUR UNE PERSONNE INFECTÉE AYANT REÇU DU SANG

Héma-Québec : Lundi au vendredi entre 8 h 30 et 16 h 30 : 418 780-2094 (Télécopieur)
Soir et fin de semaine : 418 780-2083 (Télécopieur)

RÉFÉRENCE

(À compléter par la DSPE)

No de référence :

Cochez s'il s'agit d'une **mise à jour** de l'information déjà fournie à Héma-Québec dans le cadre de la présente enquête pour ce patient

Précisez : _____

Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

NOM DE L'INTERVENANT

N° DE TÉLÉPHONE

**Joindre le *Formulaire B – Partie 2a et Partie 2b*
même si la liste des produits n'est pas incluse en prenant soin de
masquer l'information à la section C sur l'identification du receveur.**

ACCUSÉ DE RÉCEPTION D'HÉMA-QUÉBEC

(À compléter par Héma-Québec)

Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

NOM DE L'INTERVENANT D'HÉMA-QUÉBEC



Faire suivre par télécopieur à la DSPE de Chaudière-Appalaches le plus rapidement et nous aviser des résultats de l'enquête.

Télécopieur : 418 389-1560 (dédié confidentiel)

HÉMOVIGILANCE – DEMANDE D'ENQUÊTE À HÉMA-QC

Code alpha. : _____

Maladie** : _____

Nom, prénom : _____

Date d'épisode : _____ Ville : _____

Formulaire B - Partie 2a

HÉMOVIGILANCE DEMANDE DE LA LISTE DES PRODUITS TRANSFUSÉS AU CENTRE HOSPITALIER POUR UNE PERSONNE INFECTÉE AYANT REÇU DU SANG

SECTION A

(À compléter par la DSPE)

Nom du chargé de sécurité transfusionnelle : _____ Tél. : _____

Télécopieur : _____

Nom du centre hospitalier : _____ No de télécopieur : _____

N° de référence : INFECTION EN CAUSE : _____

DATE DE DÉBUT DE LA MALADIE : ____/____/____ (aaaa/mm/jj) Inconnue

DATE DU TEST DE CONFIRMATION : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

POUR LES PRODUITS ADMINISTRÉS ENTRE LE : DATE : ____/____/____ ET LE DATE : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)

Nom de l'intervenant : _____ Téléphone : _____

Date : ____/____/____ (aaaa/mm/jj)

SECTION B

(À compléter par le chargé de sécurité transfusionnelle du centre hospitalier et initier un RIAT s'il y a lieu)

Cochez si la liste des produits administrés a déjà été acheminée à Héma-Québec
Dans ce cas, inscrivez le numéro d'enquête fourni par Héma-Québec : _____ et signer à l'endroit
prévu sans remplir le tableau et sans initier de RIAT et retourner à la DSPE.

Cochez si aucun produit n'a été administré dans votre CH.
Dans ce cas, signez à l'endroit prévu sans remplir le tableau et sans initier de RIAT et retourner à la DSPE.

Veillez remplir le formulaire et annexer la liste des produits dénominalisés « Formulaire B partie 2B », s'il y a lieu, et retourner dans les meilleurs délais par télécopieur à Héma-Québec.

Héma-Québec : Lundi au vendredi entre 8 h 30 et 16 h 30 : Télécopieur : 418 780-2094

Soir et fin de semaine : Télécopieur : 418 780-2083

Produit sanguin transfusé	Groupe ABO/Rh de l'unité	No de l'unité	Date de transfusion (aaaa/mm/jj)
---------------------------	--------------------------	---------------	-------------------------------------

Utiliser le tableau « Formulaire B-Partie 2b » de la page suivante.

ALGORITHMES

- ◆ **Hémovigilance « Réception »**
- ◆ **Hémovigilance « Don »**
- ◆ **Histovigilance « Réception »**
- ◆ **Histovigilance « Don »**

Code alpha. : _____

Maladie** : _____

Nom, prénom : _____

Date d'épisode : _____ Ville : _____

HÉMOVIGILANCE "RÉCEPTION" (Pendant la période d'incubation de la maladie)

Le contact avec le cas-index ou le médecin traitant doit être fait par téléphone ou lettre le plus rapidement possible. Suggestion : 5 appels en différents moments pendant une semaine. Si aucun résultat, expédier une lettre et attendre 2 semaines avant de fermer le dossier.

