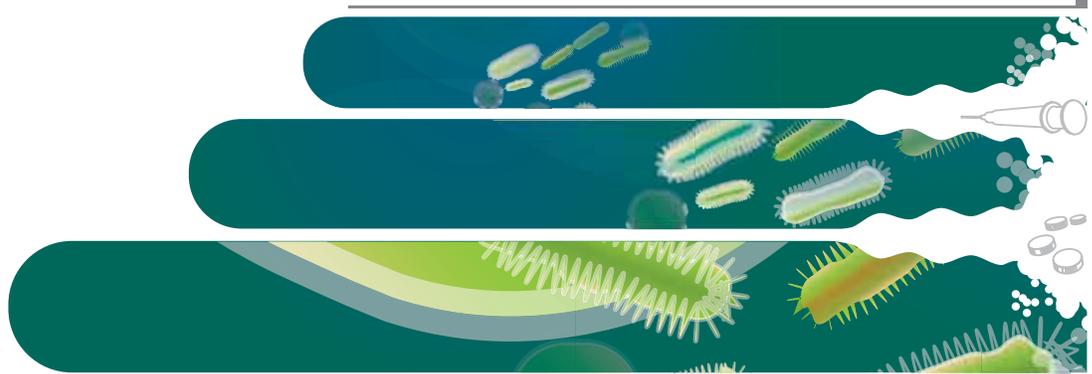


Guide d'intervention



Janvier 2014  
2<sup>e</sup> édition

# L'hépatite B

13-271-08W

**Le présent document a été produit par le Groupe de travail provincial sur l'hépatite B, mandaté par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses.**

**Les personnes suivantes ont fait partie du groupe de travail :**

Alejandra Irace-Cima, coordonnatrice, responsable du groupe de travail (de mai 2010 à septembre 2012)  
Direction de santé publique de Laval

Caroline Duchesne, coordonnatrice, responsable du groupe de travail (de novembre 2012 à janvier 2014)  
Direction de santé publique des Laurentides

Denise Décarie, médecin  
Direction de santé publique des Laurentides

Dominique Tremblay, médecin  
Direction de santé publique de la Montérégie

Michèle Tremblay, médecin  
Direction de santé publique de Montréal

**Ce document constitue la deuxième édition du Guide d'intervention sur l'hépatite B.**

**Les personnes suivantes faisaient partie du groupe de travail au moment de l'élaboration de la première édition, en 2005 :**

Jocelyne Daigneault, infirmière  
Direction de santé publique du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Denise Décarie, médecin  
Direction de santé publique des Laurentides

Monique Landry, médecin  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dominique Tremblay, médecin responsable du groupe de travail  
Direction de santé publique de la Montérégie

Michèle Tremblay, médecin  
Direction de santé publique de Montréal-Centre

**Secrétariat et mise en page**

Diane Côté, agente administrative  
Direction de santé publique des Laurentides  
Suzanne Nadon, agente administrative

**Révision Linguistique**

Yvette Gagnon, réviseure

**Les figures 1, 2, 3 et 4 ont été reproduites dans la langue d'origine afin de respecter l'intégralité des œuvres.**

**Document adopté par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI no 87a) le 28 février 2013**

**Édition :**

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca), section Documentation, rubrique Publications**

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

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014  
Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-69837-1 (version PDF)  
2<sup>e</sup> édition, janvier 2014

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014

## **REMERCIEMENTS**

Le Groupe de travail provincial sur l'hépatite B, mandaté par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses, tient à remercier, pour leurs précieux commentaires à l'occasion de la mise à jour du guide, les professionnels des directions de santé publique, ceux du Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que ceux du Comité sur les analyses de laboratoire en lien avec les ITSS.



# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX, DES FIGURES ET DES ALGORITHMES

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CONTEXTE .....	1
INTRODUCTION .....	1
ÉPIDÉMIOLOGIE .....	2
1 DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES .....	5
2 LA MALADIE.....	6
2.1 Tableau clinique.....	6
2.2 Les quatre phases de l'hépatite B .....	8
2.3 Complications .....	10
2.4 Période d'incubation .....	10
2.5 Caractéristiques du virus et modes de transmission .....	11
2.6 Période de contagiosité .....	13
2.7 Facteurs de risque .....	13
3 ÉPREUVES DE LABORATOIRE .....	15
3.1 Marqueurs sérologiques de l'hépatite B .....	15
3.2 Courbes de l'évolution des marqueurs sérologiques (hépatites B aiguë et chronique) .....	18
4 DÉFINITIONS DES CONTACTS .....	19
4.1 Contact domiciliaire.....	19
4.2 Contact sexuel .....	19
4.3 Contact « autre » .....	20
5 INTERVENTION .....	20
5.1 Déclaration des cas .....	20
5.2 Enquête épidémiologique.....	20
5.2.1 Objectifs de l'enquête épidémiologique.....	20
5.2.2 Étapes de l'enquête épidémiologique .....	21
5.2.3 Cas déjà déclarés .....	22
6 SITUATIONS PARTICULIÈRES .....	26
BIBLIOGRAPHIE .....	28

## ANNEXES

ANNEXE 1	Évolution de l'hépatite B .....	33
ANNEXE 2	Grille d'évaluation du risque de transmission du VHB dans un service de garde en milieu familial .....	35
ANNEXE 3	Questionnaire relatif à l'enquête épidémiologique.....	37
	Suivi des contacts.....	44
ANNEXE 4	LETTRE 1 – Lettre à la femme enceinte infectée par le VHB – Vaccination du nouveau-né.....	47
	LETTRE 2 – Lettre aux parents – Recherche sérologique d'anticorps, après la vaccination, chez le nouveau-né .....	50
	LETTRE 3 – Lettre au cas-index – Échec du contact téléphonique .....	53
	LETTRE 4 – Lettre au cas d'hépatite B porteur chronique.....	56
	LETTRE 5 – Lettre au cas d'hépatite B aiguë, au porteur chronique ou aux contacts – Présentation du document d'information sur l'hépatite B.....	59
ANNEXE 5	Fiche de vaccination contre l'hépatite B Informations importantes sur la vaccination contre l'hépatite B des nouveau-nés de mères porteuses du virus de l'hépatite B .....	63

## LISTE DES TABLEAUX, DES FIGURES ET DES ALGORITHMES

TABLEAU 1	Facteurs de risque d'acquisition de l'hépatite B, du plus important au moins important.....	14
FIGURE 1	Les quatre phases de l'hépatite B chronique.....	10
FIGURE 2	Virus de l'hépatite B .....	18
FIGURE 3	Hépatite B aiguë évoluant vers la résolution de l'infection : marqueurs sérologiques .....	18
FIGURE 4	Hépatite B aiguë évoluant vers l'infection chronique : marqueurs sérologiques .....	18
ALGORITHME 1	Immunisation du nouveau-né (si la mère est AgHBs+ ou a fait une hépatite B aiguë au 3 <sup>e</sup> trimestre de sa grossesse).....	23
ALGORITHME 2	Immunisation des contacts d'un cas d'hépatite B chronique.....	24
ALGORITHME 3	Immunisation des contacts d'un cas d'hépatite B aiguë.....	25

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADN	Acide désoxyribonucléique
AgHBe	Antigène « e » de l'hépatite B
AgHBs	Antigène de surface du virus de l'hépatite B
ALT	Alanine aminotransférase
Anti-HBc	Anticorps contre l'antigène de la nucléocapside du virus de l'hépatite B
Anti-HBe	Anticorps contre l'antigène « e » du virus de l'hépatite B
Anti-HBs	Anticorps contre l'antigène de surface du virus de l'hépatite B
AST	Aspartate aminotransférase
DSP	Direction de santé publique
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IgM	Immunoglobuline de type M
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
SERTIH	Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes
TCNMI	Table de concertation nationale en maladies infectieuses
UDI	Utilisateur de drogues injectables
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

## CONTEXTE

Le groupe de travail responsable de la rédaction du *Guide d'intervention sur l'hépatite B* a entrepris son mandat en 2002 et a déposé son document à la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) en juin 2005. Cette dernière ne l'a pas adopté, mais l'a diffusé dans les directions de santé publique (DSP) afin que les professionnels puissent l'utiliser et s'en inspirer pour définir leur offre de service régionale.

Plus récemment, la TCNMI a fait un sondage auprès des DSP pour connaître l'utilisation du guide et les besoins des professionnels concernant la mise à jour de celui-ci. Dans l'ensemble des régions, on a jugé utile d'avoir un guide provincial. Un comité a donc été formé en 2011 afin de réviser le *Guide d'intervention sur l'hépatite B*.

## INTRODUCTION

Le présent guide porte sur l'intervention à effectuer lorsque des cas d'hépatite B aiguë ou chronique sont déclarés aux autorités de santé publique d'une région sociosanitaire, cette maladie étant à déclaration obligatoire au Québec.

S'appuyant sur les recommandations scientifiques en vigueur au moment de sa publication, ce guide s'adresse aux professionnels mandatés par le directeur de santé publique d'une région pour mener les enquêtes épidémiologiques, selon les termes de la Loi sur la santé publique (article 96), et il vise à les soutenir dans leur travail.

L'intervention, incluant l'enquête épidémiologique, faite auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite B (VHB) sert particulièrement :

- à identifier et à protéger les contacts, soit ceux des cas d'hépatite B aiguë ou chronique et les nouveau-nés de mères infectées par le VHB ;
- à informer les personnes infectées et leurs contacts des mesures de prévention ;
- à surveiller les causes potentielles des infections aiguës tout en vérifiant si celles-ci ont une source commune ;
- à suivre l'épidémiologie de la maladie.

Le questionnaire d'enquête, des modèles de lettres à envoyer selon la situation ainsi que d'autres outils se trouvent en annexe au document.

Afin que les interventions soient conformes aux recommandations les plus récentes, le lecteur sera souvent invité à se référer à d'autres guides ou protocoles, notamment le *Protocole d'immunisation du Québec*.

## ÉPIDÉMIOLOGIE

On estime à deux milliards le nombre de personnes présentement infectées ou ayant été infectées par le VHB ; en effet, le tiers de la population mondiale a un marqueur sérologique du virus de l'hépatite B indiquant une infection actuelle ou ancienne.

Chaque année dans le monde, plus de 520 000 personnes décèdent des suites de l'hépatite B : 52 000 meurent d'une hépatite B aiguë et 470 000 d'une cirrhose ou d'un cancer du foie. Selon l'Organisation mondiale de la santé, il y aurait eu, en 2000, 5,2 millions de cas d'hépatite B aiguë. Le cancer primitif du foie vient en sixième place des cancers les plus communs ; plus de 50 % des cas de ce cancer sont attribuables à l'infection chronique par le virus de l'hépatite B, carcinogène qui se situe au deuxième rang après le tabac.

La prévalence de l'hépatite B et ses modes de transmission varient beaucoup selon les régions du monde :

- dans les pays de haute endémicité (prévalence de l'infection chronique supérieure à 8 %) – soit plusieurs pays d'Afrique et d'Asie –, la transmission se fait surtout en période périnatale, d'une mère infectée à son nouveau-né, ou en bas âge ;
- dans les pays d'endémicité modérée (prévalence de l'infection chronique se situant entre 2 et 8 %) – soit plusieurs pays de la Méditerranée, du Moyen-Orient et du sous-continent indien –, les transmissions périnatale, domiciliaire et sexuelle représentaient les principaux modes de transmission dans le passé alors qu'actuellement le partage d'aiguilles entre utilisateurs de drogues injectables, la transmission nosocomiale, le tatouage et le perçage corporel sont des modes de transmission importants. Dans ces pays, l'infection est acquise à l'âge adulte ;

- dans les pays de faible endémicité (prévalence de l'infection chronique inférieure à 2 %) – essentiellement des pays d'Europe de l'Ouest et d'Amérique du Nord ainsi que l'Australie –, la transmission se fait surtout par voie sexuelle et par partage d'aiguilles entre utilisateurs de drogues injectables.