(N.B. Le délai peut être plus long pour l'hépatite B chronique ou l'hépatite C)

Réception d'une ou de plusieurs transfusions sanguines
(Concentrés de globules rouges, sang total, plaquettes, plasma congelé ou plasma frais congelé, cryoprécipités, granulocytes)
ou
d'autres produits sanguins
(facteur de coagulation ou immunoglobulines intraveineuses)

Aucun suivi à faire si :
Réception du Facteur IX au CH St-Sacrement
ET
A bénéficié du programme d'internisation pour Hépatite C

1. Contacter par téléphone le ou les chargés de sécurité transfusionnelle (CST) de la banque ou des banques de sang du ou des CH désigné(s) ou associé(s), sinon avec le département des archives du CH.
2. Transmettre la demande écrite par télécopieur "Formulaire B partie 2a et Formulaire B partie 2b".
N.B. : Demander à la personne responsable de l'enquête de valider auprès du client si ce dernier vous dit avoir eu des transfusions sanguines alors que le CH vous dit que ce client n'en a jamais reçu.

Aviser Héma-Québec
Transmettre par télécopieur :

- 1) Formulaire B partie 1
- 2) Formulaire B partie 2a (en masquant la section C)
- 3) Formulaire B partie 2b

À cette étape¹ on peut procéder à la fermeture du dossier

Aviser Héma-Québec de tout changement (nouvelles informations recueillies lors de l'enquête) "Formulaire B partie 1 en mentionnant l'item "mise à jour".

Réception de l'accusé de réception du "Formulaire B, partie 1", provenant d'Héma-Québec.

Réception de l'accusé réception du "Formulaire B - Partie 2a" provenant de la banque de sang du CH.

Réception du rapport d'enquête d'Héma-Québec.

¹ Même si nous n'avons pas reçu l'accusé réception d'Héma-Québec

N.B. : Suite à la réception du rapport d'enquête, il n'est pas de notre responsabilité d'assurer le suivi auprès du client et/ou du médecin traitant.