On trouve encore peu de données sur l'Amérique du Sud et l'Europe de l'Est<sup>1</sup>.

Au Canada, depuis l'introduction de la vaccination contre l'hépatite B au début des années 1980, l'hépatite B aiguë connaît une diminution. Le Canada est un pays qui a toujours été considéré comme étant de faible endémicité. On estime que moins de 5 % de la population a un marqueur du virus indiquant qu'une personne fait ou a fait antérieurement une hépatite B ; de plus, environ 0,5 % de la population aurait une infection chronique et pourrait donc transmettre le virus (CCNI, 2006). En 2010, le taux d'incidence de l'hépatite B aiguë y était estimé à 0,6 par 100 000 habitants (ASPC, 2011), une baisse très importante par rapport aux données de 1999 (4,2 par 100 000 habitants).

Au Québec, le taux d'incidence de l'hépatite B aiguë était estimé à 0,40 par 100 000 habitants en 2012, chiffre qui correspond à une baisse de plus de 200 % depuis 2000 (2,4 par 100 000 habitants). Le taux d'incidence des hépatites B aiguë, chronique et non précisée était de 11,5 par 100 000 habitants en 2012, en baisse de plus de 50 % depuis 1995 (Lambert, Venne et Minzunza, 2013). Les personnes âgées de 25 à 45 ans sont les plus touchées, représentant plus de 55 % de tous les cas, et on trouve plus de cas chez les hommes que chez les femmes.

---

1. Pour des données sur l'endémicité de l'hépatite B dans les différents pays, le lecteur est prié de se référer au *Guide d'intervention en santé-voyage : Situation épidémiologique et recommandations 2013*, préparé par le Comité consultatif québécois sur la santé des voyageurs et produit par l'Institut national de santé publique du Québec (consultable au [www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)).



# 1 DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES<sup>2</sup>

## HÉPATITE B AIGÜE

### Cas confirmé

Présence des deux conditions suivantes :

1. manifestations cliniques suggérant une hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou une augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT ; **et**
2. détection sérologique d'IgM anti-HBc et d'AgHBs.

OU

Nourrisson chez qui on a décelé la présence d'AgHBs et qui est né d'une mère AgHBs positive.

### Cas probable

Présence des quatre conditions suivantes :

1. manifestations cliniques suggérant une hépatite aiguë (ex. : ictère, urines foncées) ou une augmentation des enzymes hépatiques AST ou ALT ; **et**
2. détection sérologique d'AgHBs ; **et**
3. recherche négative d'IgM anti-VHA et anti-VHC ; **et**
4. aucune autre cause apparente.

## HÉPATITE B PORTEUR CHRONIQUE

### Cas confirmé

Présence d'une des deux conditions suivantes :

1. détection à deux reprises d'AgHBs ou d'ADN du virus de l'hépatite B à au moins 6 mois d'intervalle ; **ou**
2. en l'absence de manifestations cliniques d'hépatite aiguë, détection d'AgHBs et recherche négative d'IgM anti-HBc.

## HÉPATITE B NON PRÉCISÉE

Détection sérologique d'AgHBs ou d'ADN du virus de l'hépatite B chez une personne au sujet de laquelle l'information disponible ne permet pas le classement comme cas aigu ou porteur chronique.

---

2. COMITÉ DES DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES (2012). *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Maladies d'origine infectieuse – Définitions nosologiques*, rédigé par Paul Rivest, M.D., et al., 9<sup>e</sup> éd., [Québec], Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 51.

## 2 LA MALADIE

L'hépatite B est une infection du foie causée par le virus de l'hépatite B, dont le réservoir est l'être humain. Les symptômes et les signes reliés à l'infection par ce virus sont très variables.

### 2.1 Tableau clinique

#### HÉPATITE B AIGUË

Environ 50 à 80 % des adultes infectés n'ont aucun symptôme ; l'infection passe donc très souvent inaperçue. Toutefois, ces personnes sont contagieuses.

- Symptômes – les manifestations cliniques reliées à l'hépatite B aiguë sont plus ou moins marquées (Seeger, Zoulim et Mason, 2007) :
  - asthénie ;
  - anorexie ;
  - nausées, vomissements ;
  - douleurs abdominales ;
  - légère fièvre, arthralgies, rash.
- Signes :
  - hépatomégalie avec hépatalgie ;
  - splénomégalie dans 10 % des cas ;
  - environ 30 % des adultes présentant des symptômes ont un ictère qui débute de façon soudaine. À ce moment, les selles sont pâles et les urines, foncées. Les enfants et les nouveau-nés infectés sont très rarement ictériques (Schiffman, 2010).

Une hépatite fulminante survient dans moins de 1 % des cas d'hépatite B aiguë avec ictère (Van Damme *et al.*, 2010). Elle se manifeste par une insuffisance hépatique aiguë, avec encéphalopathie et coagulopathie, et survient dans les huit semaines suivant le début de l'ictère.

## HÉPATITE B CHRONIQUE

Moins de 5 % des adultes ayant eu une hépatite aiguë (avec ou sans symptômes) deviennent porteurs chroniques et demeurent contagieux, en général, pour le reste de leur vie. D'une part, le fait de présenter des symptômes d'une hépatite B aiguë n'annonce pas la chronicité de l'infection. D'autre part, le risque de devenir porteur chronique est inversement proportionnel à l'âge au moment de l'infection (nourrissons : 90 % ; enfants de moins de 5 ans : 30 % ; adultes : < 5 %). En Occident, entre 1 et 2 % des porteurs chroniques se départissent du virus chaque année et ne sont plus contagieux, alors qu'en région endémique, le pourcentage varie de 0,5 à 0,8 % (Lok, 2007).

Si l'atteinte hépatique est faible ou absente, aucun symptôme ni signe ne révèle une hépatite B chronique. Dans les autres cas habituellement reliés à des complications, les symptômes et les signes sont les suivants.

- Symptômes :
  - asthénie ;
  - malaises généraux ;
  - hépatalgie.
- Signes – présence de stigmates d'hépatite chronique ou de cirrhose :
  - érythème palmaire ;
  - angiomes stellaires (surtout sur le tronc supérieur) ;
  - gynécomastie ;
  - atrophie testiculaire ;
  - maladie de Dupuytren (contracture progressive du fascia palmaire, qui cause une déformation en flexion des doigts) ;
  - ascite.

Les personnes porteuses chroniques, qu'elles présentent des symptômes ou non, sont contagieuses.

L'évolution à long terme de l'hépatite B chronique dépend du degré d'atteinte hépatique au moment où la réplication virale est supprimée définitivement. Le cours naturel de l'hépatite B chronique est ponctué de flambées spontanées. Des épisodes récurrents de nécro-inflammation et de régénération augmentent le risque de fibrose, de cirrhose et de carcinogénèse.

Certains patients sont infectés par un variant du virus de l'hépatite B (hépatite B à mutant précore) incapable de produire l'antigène « e » de l'hépatite B (AgHBe) ; toutefois, ils demeurent contagieux. Le type d'hépatite chronique dû à ce variant connaît une croissance partout dans le monde et, dans la région méditerranéenne, les cas qui y sont attribuables représentent plus de la moitié des infections chroniques. Celles-ci peuvent évoluer par flambées répliquatives séparées par des périodes plus ou moins longues où la réplication virale reste faible. De telles poussées d'hépatite constituent autant d'agressions sur le foie qui favorisent, chez ces patients, une progression plus rapide vers la cirrhose.

## 2.2 Les quatre phases de l'hépatite B

L'infection par le VHB évolue en quatre phases.

### 1) La phase d'immunotolérance

La toute première phase de l'infection s'appelle l'immunotolérance. Chez l'adulte en bonne santé, elle est de courte durée, soit de deux à quatre semaines, alors que, chez le nouveau-né, elle peut durer des décennies. Même s'il n'y a pas de symptômes de la maladie et que les valeurs de transaminases sont normales, la réplication virale est active : l'antigène de surface du virus (AgHBs) devient détectable dans le sang après une période d'une à douze semaines suivant l'exposition et la quantité de virus est très élevée, souvent de l'ordre de  $10^9$  à  $10^{10}$  virions par millilitre.

### 2) La phase immunoactive

Durant la deuxième phase de l'infection, qualifiée d'immunoactive, la réponse immunologique se développe, entraînant la stimulation des cytokines, la lyse des cellules hépatiques (comme en témoigne l'augmentation des transaminases) et l'activité inflammatoire. Les symptômes peuvent apparaître chez les personnes atteintes d'une hépatite B aiguë et ils durent en moyenne de trois à quatre semaines ; chez les personnes ayant une infection chronique, cette phase peut persister pendant dix ans ou plus et conduire à la cirrhose, avec ses possibles complications.

### 3) La phase de réplication virale faible ou nulle

La troisième phase de l'infection, celle de la réplication virale faible ou nulle, survient après le début de la production des anticorps contre l'antigène « e » du virus de l'hépatite B (anti-HBe), marquant ainsi la séroconversion. La réplication virale persiste mais très faiblement, étant supprimée par la réponse immunitaire de l'individu. La séroconversion est suivie de la disparition des signes biochimiques et des signes histologiques d'activité inflammatoire. Cette phase, aussi nommée « état de porteur inactif<sup>3</sup> », peut être suivie de la résolution de l'infection où l'AgHBs devient non détectable et les anticorps contre l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (anti-HBs), détectables.

### 4) La phase de réactivation

Le pronostic des porteurs inactifs sans cirrhose est habituellement bon mais, chez une proportion de 20 à 30 % de ceux-ci, une réactivation de la maladie peut se produire. Constituant la dernière phase de l'infection, la réactivation est le passage d'une infection non répliquative à une infection répliquative. Elle peut aussi survenir chez un patient dont l'infection était résolue (AgHBs négatif et anti-HBs positif). Elle peut s'accompagner ou non de symptômes et survient particulièrement à la suite :

- d'une surinfection par un autre virus – virus de l'hépatite D, virus de l'immunodéficiency humaine (VIH), virus de l'hépatite A (VHA) ou virus de l'hépatite C (VHC) ;
- d'une hépatite médicamenteuse ;
- d'une consommation abusive d'alcool ;
- d'une chimiothérapie ou, encore, de la prise de médicaments cytotoxiques ou immunosuppresseurs.

Lorsqu'il y a réactivation, les résultats de tests de laboratoire peuvent correspondre à ceux de l'hépatite B aiguë, soit :

- AST et ALT élevés;
- réapparition ou hausse de l'ADN du VHB ;
- AgHBe négatif ou positif ;
- titre des IgM anti-HBc atteignant un niveau détectable (MSSS, 2010).