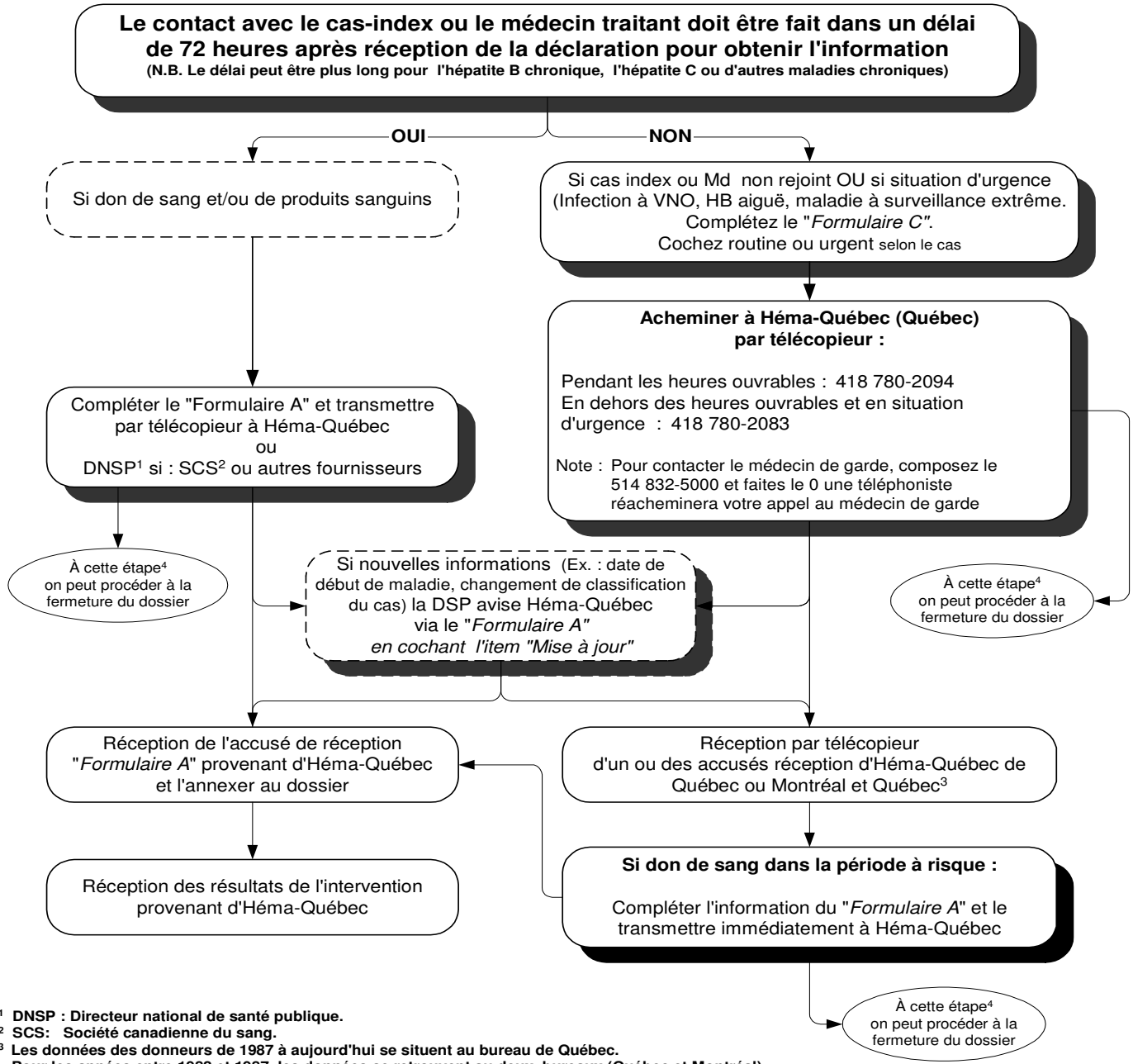
Code alpha. : _____

Maladie** : _____

Nom, prénom : _____

Date d'épisode : _____ Ville : _____

HÉMOVIGILANCE "DON" (Pendant la période de contagiosité)



¹ DNSP : Directeur national de santé publique.

² SCS: Société canadienne du sang.

³ Les données des donneurs de 1987 à aujourd'hui se situent au bureau de Québec.

Pour les années entre 1982 et 1987, les données se retrouvent au deux bureaux (Québec et Montréal).

⁴ Même si nous n'avons pas reçu l'accusé réception d'Héma-Québec.

N.B. : Suite à la réception du rapport d'enquête, il n'est pas de notre responsabilité d'assurer le suivi auprès du client et/ou du médecin traitant.

Code alpha. : _____

Maladie** : _____

Nom, prénom : _____

Date d'épisode : _____ Ville : _____

HISTOVIGILANCE "RÉCEPTION"

(Pendant la période d'incubation de la maladie)

Le contact avec le cas-index ou le médecin traitant doit être fait dans un délai de 72 heures après réception de la déclaration pour obtenir l'information
(N.B. Le délai peut être plus long pour l'hépatite B chronique ou l'hépatite C)

Si réception :

- Des cellules souches (moëlle osseuse ou autres origines)
- De tissus
- D'organes

Contacter le CH concerné vs personne responsable du programme de transplantation pour connaître :

- La nature du greffon (cellules souches, tissus ou organes) et
- La provenance du greffon (Québec-Transplant, Héma-Québec division Histo-Québec, autre organisation)

Aviser l'organisation ayant fourni le greffon :

- Québec-Transplant (Dir. med. resp. donneurs cadavériques d'organes) Tél. : 514 286-0615
- Héma-Québec, division Histo-Québec (Res. donneurs cadavériques de tissus) Tél. : 418 780-4362 # 2237
- L'organisation responsable du programme de don (Resp. des donneurs vivants (reins, cellules couchés))

Note : Réaviser l'organisme pour toutes nouvelles information recueillies.
(Ex. : date du début de la maladie, changement dans la classification du cas, etc.).

À cette étape¹ on peut procéder à la fermeture du dossier

Réception d'un avis provenant de l'organisation responsable lorsque l'intervention est débutée

Réception du résultat de l'enquête de l'organisme responsable

¹ Même si nous n'avons pas reçu l'avis de l'organisme responsable que l'intervention est débutée.
N.B. : Suite à la réception du rapport d'enquête, il n'est pas de notre responsabilité d'assurer le suivi auprès du client et/ou du médecin traitant.

Code alpha. : _____

Maladie** : _____

Nom, prénom : _____

Date d'épisode : _____ Ville : _____

HISTOVIGILANCE "DON"

(Pendant la période de contagiosité)

Le contact avec le cas-index ou le médecin traitant doit être fait dans un délai de 72 heures après réception de la déclaration pour obtenir l'information

(N.B. Le délai peut être plus long pour l'hépatite B chronique ou l'hépatite C)

Don de cellules souches
(moëlle osseuse ou autres origines),
de tissus ou d'organes

Contactez le CH concerné en s'adressant à la personne responsable du programme de transplantation ou les archives, pour connaître :

- ♦ Le type de don
- ♦ L'organisme responsable du programme de don

Aviser l'organisation responsable du programme de don :

- ♦ Québec-Transplant (Dir. med. resp. donneurs cadavériques d'organes) Tél. : 514 286-0600
- ♦ Héma-Québec, division Histo-Québec (Resp. donneurs cadavériques de tissus) Tél. : 418 780-4362 # 2237
- ♦ L'organisation responsable du programme de don (Resp. des donneurs vivants (reins, cellules souches))

Note : Réaviser l'organisme pour toutes nouvelles information recueillies.
(Ex. : date du début de la maladie, changement dans la classification du cas, etc.).

À cette étape¹
on peut procéder à la
fermeture du dossier

Réception du résultat de l'intervention par l'organisme responsable soit :

Québec-Transplant (Dir. med.)
Division Histo-Québec Héma-Québec
L'organisation responsable du programme de don
(Les modalités seront précisées plus tard)

¹ Même si nous n'avons pas reçu le rapport du résultat de l'intervention.

N.B. : Suite à la réception du rapport d'enquête, il n'est pas de notre responsabilité d'assurer le suivi auprès du client et/ou du médecin traitant.

Annexe 3

Aide-mémoire pour le médecin traitant

Aide-mémoire pour le médecin traitant

En présence d'une personne atteinte d'hépatite C

Pour éviter d'aggraver l'atteinte hépatique, lui recommander :

- ◆ de se faire vacciner contre l'hépatite A et l'hépatite B;
- ◆ de ne pas consommer d'alcool ou tout au moins de limiter sa consommation;
- ◆ de ne pas prendre de médicament, même ceux en vente libre, sans l'avis du médecin ou du pharmacien.

Pour réduire le risque de transmission de la maladie, lui recommander :

- ◆ de ne pas utiliser d'objets personnels (ex. : brosse à dents, rasoir, etc.);
- ◆ de ne pas partager d'aiguilles ayant percé la peau (ex. : aiguilles utilisées pour le perçage des oreilles ou le *body piercing*, le tatouage, l'acupuncture ou l'électrolyse);
- ◆ de recouvrir toute blessure et de se laver les mains ensuite;
- ◆ d'informer son partenaire sexuel habituel. S'il s'agit d'une relation stable ou monogame, la protection systématique au cours des relations sexuelles n'a pas à être recommandée. Par contre, l'utilisation du condom est recommandée pendant les menstruations ou pendant les activités pouvant causer un saignement. Il appartient à chacun de juger s'il y a lieu d'utiliser des préservatifs et de faire subir un test de dépistage au partenaire qui le désire;
- ◆ d'utiliser toujours le condom si elle a plusieurs partenaires;
- ◆ de ne pas donner de sang, d'organe, de tissu ni de sperme;
- ◆ de faire subir des tests de dépistage à ses enfants, s'il s'agit d'une mère infectée.

Pour la personne atteinte qui consomme des drogues :

- ◆ lui recommander de ne pas partager du matériel d'injection ni de matériel de consommation de drogue (ouate, tampon d'alcool, garrot, cuillère, eau, paille), et d'utiliser de l'équipement neuf chaque fois;
- ◆ l'inviter à participer à des programmes visant l'arrêt de la consommation de drogue et l'orienter vers les ressources qui offrent de tels programmes ou d'autres ressources appropriées.

Pour informer davantage la personnes infectée sur la maladie :

- ◆ lui rappeler que le VHC n'est pas transmis par la nourriture, l'eau, les contacts quotidiens comme les caresses, le partage d'ustensiles ou de verres, ni par les éternuements ou la toux;
- ◆ lui signaler que les personnes infectées par le VHC ne doivent pas être exclues de leur milieu de travail, de l'école, du milieu de garde ou de tout autre endroit;
- ◆ lui remettre la broche intitulée *L'hépatite C : Une infection sournoise*, et au besoin, le dépliant intitulé *Programme québécois d'aide financière aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C*;
- ◆ la diriger vers des groupes de soutien et d'entraide qui s'occupent des personnes atteintes d'hépatite C; lui fournir les numéros de téléphone suivant :
 - ↳ Fondation canadienne du foie : **1 800 563-5483**
 - ↳ Société de l'hépatite C du Canada : **1 800 652-4372**
 - ↳ Société canadienne de l'hémophilie : **1 800 668-2686**