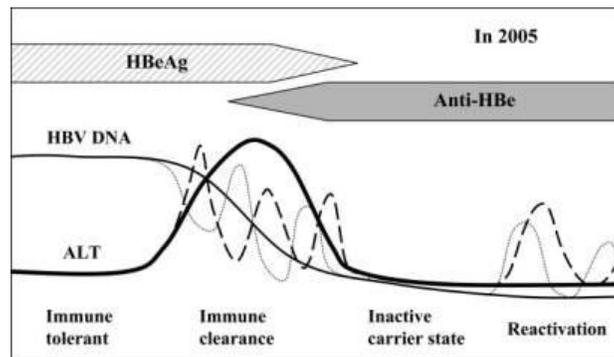
---

3. Le terme « porteur inactif » de l'AgHBs remplace dorénavant les termes « porteur sain » et « porteur asymptomatique ».

Des épisodes de réactivation répétés représentent autant d'agressions sur le foie ; ils font augmenter les lésions histologiques et progresser la fibrose.

**FIGURE 1**

**Les quatre phases de l'hépatite B chronique**



Tiré de : Yim et Lok, 2006.

## 2.3 Complications

Les porteurs chroniques demeurent généralement en bonne santé, mais sont plus à risque de développer une maladie chronique du foie comme le carcinome hépatocellulaire qui peut survenir après plusieurs décennies d'infection. Le risque de décéder d'une complication liée à l'infection (hépatite chronique active, cirrhose ou carcinome hépatocellulaire) au cours de leur vie est de 15 à 25 % (CDC, 2003). Le risque de connaître une complication à la suite d'une infection chronique par le VHB dépend (CDC, 2003) :

- de la durée de l'infection ;
- de la co-infection par d'autres hépatites virales ou par le VIH ;
- de la persistance de la réplication active du virus (AgHBe positif) ;
- de la consommation d'alcool et de la prise de médicaments hépatotoxiques.

## 2.4 Période d'incubation

La période d'incubation de l'hépatite B varie de 30 à 180 jours, mais dure en moyenne 90 jours (Seeger, Zoulim et Mason, 2007).

## 2.5 Caractéristiques du virus et modes de transmission

Le VHB est approximativement cent fois plus infectieux que le VIH et dix fois plus que le VHC, car le virus est présent en plus grande quantité dans les liquides infectieux (CDC, 2003). Le sang, tout liquide corporel teinté de sang et les sécrétions génitales<sup>4</sup> sont potentiellement infectieux (Schiffman, 2010). Il en va de même pour les liquides céphalo-rachidien (LCR), synovial, pleural, péritonéal, péricardique et amniotique (Henderson *et al*, 2010). Il n'y a aucun risque de transmission du virus par l'air ambiant ni par les insectes.

L'antigène du virus de l'hépatite B a été retrouvé dans le lait maternel, mais l'allaitement n'augmenterait pas le risque d'infection chez l'enfant, selon des études d'Angleterre et de Taïwan. Le risque est cependant plus important si la mère, au moment où elle allaite son enfant, a des crevasses ou des saignements autour des mamelons mais, si le nouveau-né est rapidement protégé contre le VHB après sa naissance, il n'y a aucune contre-indication à l'allaitement (AAP, 2012).

Les selles, l'urine, les crachats, la salive, la sueur et les larmes ne sont pas considérés comme infectieux, sauf s'ils sont teintés de sang (CDC, 2008a). On a retrouvé de l'AgHBs dans quelques-uns de ces liquides, mais en trop petite quantité pour transmettre l'infection (CDC, 2008a). Toutefois, selon les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), la salive est considérée comme infectieuse lorsqu'une morsure entraîne un bris de la peau (CDC, 2008a).

Le sang contient la plus grande concentration du virus et il est donc le liquide le plus infectieux (CDC, 2008a).

Le virus de l'hépatite B peut se transmettre :

- directement, d'une personne infectée à une autre personne ;
- indirectement, lorsqu'un objet contaminé sert d'intermédiaire pour transmettre le virus d'une personne infectée à une autre personne. Il est établi que le virus peut survivre plus de sept jours dans l'environnement (MSSS, 2011).

---

4. Liquide pré-éjaculatoire, sperme et sécrétions vaginales.

La transmission peut se faire :

- par contact de sang passant à travers la peau à l'occasion :
  - d'une piqûre ou d'une blessure liée à l'utilisation de drogues par injection s'il y a partage de seringues, d'aiguilles ou d'autre matériel servant à l'injection. Selon l'Organisation mondiale de la santé, entre 8 000 000 et 16 000 000 d'infections causées par le VHB seraient attribuables à des injections non sécuritaires chaque année,
  - d'une piqûre ou d'une blessure liée à un tatouage, à un perçage corporel, à un perçage d'oreilles, à l'électrolyse, à l'acupuncture et pendant tout traitement ou dans toute situation où des aiguilles sont utilisées pour percer la peau (seulement si les aiguilles utilisées ne sont pas stériles ou si les pratiques de base relatives à la prévention des infections ne sont pas respectées),
  - d'une blessure avec un objet tranchant souillé de sang,
  - d'une piqûre accidentelle avec une aiguille contaminée. Dans ce cas, le risque de transmission, si la source est infectée, est estimé entre 1 et 6 % lorsque la source est AgHBe négative, et entre 22 et 31 % lorsque la source est AgHBe positive (Henderson *et al.*, 2010). Ce risque est en relation avec la charge virale en circulation dans le sang de la personne source,
  - d'un contact avec des plaies cutanées fraîches<sup>5</sup>, de l'eczéma, des gerçures, des abrasions ou des petites coupures souvent inapparentes,
  - d'une morsure entraînant un bris de la peau (risque pour la personne qui mord et celle qui a été mordue) ;
- par relations sexuelles vaginales, anales et orales ainsi que par partage de jouets sexuels ;
- par contact de sang avec des muqueuses (yeux, lèvres, bouche et intérieur du nez) lié à des éclaboussures ;
- d'une mère à son nouveau-né, surtout pendant l'accouchement – le risque de transmission étant de 70 à 90 % si la mère est AgHBe positive et de 10 % si la mère est AgHBe négative (CDC, 2008a). Précisons ici que le risque de transmission au cours de la grossesse se situe à moins de 5 %.

---

5. Une plaie fraîche est une plaie qui a saigné au cours des 24 dernières heures.

Au Québec, le risque de contracter une hépatite B à la suite d'une transfusion sanguine est minime (1 sur 1 155 505) car, depuis 2010, en plus de la recherche de l'AgHBs, des anti-HBs et des anti-HBc, la recherche des acides nucléiques du VHB à l'aide du test d'acide nucléique multiplexe (TAN-MPX) est effectuée (Comité d'hémovigilance, 2011). Dans les pays en développement, le dépistage des donneurs n'est pas toujours effectué.

## 2.6 Période de contagiosité

Une personne infectée est contagieuse tant que l'AgHBs est détectable dans le sang, ce qui inclut :

- la période d'incubation (de 30 à 180 jours, en moyenne 90 jours) ;
- la phase aiguë (qui peut durer entre trois et six mois) ;
- la phase chronique de l'hépatite B.

## 2.7 Facteurs de risque

Lorsqu'au cours d'une enquête, on décèle plusieurs facteurs de risque chez une personne infectée par le VHB, on peut déterminer celui qui est le plus probable en se référant au tableau 1, qui a été constitué à partir de la littérature scientifique, par la Direction de santé publique de Montréal, en 2005. L'ordre a été établi par comparaison des taux d'attaque rapportés ou selon l'importance du risque de transmission démontré dans différentes études scientifiques qui prenaient un quelconque facteur de risque comme variable dépendante et comparaient des rapports de cotes entre des populations par ailleurs comparables (avec et sans le facteur de risque pris en considération). Cet outil vise à guider les intervenants qui, après avoir décelé plusieurs facteurs de risque chez un cas d'hépatite B, évaluent la pertinence d'élargir leur intervention à d'autres personnes que les contacts étroits (personnel d'une clinique dentaire, tatoueur, acupuncteur) et d'agir sur une source commune.

Tableau 1

<b>Facteurs de risque d'acquisition de l'hépatite B, du plus important au moins important</b>
Nouveau-né de mère porteuse chronique si AgHBe positif
Utilisateur de drogues injectables (UDI)
Exposition percutanée professionnelle à une personne infectée par le VHB si AgHBe positif
Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)
Nombreux partenaires hétérosexuels : plus de dix dans sa vie
Personne infectée par le VHB dans la famille (contact familial ou sexuel)
Tatouage
Nombreux partenaires hétérosexuels : de deux à neuf dans sa vie
Diagnostic antérieur d'infection transmissible sexuellement
Nouveau-né de mère porteuse chronique si AgHBe négatif
Femme ayant eu un contact sexuel avec un homme atteint d'hépatite B aiguë
Dans le contexte du travail, exposition percutanée à une personne infectée par le VHB si AgHBe négatif
Homme ayant eu un contact sexuel avec une femme atteinte d'hépatite B aiguë
Utilisateur de drogues par inhalation
Perçage corporel
Acupuncture
Dans le contexte du travail, exposition, autre que percutanée, à du sang ou à des liquides biologiques à risque
Hémodialyse chronique
Personne ayant une déficience intellectuelle qui vit en institution
Travail auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle qui vivent en institution
Chirurgie
Personne ayant reçu une transfusion sanguine, des produits sanguins, des tissus ou des organes
Soins dentaires

**Source :** Outil élaboré par Dre Michèle Tremblay, DSP de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

### 3 ÉPREUVES DE LABORATOIRE

#### 3.1 Marqueurs sérologiques de l'hépatite B

L'antigène de surface du virus de l'hépatite B (AgHBs) :

- indique une infection aiguë ou l'état de porteur chronique ;
- est détectable dans le sang d'une à douze semaines suivant l'exposition (CDC, 2008a ; Liang, 2009) ;
- précède de deux à six semaines l'augmentation des transaminases ainsi que l'apparition des signes et des symptômes (Shiffman, 2010) ;
- n'est normalement plus détectable en dedans de deux ou trois mois (Finelli et Bell, 2008), mais il demeure présent plus longtemps (et souvent toute la vie) chez le porteur chronique ;
- peut être détecté jusqu'à 21 jours après l'administration d'une dose de vaccin contre l'hépatite B, à la suite de l'antigénémie transitoire due au passage dans le sang de l'antigène contenu dans le vaccin. On recommande donc de différer de 28 jours la recherche de l'AgHBs après la vaccination (Singh, 2007).

L'anticorps contre l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (anti-HBs)<sup>6</sup> :

- indique l'immunité contre le virus acquise à la suite soit d'une infection antérieure, auquel cas les anti-HBc seront aussi détectés, soit de la vaccination, et le titre des anti-HBs sera alors de 10 unités internationales par litre ou plus ;
- est détectable après la disparition de l'AgHBs ;
- peut diminuer avec le temps et ne plus être détectable après plusieurs années (Lu *et al.*, 2004 ; Floreani *et al.*, 2004). De rares cas d'hépatite B sans séquelles ont été rapportés chez des patients vaccinés qui ont répondu au vaccin (McMahon *et al.*, 2005) ;
- voit son induction provoquée par la vaccination, contrairement aux anti-HBc ;
- peut être présent lorsqu'il y a réactivation.

---

6. Peut être retrouvé chez les personnes ayant reçu des immunoglobulines ou de multiples transfusions sanguines ainsi que chez les bébés, après transfert passif par l'intermédiaire du placenta.