Pour la sécurité des transfusions et des transplantations :

- ◆ si la personne infectée a reçu du sang ou des produits sanguins depuis 1982, ou de la moelle osseuse, aviser le centre hospitalier;
- ◆ si la personne a donné du sang, aviser Héma-Québec. Si le délai est de moins d'un an, aviser très rapidement;
- ◆ si la personne infectée a reçu ou donné un organe, aviser les responsables du programme de transplantation du centre hospitalier où a eu lieu la greffe ou le don si cette personne a reçu un organe (foie, rein, poumon, cœur, pancréas, intestin) d'un donneur vivant (don dirigé) ou si elle a fait elle-même un don d'organe; aviser Québec-Transplant s'il s'agit d'un don d'organe non dirigé (donneur cadavérique);
- ◆ si la personne infectée a donné des tissus, aviser les responsables du programme de transplantation du centre hospitalier ou de la clinique.

RÉFÉRENCES

- BOUCHER, Marc, et Andrée GAGNON. « Sur les soins de santé en reproduction pour les femmes vivant avec l'hépatite C », *Journal de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada*, n.º 96, octobre 2000, 846-875. Disponibles sur le site de la SOGC : (<http://www.sogc.medical.org>), dans la section des directives cliniques. (http://209.217.125.17/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/pdfs/ps96f.pdf)
- CANADIAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER (CASL). « Canadian Consensus Conference on the Management of Viral Hepatitis », *The Canadian Journal of Gastroenterology*, vol. 14, supplement B, july/august 2000, 5B-21B. (<http://www.lhsc.on.ca/casl/summ.htm>)
- CANADIAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER (CASL). « Current Issues in the Management of Viral Hepatitis », *The Canadian Journal of Gastroenterology*, vol. 14, supplement B, july/august 2000, 88p.
- CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION. « Recommendations for Prevention and Control of Hepatitis C Virus (HCV) Infection and HCV-Related Chronic Disease », *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, vol. 47, n.º RR-19, 40p. (<ftp://ftp.cdc.gov/pub/Publications/mmwr/rr/rr4719.pdf>)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'hépatite C. Information à l'intention des médecins*, 1999, 40p. (<http://www.msss.gouv.qc.ca/f/documentation/index.htm>)
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Recommandations visant la prise en charge des travailleurs exposés au sang et aux autres liquides biologiques*, 1999, 24p.
- NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. « Consensus Development Statement. Management of Hepatitis C » March 24-26, 1997, 32p. Site internet. (<http://www.hepnet.com/nihstate.html>)
- REVUE CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. « L'hépatite C : perspectives canadiennes », *Revue Canadienne de santé Publique*, vol. 91, supplément 1, juillet/août 2000, 48p.
- SANTÉ CANADA. « Prévention de l'hépatite C : un consensus en santé publique », *Relevé des Maladies Transmissibles au Canada*, vol. 25S2, juin 1999, 29p. (<http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/ccdr/99pdf/ccdr25s2f.pdf>)
- SANTÉ CANADA. « Prévention et lutte contre l'hépatite C : Lignes directrices et recommandations », *Relevé des Maladies Transmissibles au Canada*, vol. 21S2, juillet 1995, 21p.
- SANTÉ CANADA. « Lignes de conduite relatives à la prise en charge des adultes co-infectés par le VHC et le VIH : recommandations d'un groupe pluridisciplinaire

d'experts ». *Journal de la société canadienne de maladies infectieuses*, vol. 12 Supplément A, mars-avril 2001.

Site internet pour l'hépatite C (avec nombreux liens et références) : (www.hepnet.com)

Pour les personnes infectées par le VHC ou la population

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'hépatite C. Une infection sournoise*, 2000, 30p. (<http://www.msss.gouv.qc.ca/f/documentation/index.htm>)

Autres sources d'information pour la population

- ▶ Info-santé
- ▶ Fondation canadienne du foie (www.liver.ca)
- ▶ Société de l'hépatite C du Canada (<http://web.idirect.com/~hepc/mission/index.html>)
- ▶ Société canadienne de l'hémophilie (<http://www.hemophilia.ca/francais/index.html>)