L'anticorps contre l'antigène de la nucléocapside du virus de l'hépatite B (anti-HBc)<sup>7</sup> :

- est un anticorps total, soit des classes IgG et IgM, dont l'induction n'est pas provoquée par la vaccination ;
- apparaît peu après le début des manifestations cliniques, soit d'une à quatre semaines après l'apparition de l'AgHBs ;
- précède l'apparition de l'anti-HBs de plusieurs semaines à plusieurs mois ;
- indique le plus souvent un contact récent ou antérieur avec le virus de l'hépatite B (Bélanger *et al.*, 2012) ;
- est détectable toute la vie, même chez les personnes qui ne sont pas restées porteuses chroniques du virus.

L'immunoglobuline de type M (IgM) anti-HBc :

- indique une hépatite B aiguë lorsque l'AgHBs est également détecté. En l'absence de l'AgHBs, il est possible qu'il s'agisse d'un faux positif ou que le prélèvement ait été fait pendant la période fenêtre entre le moment où l'AgHBs n'est plus détectable et celui où les anti-HBs ne sont pas encore détectés (voir la figure 3), auquel cas un deuxième prélèvement sera nécessaire ;
- peut réapparaître après la réactivation de la réplication active du virus chez certains porteurs chroniques ou chez des patients dont l'infection avait préalablement été résolue (CDC, 2008b) ;
- prédomine dans les anti-HBc totaux pendant la phase aiguë de l'infection et est en général disparu entre quatre et huit mois après cette phase, mais pourrait persister jusqu'à deux ans (MSSS, 2010) ;
- a une faible valeur prédictive positive si le test est demandé pour un patient ne présentant aucun symptôme (CDC, 2008b).

Les analyses qualitatives de l'IgM anti-HBc sont utilisées pour différencier une hépatite B aiguë d'une hépatite B chronique. Toutefois, ces tests ne permettent pas de faire la différence entre la réactivation d'une hépatite B chronique et une hépatite B aiguë parce que l'on peut aussi retrouver de l'IgM anti-HBc dans la première situation. En effet, chez la majorité des patients qui présentent un IgM anti-HBc, le statut antérieur au regard de l'AgHBs et de l'anti-HBc est

---

7. Peut être retrouvé chez les personnes ayant reçu des immunoglobulines ou de multiples transfusions sanguines ainsi que chez les bébés, après transfert passif par l'intermédiaire du placenta.

inconnu, et il s'avère alors difficile de savoir s'il s'agit de la réactivation d'une infection chronique chez un porteur qui s'ignorait ou d'une hépatite B aiguë.

L'antigène de surface de la nucléocapside du virus de l'hépatite B (AgHBe) :

- est le fragment soluble de l'AgHBc ;
- indique par sa présence un niveau élevé de réplication virale, donc un niveau élevé de contagiosité ;
- apparaît peu après l'AgHBs ;
- persiste normalement de trois à six semaines dans une hépatite aiguë, mais il peut demeurer présent beaucoup plus longtemps dans une hépatite chronique (voir la figure 4) ;
- peut réapparaître en cas d'hépatite chronique active.

L'anticorps contre l'antigène « e » du virus de l'hépatite B (anti-HBe) :

- en présence d'AgHBs, indique une contagiosité moins importante;
- donne à croire que l'infection aiguë est en voie de guérison, même avec un AgHBs détectable ;
- apparaît souvent alors que les signes et les symptômes d'une hépatite aiguë sont encore présents ;
- persiste habituellement après la résolution de l'hépatite B aiguë.

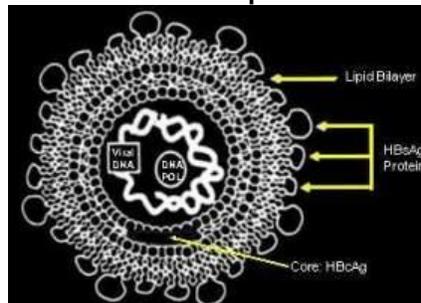
L'acide désoxyribonucléique (ADN) du virus de l'hépatite B (VHB) :

- est la molécule qui constitue les chromosomes sur lesquels on trouve les gènes à l'intérieur du noyau du virus ;
- est présent dans le sang de dix à vingt jours avant l'apparition de l'AgHBs (CDC, 2008b ; Shiffman, 2010) ;
- est un marqueur de la réplication du virus, comme l'AgHBe.

Toutefois, le test utilisé pour la recherche de l'ADN du VHB est quantitatif et plus sensible que celui qui sert à détecter l'AgHBe. Il ne constitue pas un test de routine dans le contexte du dépistage, mais il est effectué plus systématiquement dans le cadre du suivi des porteurs chroniques du virus. De plus, il est utile pour l'évaluation de la pertinence d'un traitement et pour le suivi de la réplication du virus chez les patients recevant un traitement antiviral qui vise à combattre une hépatite chronique active.

Enfin, même si l'ADN du VHB est indétectable, la personne est infectée et contagieuse si l'AgHBs demeure positif.

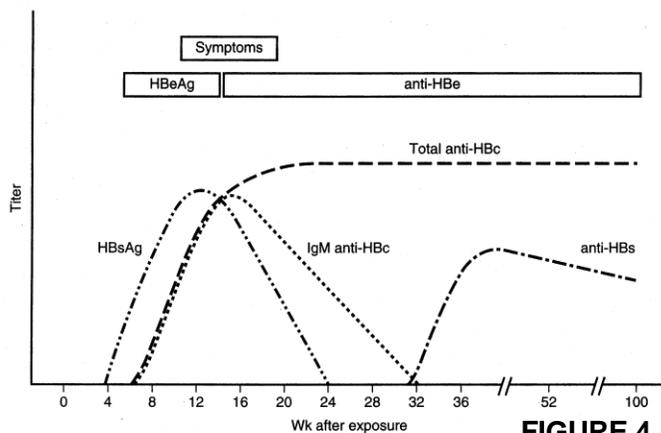
**FIGURE 2**  
Virus de l'hépatite B



Source : <http://www.hon.ch/>  
© Health On the Net Foundation

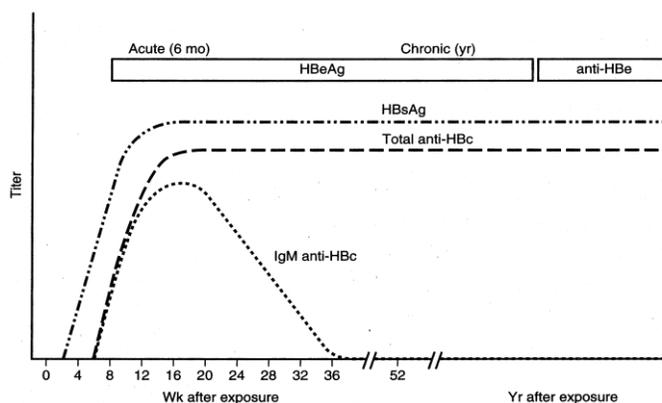
### 3.2 Courbes de l'évolution des marqueurs sérologiques (hépatites B aiguë et chronique)

**FIGURE 3**  
Hépatite B aiguë évoluant vers la résolution de l'infection : marqueurs sérologiques



Tiré de : Liang, 2009.

**FIGURE 4**  
Hépatite B aiguë évoluant vers l'infection chronique : marqueurs sérologiques



Liang, 2009.

## 4 DÉFINITIONS DES CONTACTS

### 4.1 Contact domiciliaire

On considère comme contact domiciliaire toute personne habitant sous le même toit que la personne infectée ainsi que toutes les personnes d'un service de garde en milieu familial.

Selon le guide d'intervention intitulé *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance : Guide d'intervention*, « chaque service de garde en milieu familial doit être évalué au regard de la disposition du service de garde à l'intérieur de la résidence (espaces partagés ou non) et de la personne atteinte (personne en contact ou non avec les enfants) afin qu'une décision individualisée soit prise<sup>8</sup> » quant aux mesures de contrôle (voir l'annexe 2).

### 4.2 Contact sexuel

On considère comme contact sexuel une personne ayant eu une ou des relations sexuelles non protégées avec la personne infectée durant la période de contagiosité. Aux fins de l'intervention, un partenaire sexuel habituel est celui avec qui la personne infectée a (ou a eu) des relations sexuelles répétées dans le temps.

L'infection peut survenir lorsqu'il y a contact de sécrétions génitales avec des muqueuses. On considère que les relations sexuelles suivantes présentent un risque :

- les relations anales réceptives et insertives ;
- les relations vaginales réceptives et insertives ;
- le partage d'accessoires de pénétration ;
- les relations orales, soit la fellation, le cunnilingus et l'anilingus.

Pour faciliter l'évaluation du risque à la suite d'une déclaration d'hépatite B, l'outil d'aide à la pratique clinique produit par le MSSS et intitulé "*Estimation du risque associé aux activités sexuelles*" peut être consulté au

[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-308-01\\_Estimation.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-308-01_Estimation.pdf).

---

8. COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2008). *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance : Guide d'intervention*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, p. 206.

### **4.3 Contact « autre »**

On considère comme contact « autre » une personne ayant été exposée au sang d'une personne infectée par voie percutanée ou muqueuse, par exemple lorsqu'elles partagent des seringues ou des aiguilles.

Les personnes fréquentant un centre de la petite enfance ou une garderie entrent aussi dans cette catégorie. Cependant, dans ces milieux, lorsqu'un travailleur est infecté, on ne considère pas les autres travailleurs ni les enfants comme des contacts étroits.

Les personnes côtoyant une personne infectée dans le cadre d'une activité sociale ou du travail ne sont pas considérées comme des contacts.

## **5 INTERVENTION**

### **5.1 Déclaration des cas**

Les déclarations relatives aux cas d'hépatite B proviennent principalement des laboratoires des centres hospitaliers, du Laboratoire de santé publique du Québec, des laboratoires privés, des médecins traitants et d'Héma-Québec. Elles sont transmises aux directions de santé publique par l'intermédiaire des formulaires de déclaration prévus à cet effet (AS-770 et AS-772) ou d'une copie des résultats de laboratoire.

### **5.2 Enquête épidémiologique**

#### **5.2.1 Objectifs de l'enquête épidémiologique**

- Suivre l'épidémiologie de la maladie.
- Identifier la source possible de l'infection, notamment une source commune dans le cas des hépatites B aiguës.
- Entreprendre la démarche de biovigilance pour les hépatites B aiguës.

## 5.2.2 Étapes de l'enquête épidémiologique

- Valider la déclaration en vérifiant si le cas a déjà été inscrit dans le Registre central des maladies à déclaration obligatoire du Québec, et ce, afin d'éviter les doublons.
- Procéder à la collecte des renseignements cliniques et à la recherche des facteurs de risque au moyen du questionnaire intitulé *Questionnaire relatif à l'enquête épidémiologique* (voir l'annexe 3) :
  - préciser le diagnostic d'hépatite B (aiguë, non-précisée ou chronique) ;
  - lorsque le cas est une femme, vérifier si le test a été demandé dans le cadre d'une grossesse ; si oui, s'assurer que le nouveau-né reçoive la prophylaxie recommandée le plus rapidement possible après sa naissance (voir l'algorithme 1).
- Informer les personnes infectées des mesures de prévention. À cet effet, des dépliants sont accessibles en ligne sur le Forum de la TCNMI et des modèles de lettres-types se trouvent à l'annexe 4.
- Identifier les contacts (voir la section 4) afin de procéder à l'intervention auprès d'eux, laquelle comprend :
  - la collecte d'information au moyen du questionnaire intitulé *Suivi des contacts* (voir l'annexe 3) ;
  - l'orientation vers le service approprié pour la prophylaxie postexposition, soit la vaccination – avec ou sans administration d'immunoglobulines (HBIG) – et la recherche sérologique, selon les recommandations du *Protocole d'immunisation du Québec* :
    - immunisation du nouveau-né dont la mère est AgHBs positive ou a fait une hépatite B aiguë au 3<sup>e</sup> trimestre de sa grossesse (voir l'algorithme 1),
    - immunisation des contacts d'un cas d'hépatite B chronique (voir l'algorithme 2),
    - immunisation des contacts d'un cas d'hépatite B aiguë (voir l'algorithme 3).

Une fiche de vaccination contre l'hépatite B, visant à faciliter la démarche des contacts auprès des services de première ligne et à assurer, lorsque cela s'avère nécessaire, un suivi écrit des actions effectuées, se trouve à l'annexe 5.

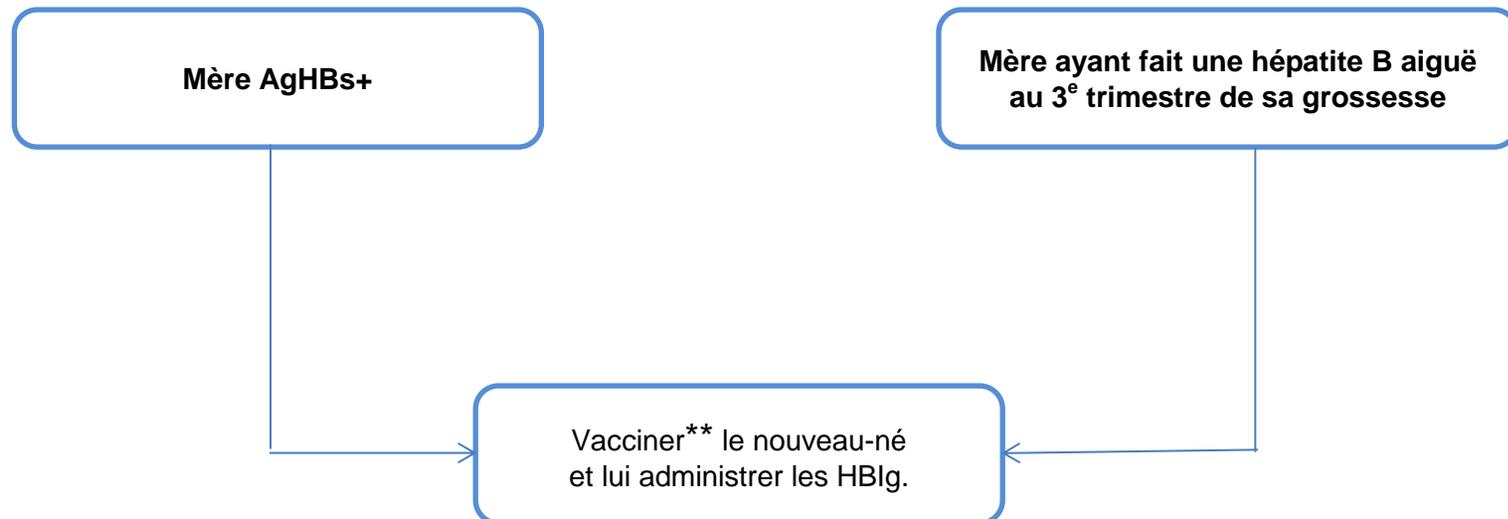
### **5.2.3 Cas déjà déclarés**

Plus de six mois après la déclaration, un nouveau résultat d'AgHBs positif permet de déterminer si un cas aigu ou non précisé est devenu chronique.

Un résultat d'IgM anti-HBc positif chez une personne que l'on sait être porteuse chronique signifie une réactivation. Dans ce cas, il faudra intervenir auprès des contacts comme s'il s'agissait d'une hépatite B aiguë. Cependant, cette situation est rare.

**ALGORITHME 1\*****Immunisation du nouveau-né**

(si la mère est AgHBs+ ou a fait une hépatite B aiguë au 3<sup>e</sup> trimestre de sa grossesse)



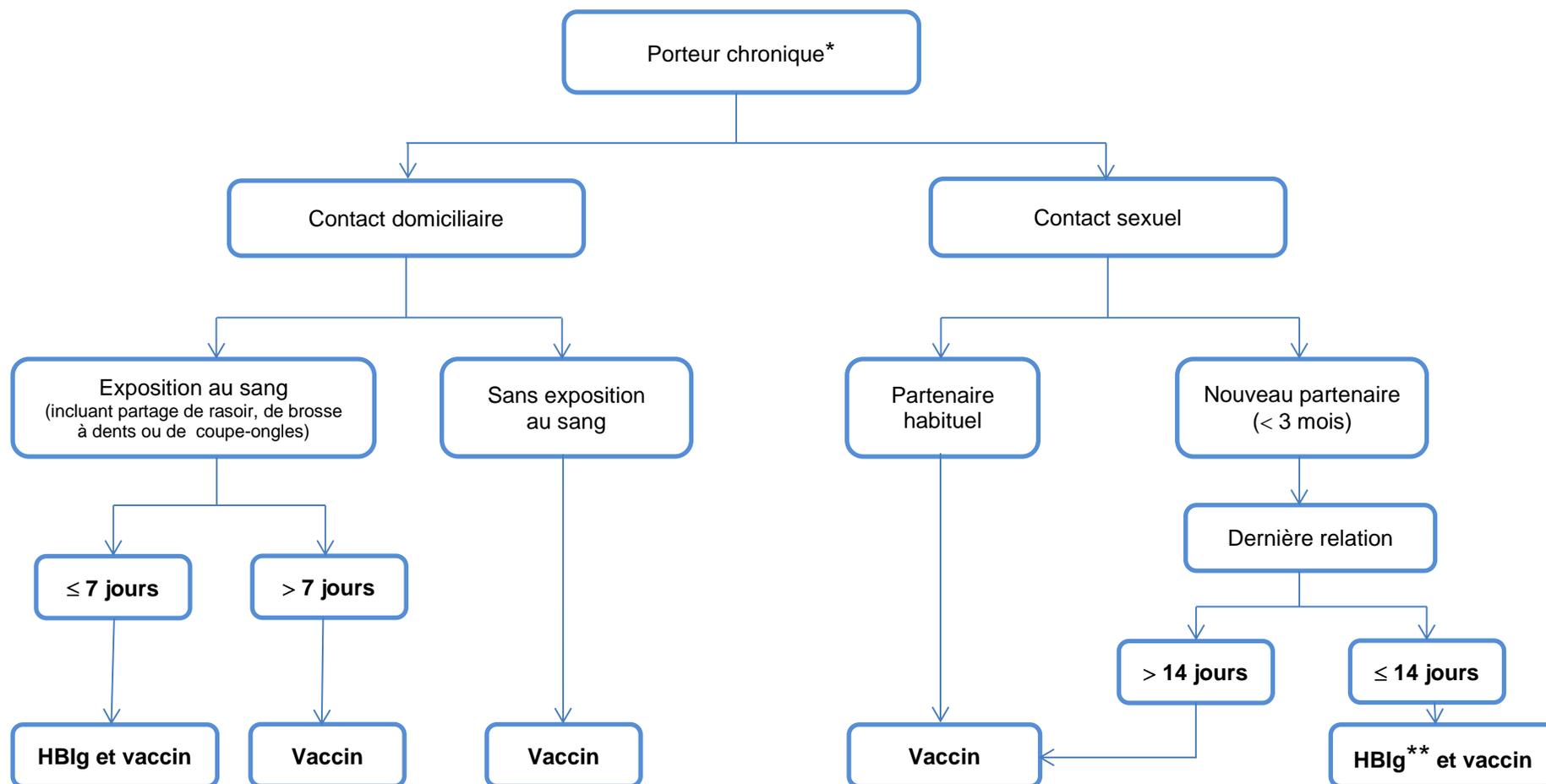
\* Pour l'immunisation des nouveau-nés dont le statut de la mère est inconnu au regard de l'AgHBs au moment de l'accouchement, voir le *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)*, chapitre 11, section 11.2, « Post-exposition ».

\*\* Pour les recommandations relatives soit à la posologie selon le poids à la naissance, soit à la recherche sérologique après la vaccination, voir le PIQ, chapitre 10, section 10.4.2 pour le vaccin, et le chapitre 11, section 11.2 pour les immunoglobulines contre l'hépatite B (HBIg).

Si le nouveau-né est rapidement protégé contre le VHB après sa naissance, il n'y a aucune contre-indication à l'allaitement.

## ALGORITHME 2

### Immunsation des contacts d'un cas d'hépatite B chronique



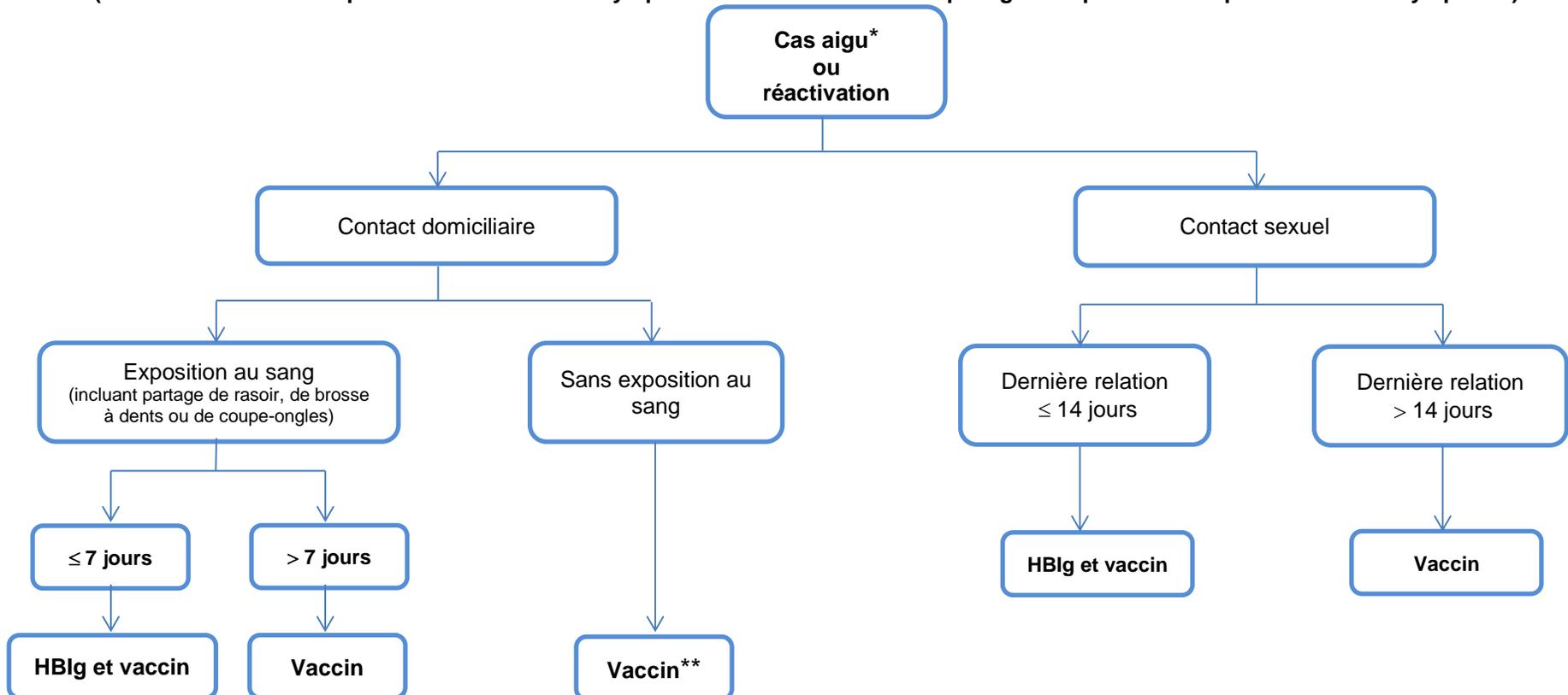
\* Pour les contacts en milieu de garde (centre de la petite enfance ou garderie), se référer au document du Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec et intitulé *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance : Guide d'intervention*.

\*\* Voir le *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)*, chapitre 11, section 11.2, « Post-exposition ».

## ALGORITHME 3

## Immunisation des contacts d'un cas d'hépatite B aiguë

(Contacts des six mois précédant le début des symptômes ou le moment du dépistage si la personne ne présente aucun symptôme)



\* Pour les contacts en milieu de garde (centre de la petite enfance ou garderie), se référer au document du Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec, intitulé *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance : Guide d'intervention*.

\*\* Selon le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), administrer aussi les immunoglobulines contre l'hépatite B (HBIg) :

- au bébé âgé de moins de 12 mois né d'une mère qui présente une hépatite B aiguë après la naissance de ce bébé et dont la contagiosité au moment de l'accouchement ne peut être exclue (indépendamment des résultats du test AgHBs effectué durant la grossesse) ;
- au bébé allaité par une mère atteinte d'hépatite B aiguë.

## 6 SITUATIONS PARTICULIÈRES

Dans tout milieu et pour toute personne, les pratiques de base relatives à la prévention des infections doivent être respectées advenant un risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques teintés de sang.

En cas d'exposition accidentelle, une prophylaxie postexposition pourrait être indiquée.

La personne infectée par le VHB n'est pas tenue d'en informer les autres dans les milieux qu'elle fréquente, notamment pour des activités liées à un passe-temps, à des loisirs ou à du bénévolat.

En général, les travailleurs n'ont pas à aviser leur employeur ni les autres employés de leur statut au regard de l'hépatite B. Toutefois, les étudiants du domaine de la santé et les travailleurs de la santé infectés doivent se conformer aux exigences des ordres professionnels régissant ce domaine.

Les positions du Collège des médecins du Québec, de l'Ordre des dentistes du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec quant à la conduite à tenir à l'endroit des travailleurs de la santé infectés sont publiées dans des documents consultables aux adresses Web suivantes :

- *Le médecin et les infections transmissibles par le sang : Énoncé de position du Collège des médecins du Québec*, avril 2004,  
[http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~/\\_media/EDE8E844762745D28A12617D224C5713.ashx?sc\\_lang=fr-CA](http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~/_media/EDE8E844762745D28A12617D224C5713.ashx?sc_lang=fr-CA) ;
- *Ordre des dentistes du Québec, Les infections transmissibles par le sang et la protection du public : Énoncé de position*, février 2005,  
[http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers\\_publication/politiques/Infection\\_fr.pdf](http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/politiques/Infection_fr.pdf) ;
- *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Lignes de conduite à l'intention des infirmières atteintes d'une infection hématogène*, document fondé sur un avis de l'Ordre adopté en 2004,  
<http://www.oiiq.org/publications/repertoire/lignes-de-conduite-a-lintention-des-infirmieres-atteintes-dune-infection-hem>.

Depuis 2005, le Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH) est en place au Québec. Ce service permet aux personnes admissibles, à savoir les soignants et les étudiants porteurs d'une infection transmissible par le sang, d'obtenir une évaluation du risque de transmettre cette infection à des patients dans le cadre de leur travail.

« Lorsqu'un professionnel de la santé est infecté par le VHB et qu'il commet des actes à risque de transmission d'infections d'intérêt, les membres de la TCNMI s'entendent que la responsabilité des directions de santé publique s'exerce par le fait de rappeler au soignant infecté qu'il doit se déclarer auprès du SERTIH. Le médecin traitant doit soutenir son patient dans sa démarche. Dans la situation où le patient est aussi le médecin prescripteur, la DSP peut jouer un rôle plus direct auprès du soignant infecté. Si elle est avisée qu'un soignant infecté commet des actes à risque sans consultation ou mesures de protection adéquates, elle peut aussi interpeller l'ordre professionnel concerné à ce sujet. Pour cette dernière situation, il reste à clarifier si la DSP peut informer une maison d'enseignement ou un employeur dans le cas où la personne infectée est un stagiaire ou un soignant ne relevant pas d'un ordre professionnel (ex. : ambulancier). Les coordonnateurs MI sont d'accord pour que la correspondance acheminée aux cas ou aux médecins traitants de cas de VHB et VHC rappelle leurs responsabilités et obligations respectives de référer au SERTIH lorsqu'il s'agit de soignants infectés qui commettent possiblement des actes à risque. » (TCNMI CR 84.14, mai 2012).

Un travailleur qui a de bonnes raisons de croire qu'il a acquis le VHB en milieu de travail peut demander une reconnaissance de maladie professionnelle à la Commission de la santé et de la sécurité du travail, en vertu de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles.

## BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA – ASPC (2010). « Infections au virus de l'hépatite B », dans *Lignes directrices canadiennes sur les ITS*, Section 5 : Prise en charge et traitement d'infections spécifiques, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, p. 1-8.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA – ASPC (2011). *Rapport sommaire : Infection par le virus de l'hépatite B au Canada*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 15 p.  
<http://www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/hepatitisBCan-hepatiteBCan-fra.php>

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS – AAP (2012). « Human milk », dans L.K. Pickering *et al.* (sous la dir. de), *Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 29<sup>e</sup> éd., Elk Grove Village (Illinois), American Academy of Pediatrics, p. 129.

BÉLANGER, S.S., *et al.* (2012). « False-positive human T-lymphotropic virus serology after intravenous immunoglobulin transfusion », *Canadian Medical Association Journal*, 16 oct, vol. 184, n<sup>o</sup> 15, p. 1709-1712.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC (2008a). « Hepatitis B », dans W. Atkinson *et al.* (sous la dir. de), *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*, chap. 15, 10<sup>e</sup> éd., Washington (D.C.), Public Health Foundation, p. 211-234.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC (2008b). « Recommendations for identification and public health management of persons with chronic hepatitis B virus infection », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 57, no RR-8, 19 septembre, p. 1-18.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC (2005). « A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) – Part 1: Immunization of infants, children, and adolescents », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 54, n<sup>o</sup> RR-16, 23 décembre, 33 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC (2003). « Prevention and control of infections with hepatitis viruses in correctional settings », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 52, n<sup>o</sup> RR-1, 24 janvier, 36 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Le médecin et les infections transmissibles par le sang : Énoncé de position du Collège des médecins du Québec*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 2004, 13 p., [En ligne],  
[http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~/\\_/media/EDE8E844762745D28A12617D224C5713.ashx?sc\\_lang=fr-CA](http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~/_/media/EDE8E844762745D28A12617D224C5713.ashx?sc_lang=fr-CA).

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION – CCNI (2006). *Guide canadien d'immunisation*, 7<sup>e</sup> éd., [Ottawa], Agence de santé publique du Canada, Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, 2006, p. 245.

COMITÉ CONSULTATIF QUÉBÉCOIS SUR LA SANTÉ DES VOYAGEURS (2013). *Guide d'intervention en santé-voyage : Situation épidémiologique et recommandations 2013*, [Québec], Institut national de santé publique du Québec, x + 485 p.

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE DU QUÉBEC (2008). *Prévention et contrôle des infections dans les services de garde à l'enfance : Guide d'intervention*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, XIX + 531 p.

COMITÉ DES DÉFINITIONS NOSOLOGIQUES (2012). *Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec : Maladies d'origine infectieuse – Définitions nosologiques*, rédigé par Paul Rivest, M.D., et al., 9<sup>e</sup> éd., [Québec], Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 51.

COMITÉ D'HÉMOVIGILANCE DU QUÉBEC (2011). *Rapport 2010*, rédigé par D. Tremblay et al., [Québec], Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, VIII + 54 p.

CONJEEVARAM, H.S., et A.S.F. LOK (2003). « Management of chronic hepatitis B », *Journal of Hepatology*, vol. 38, n<sup>o</sup> suppl. 1, p. S90-S103.

DE FRANCHIS, R., et al. (2003). « EASL International Consensus Conference on hepatitis B, 13-14 September, 2002, Geneva, Switzerland: Consensus statement (long version) », *Journal of Hepatology*, vol. 39, n<sup>o</sup> suppl. 1, p. S3-S25.

FINELLI, L., et B.P. BELL (2008). « Hepatitis B », dans S.W. Roush, L. McIntyre et L.M. Baldy (sous la dir. de), *Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases*, chap. 4, 4<sup>e</sup> éd., Atlanta (Géorgie), Centers for Disease Control and Prevention, p. 4-1–4-11.

FLOREANI, A., et al. (2004). « Long-term persistence of anti-HBs after vaccination against HBV: an 18 year experience in health care workers », *Vaccine*, 26 janvier, vol. 22, n<sup>os</sup> 5-6, p. 607-610.

GANEM, D., et A.M. PRINCE (2004). « Hepatitis B virus infection – Natural history and clinical consequences », *The New England Journal of Medicine*, vol. 350, n<sup>o</sup> 11, 11 mars, p. 1118-1129.

GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ACTE VACCINAL (2009). « Vaccin contre l'hépatite B », dans *Protocole d'immunisation du Québec*, Section 10.4.2, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, p. 285-298.

HENDERSON, D.K., et al. (2010). « SHEA Guideline for management of healthcare workers who are infected with hepatitis B virus, hepatitis C virus, and/or human immunodeficiency virus », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 31, n<sup>o</sup> 3, mars, p. 203-232.

LAMBERT, G., S. VENNE et S. MINZUNZA (2013). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2012 (et projection 2013)*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. « Analyses et surveillance », n<sup>o</sup> 44, 89 p.

LIANG, T.J. (2009). « Hepatitis B: The virus and disease », *Hepatology*, vol. 49, n<sup>o</sup> suppl. 5, mai, p. S13-S21.

LOK, A.S.F., et B.J. McMAHON (2009). « Chronic hepatitis B: update 2009 », *Hepatology*, vol. 50, n° 3, septembre, p. 661-662.

LOK, A.S.F., et B.J. McMAHON (2007). « Chronic hepatitis B », (ASSLD Practice Guidelines), *Hepatology*, vol. 45, n° 2, février, p. 507-539.

LU, C.Y., *et al.* (2004). « Waning immunity to plasma-derived hepatitis B vaccine and the need for boosters 15 years after neonatal vaccination », *Hepatology*, vol. 40, n° 6, décembre, p. 1415-1420.

MAST, E., *et al.* (2004). « Hepatitis B vaccine », dans S.A. Plotkin et W. Orenstein, *Vaccines*, 4<sup>e</sup> éd., Philadelphie (Pennsylvanie), W.B. Saunders, p. 307.

McMAHON, B.J., *et al.* (2005). « Antibody levels and protection after hepatitis B vaccination: results of a 15-year follow-up », *Annals of Internal Medicine*, vol. 142, n° 5, 1<sup>er</sup> mars, p. 333-341.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011). *Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail*, rédigé par A. Bruneau, [Québec], Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, vi + 57 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *La prise en charge et le traitement des personnes co-infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le virus de l'hépatite B (VHB) : Guide pour les professionnels de la santé du Québec*, rédigé par J.G. Baril *et al.*, [Québec], Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, p. 12.

ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC. *Les infections transmissibles par le sang et la protection du public : Énoncé de position*, Montréal, Ordre des dentistes du Québec, 2005, 11 p., [En ligne], [[http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers\\_publication/politiques/Infection\\_fr.pdf](http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/politiques/Infection_fr.pdf)].

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Lignes de conduite à l'intention des infirmières atteintes d'une infection hématogène*, s. l., Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, [2005], 4 p., [En ligne], [<http://www.oiiq.org/publications/repertoire/lignes-de-conduite-a-lintention-des-infirmieres-atteintes-dune-infection-hem>].

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2009). « Vaccins anti-hépatite B : Note de synthèse position de l'OMS », *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, vol. 84, n° 40, 2 octobre, p. 405-420 (texte en anglais et en français disposé côte à côte).

QUÉBEC. *Loi sur la santé publique : LRQ, chapitre S-2.2, à jour au 1<sup>er</sup> juin 2013*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC. *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles : LRQ, chapitre A-3.001, à jour au 1<sup>er</sup> juin 2013*, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

SANTÉ CANADA (1998). « Compte rendu de la Conférence de concertation sur les professionnels de la santé infectés : Risque de transmission des pathogènes à diffusion hématogène », *Rapport des maladies transmissibles au Canada*, vol. 24, Supplément 4, juillet, 53 p.

SEEGER, C., F. ZOULIM et W.S. MASON (2007). « Hepadnaviruses », dans D.M. Knipe et P.M. Howley (sous la dir. de), *Fields Virology*, 5<sup>e</sup> éd., Philadelphie (Pennsylvanie), Lippincott, Williams and Wilkins, p. 2977-3029.

SHIFFMAN, M.L. (2010). « Management of acute hepatitis B », *Clinics in Liver Disease*, vol. 14, n° 1, février, p. 75-91.

SINGH, S.P. (2007). « Hepatitis B vaccine induced HBsAg positivity », *Hepatitis B Annual*, vol. 4, n° 1, p. 55-60.

TABLE DE CONCERTATION NATIONALE EN MALADIES INFECTIEUSES – TCNMI (2012). Compte rendu de réunion, no CR 84.14 (non publié, accessible sur le Forum de la TCNMI).

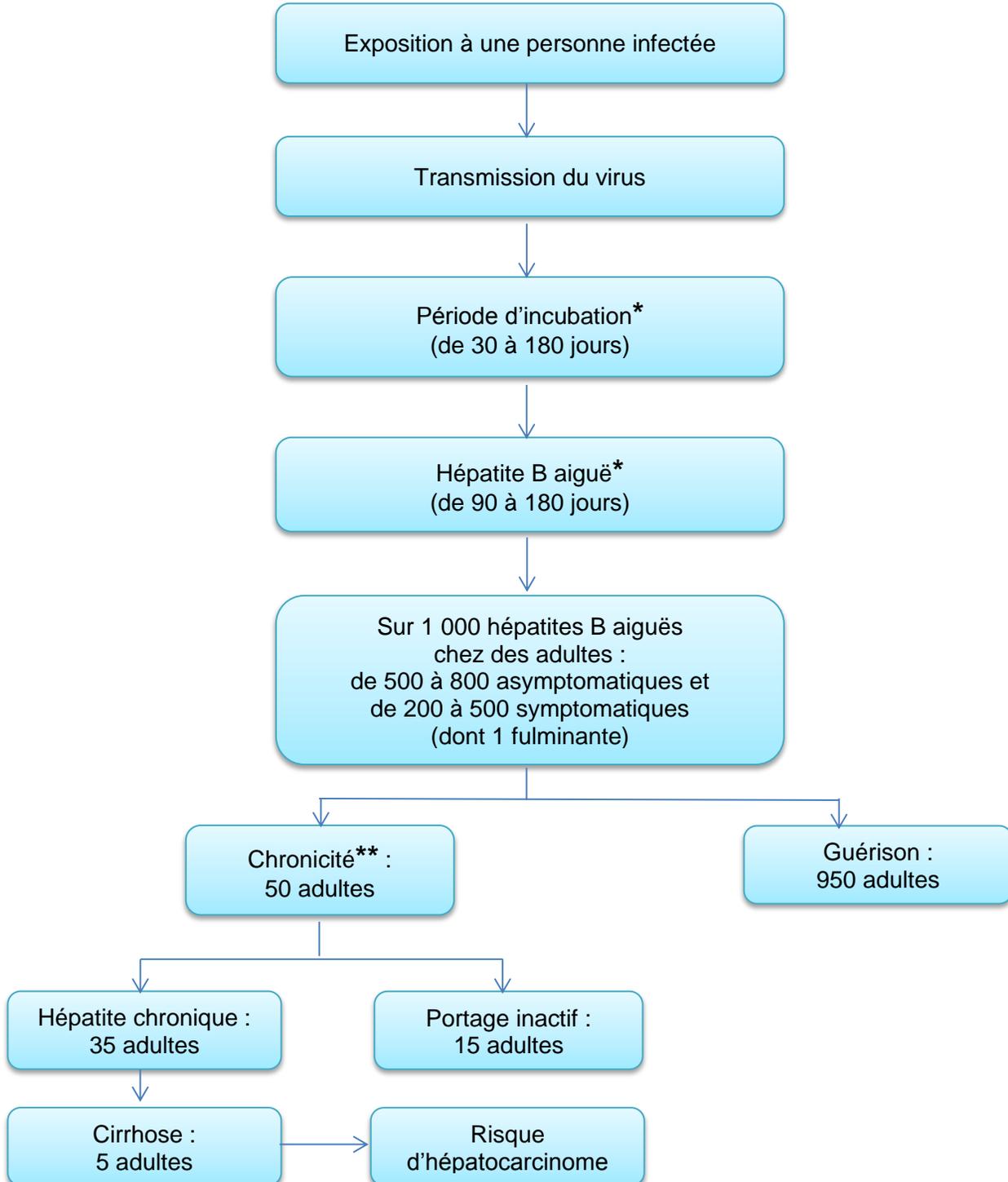
VAN DAMME, P., *et al.* (2010). « Strategies for global prevention of hepatitis B virus infection », dans A. Finn, N. Curtis et A.J. Pollard (sous la dir. de), *Hot Topics in Infection and Immunity in Children vi*, New York, Springer, coll. « Advances in Experimental Medicine and Biology », n° 659, p. 175-188.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, DEPARTMENT OF COMMUNICABLE DISEASES SURVEILLANCE AND RESPONSE (2002). *Hepatitis B*, [Genève], World Health Organization, 2002, 76 p.

YIM, H.J., et A.S.F. LOK (2006). « Natural history of chronic hepatitis B virus infection: What we knew in 1981 and what we know in 2005 », *Hepatology*, vol. 43, n° suppl. 1, février, p. S173-S181.

# **ANNEXE 1**

## ÉVOLUTION DE L'HÉPATITE B



\* Durant ce temps, la personne est contagieuse.

\*\* Le risque de devenir porteur chronique est inversement proportionnel à l'âge au moment de l'infection. Chez l'enfant de moins de 1 an infecté par le VHB, l'hépatite est asymptomatique, mais elle devient chronique 9 fois sur 10.

# **ANNEXE 2**

**GRILLE D'AIDE À L'ÉVALUATION DU RISQUE DE TRANSMISSION  
DU VHB (CAS AIGUS ET PORTEURS CHRONIQUES)  
DANS UN SERVICE DE GARDE EN MILIEU FAMILIAL**

<b>Organisation spatiale des locaux</b>		
Est-ce que les locaux destinés au service de garde sont séparés du reste de la maison ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Nombre de salles de bains dans toute la maison		
Nombre de salles de bains utilisées par les enfants		
Est-ce que les salles de bain utilisées par les enfants sont aussi utilisées par les membres de la famille ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Où la personne responsable garde-t-elle les brosses à dents des membres de la famille ?		
Est-ce que ces brosses à dents sont à portée de main des enfants ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Où la personne responsable garde-t-elle les rasoirs des membres de la famille ?		
Est-ce que ces rasoirs sont à portée de main des enfants ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>Conditions médicales de la personne infectée</b>		
Est-ce que la personne infectée par le VHB a des lésions dermatologiques (eczéma ou autre lésion de la peau qui peut entraîner un exsudat ou des saignements) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<b>Exposition au sang</b>		
Une exposition au sang de la personne infectée a-t-elle été rapportée dans le service de garde (blessure, saignement, etc.) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

# **ANNEXE 3**







## HÉPATITE B

### IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE SELON LE STATUT DU CAS

(NE COCHER QUE LES CASES APPROPRIÉES)

#### PÉRIODE D'INCUBATION SI PHASE AIGUË

La période d'incubation varie de 30 à 180 jours (moyenne de 90 jours).

S'il s'agit d'un cas d'hépatite B aiguë, rechercher les facteurs de risque ou une exposition dans la période allant de quatre semaines à six mois avant la date du début des symptômes, soit :

du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_  
année / mois / jour                      année / mois / jour

S'il s'agit d'un cas d'hépatite B chronique ou non précisé, rechercher la source d'infection datant de plus de six mois, soit antérieurement

au : \_\_\_\_\_  
année / mois / jour

#### 1. CONTACT AVEC UN CAS CONNU D'HÉPATITE B

oui                       non                       inconnu                       refus de répondre

Si oui, type de contact :

- sexuel
- partage de matériel d'injection (UDI)
- néonatal :
  - mère infectée (AgHBs+) à l'accouchement
  - mère infectée (AgHBs+) durant la grossesse, mais AgHBs- à l'accouchement
- familial (excluant les contacts sexuels) :
  - contact avec un membre de la famille infecté : \_\_\_\_\_
  - contact avec un enfant adopté venant d'un pays endémique :  
pays d'origine : \_\_\_\_\_  
date d'arrivée dans la famille adoptive : \_\_\_\_\_  
année / mois / jour
  - contact avec une personne infectée dans le milieu de vie :
    - institution (ex. : pour personnes ayant une déficience intellectuelle ou autre)
    - famille d'accueil, foyer de groupe
    - service de garde
    - milieu carcéral
    - autre : \_\_\_\_\_

## HÉPATITE B (facteurs de risque – suite)

### 2. UTILISATEUR DE DROGUES (excluant la marijuana)

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> inconnu	
Si oui :			
– cocaïne	<input type="checkbox"/> injection / piqûre	<input type="checkbox"/> aspiration ( <i>free base</i> )	<input type="checkbox"/> prise ( <i>sniffée</i> )
– héroïne	<input type="checkbox"/> injection / piqûre	<input type="checkbox"/> aspiration (fumée)	
– morphine	<input type="checkbox"/> injection / piqûre	<input type="checkbox"/> pilule	<input type="checkbox"/> suppositoire
– stéroïdes anabolisants	<input type="checkbox"/> injection / piqûre	<input type="checkbox"/> pilule	

Échange ou partage du matériel d'injection ou d'inhalation (seringue, coton, filtre, liquide pour diluer ou nettoyer, cuillère, paille) ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> inconnu
Si oui,		
– avez-vous prêté votre matériel d'injection à quelqu'un d'autre ?		
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> inconnu
– avez-vous utilisé le matériel de quelqu'un d'autre ?		
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> inconnu

### 3. EXPOSITION PERCUTANÉE

Intervention chirurgicale récente ?	<input type="checkbox"/> oui, Type d'intervention : _____ Établissement : _____
	<input type="checkbox"/> non
Type d'exposition :	Coordonnées :
<input type="checkbox"/> acupuncture	_____
<input type="checkbox"/> électrolyse	_____
<input type="checkbox"/> tatouage	_____
<input type="checkbox"/> perçage corporel	_____
<input type="checkbox"/> soins dentaires	_____
<input type="checkbox"/> partage de brosses à dents	_____
<input type="checkbox"/> partage de rasoir	_____
<input type="checkbox"/> partage d'accessoires de manucure	_____
<input type="checkbox"/> glycémie par ponction digitale	_____
<input type="checkbox"/> EEG avec aiguille	_____
<input type="checkbox"/> piqûre d'aiguille souillée	_____
<input type="checkbox"/> autre	_____
Morsure avec bris de la peau	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hémodialyse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Établissement : _____

## HÉPATITE B (facteurs de risque – suite)

### 4. EXPOSITION DES MUQUEUSES

(sang ou éclaboussure de sang ou de liquide biologique teinté de sang sur les muqueuses des yeux, du nez ou de la bouche)

oui, préciser : \_\_\_\_\_  non  inconnu

### 5. EXPOSITION PROFESSIONNELLE (travail à risque)

Travailleur de la santé (incluant dans les cliniques médicales ou dentaires), ambulancier, policier, pompier, agent de services correctionnels, thanatologue, tatoueur, acupuncteur, travailleur auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle, travailleur communautaire, etc.  oui  non  type d'occupation : \_\_\_\_\_

### 6. ACTIVITÉS SEXUELLES

oui  non  inconnu

Si oui,

Type de pratiques sexuelles à risque :

- partenaires multiples
- relation sexuelle non protégée
- relation sexuelle non protégée avec un partenaire présentant un facteur de risque
- antécédents d'ITSS
- prostitution :
  - travailleur du sexe
  - client

Nombre de partenaires sexuels durant la période de contagiosité : \_\_\_\_\_

Relations sexuelles avec :  des hommes seulement  des femmes seulement  des hommes et des femmes

Usage du condom :  toujours  parfois  jamais

### 7. VOYAGE (acquisition à l'extérieur du Canada)

Pays visité : \_\_\_\_\_

Le cas-index a-t-il été vacciné contre l'hépatite B avant son départ ?  oui  non

Durant ce voyage :

relation sexuelle non protégée avec une personne vivant dans ce pays

oui  non  inconnu

exposition percutanée telle que tatouage, acupuncture, perçage, etc.

oui  non  inconnu

soins de santé reçus (chirurgie, soins dentaires, injection, prélèvement sanguin)

oui  non  inconnu



## HÉPATITE B - SUIVI DES CONTACTS

AUCUN CONTACT IDENTIFIÉ
  REFUS DE TRANSMETTRE L'INFORMATION
  NUMÉRO DE MADO : \_\_\_\_\_

1. IDENTIFICATION	TYPE DE CONTACT	SÉROLOGIE PRÉVACCINALE	STATUT VACCINAL	HBIG RECOMMANDÉES	VACCIN RECOMMANDÉ	SÉROLOGIE POSTVACCINALE
Nom : _____ Prénom : _____ DDN : _____ année / mois / jour Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Adresse : _____ Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____ <input type="checkbox"/> Anonyme	<input type="checkbox"/> Sexuel <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> Mère-enfant <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Non demandée <input type="checkbox"/> Recommandée <input type="checkbox"/> AgHBs <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-HBc date : _____ année / mois / jour <input type="checkbox"/> Inconnue	N <sup>bre</sup> de doses : _____ 1 <sup>re</sup> dose : _____ année / mois / jour 2 <sup>e</sup> dose : _____ année / mois / jour 3 <sup>e</sup> dose : _____ année / mois / jour	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Administrées : <input type="checkbox"/> oui date : _____ année / mois / jour <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Administré : <input type="checkbox"/> oui dates : _____ année / mois / jour _____ année / mois / jour _____ année / mois / jour <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu	Recommandée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Prévues le : _____ année / mois / jour Résultat : _____ Date : _____ année / mois / jour
Commentaires : _____ _____						

2. IDENTIFICATION	TYPE DE CONTACT	SÉROLOGIE PRÉVACCINALE	STATUT VACCINAL	HBIG RECOMMANDÉES	VACCIN RECOMMANDÉ	SÉROLOGIE POSTVACCINALE
Nom : _____ Prénom : _____ DDN : _____ année / mois / jour Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Adresse : _____ Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____ <input type="checkbox"/> Anonyme	<input type="checkbox"/> Sexuel <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> Mère-enfant <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Non demandée <input type="checkbox"/> Recommandée <input type="checkbox"/> AgHBs <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-HBc date : _____ année / mois / jour <input type="checkbox"/> Inconnue	N <sup>bre</sup> de doses : _____ 1 <sup>re</sup> dose : _____ année / mois / jour 2 <sup>e</sup> dose : _____ année / mois / jour 3 <sup>e</sup> dose : _____ année / mois / jour	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Administrées : <input type="checkbox"/> oui date : _____ année / mois / jour <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Administré : <input type="checkbox"/> oui dates : _____ année / mois / jour _____ année / mois / jour _____ année / mois / jour <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu	Recommandée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Prévues le : _____ année / mois / jour Résultat : _____ Date : _____ année / mois / jour
Commentaires : _____ _____						

AUCUN CONTACT IDENTIFIÉ                       REFUS DE TRANSMETTRE L'INFORMATION                       NUMÉRO DE MADO : \_\_\_\_\_

3. IDENTIFICATION	TYPE DE CONTACT	SÉROLOGIE PRÉVACCINALE	STATUT VACCINAL	HBIg RECOMMANDÉES	VACCIN RECOMMANDÉ	SÉROLOGIE POSTVACCINALE
Nom : _____ Prénom : _____ DDN : _____ année / mois / jour Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Adresse : _____  Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____ <input type="checkbox"/> Anonyme	<input type="checkbox"/> Sexuel <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> Mère-enfant <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Non demandée <input type="checkbox"/> Recommandée <input type="checkbox"/> AgHBs <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-HBc  date : _____ année / mois / jour <input type="checkbox"/> Inconnue	N <sup>bre</sup> de doses : _____ 1 <sup>re</sup> dose : _____ année / mois / jour 2 <sup>e</sup> dose : _____ année / mois / jour 3 <sup>e</sup> dose : _____ année / mois / jour	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Administrées : <input type="checkbox"/> oui date : _____ année / mois / jour <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Administré : <input type="checkbox"/> oui dates : _____ année / mois / jour _____ année / mois / jour _____ année / mois / jour <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu	Recommandée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Prévu le : _____ année / mois / jour Résultat : _____ Date : _____ année / mois / jour
Commentaires : _____ _____						

4. IDENTIFICATION	TYPE DE CONTACT	SÉROLOGIE PRÉVACCINALE	STATUT VACCINAL	HBIg RECOMMANDÉES	VACCIN RECOMMANDÉ	SÉROLOGIE POSTVACCINALE
Nom : _____ Prénom : _____ DDN : _____ année / mois / jour Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Adresse : _____  Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____ <input type="checkbox"/> Anonyme	<input type="checkbox"/> Sexuel <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> Mère-enfant <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Non demandée <input type="checkbox"/> Recommandée <input type="checkbox"/> AgHBs <input type="checkbox"/> Anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti-HBc  date : _____ année / mois / jour <input type="checkbox"/> Inconnue	N <sup>bre</sup> de doses : _____ 1 <sup>re</sup> dose : _____ année / mois / jour 2 <sup>e</sup> dose : _____ année / mois / jour 3 <sup>e</sup> dose : _____ année / mois / jour	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Administrées : <input type="checkbox"/> oui date : _____ année / mois / jour <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Administré : <input type="checkbox"/> oui dates : _____ année / mois / jour _____ année / mois / jour _____ année / mois / jour <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu	Recommandée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Prévu le : _____ année / mois / jour Résultat : _____ Date : _____ année / mois / jour
Commentaires : _____ _____						

**Source :** Outil élaboré par les professionnels des DSP des agences de la santé et des services sociaux de la Montérégie et de Montréal, mis à jour par le groupe de travail responsable de la 2<sup>ième</sup> édition du guide.

# **ANNEXE 4**

## **LETTRE 1**

**Lettre à la femme enceinte infectée par le VHB –  
Vaccination du nouveau-né**

Le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objet : Prévention de l'hépatite B

Madame,

À la suite de notre conversation téléphonique, nous vous envoyons la présente lettre afin de vous rappeler les démarches à faire.

Parce que vous êtes infectée par le virus de l'hépatite B, il est recommandé que votre bébé soit protégé dès sa naissance avec le vaccin et les anticorps contre l'hépatite B, qui sont gratuits.

Le vaccin comprend trois injections (à la naissance, à 1 mois et à 6 mois). La première dose est donnée à l'hôpital. Assurez-vous auprès de votre médecin que votre bébé a bien reçu sa première dose de vaccin ainsi que les anticorps avant votre départ de l'hôpital.

Pour les deuxième et troisième doses, des rendez-vous doivent être pris auprès de votre CLSC ou de votre médecin.

Vous pouvez allaiter votre bébé même si vous êtes infectée par le virus de l'hépatite B.

Si vous avez besoin d'information supplémentaire, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

Merci de votre collaboration.

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Subject : *Prevention of Hepatitis B*

Dear Madam,

Further to our telephone conversation, here is a summary of the steps that you should now be taking.

Because you have hepatitis B, it is recommended that your baby be given antibodies and hepatitis B vaccination at birth to protect him or her. Both are free of charge.

Your baby will need three injections of the vaccine (at birth, at 1 month and at 6 months). The first dose is given at the hospital. Check with your doctor to make sure that your baby has received the first dose and also the antibodies before leaving the hospital.

For the second and third doses, you should make appointments at your CLSC or with your doctor.

You can breastfeed your baby despite the fact that you have hepatitis B infection.

If you would like more information, do not hesitate to contact us.

Thank you for your cooperation.

\_\_\_\_\_

## **LETTRE 2**

**Lettre aux parents –  
Recherche sérologique d'anticorps, après  
la vaccination, chez le nouveau-né**

Le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objet : Recherche d'anticorps chez le nouveau-né après la vaccination contre l'hépatite B

Chers parents,

Afin que nous puissions nous assurer que votre enfant a bien développé les anticorps qui le protègent contre l'hépatite B, nous vous recommandons de lui faire subir une prise de sang entre un et deux mois après qu'il ait reçu la dernière dose du vaccin contre l'hépatite B. Nous vous demandons donc de prendre rendez-vous avec votre médecin ou une infirmière du CLSC et de lui remettre la présente lettre.

Si vous avez besoin de plus d'information, vous pouvez communiquer avec nous au :

\_\_\_\_\_.

Merci de votre collaboration.

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Subject : *Post-vaccination verification of antibodies against hepatitis B in newborns*

Dear parents,

To confirm that your baby has developed antibodies protecting him or her against hepatitis B, we recommended that your child have a blood test 1 to 2 months after the last dose of vaccine. Please make an appointment with your doctor or a nurse at the CLSC and bring this letter with you to the appointment.

If you need more information, please contact me at : \_\_\_\_\_

Thank your for your cooperation.

\_\_\_\_\_

## **LETTRE 3**

**Lettre au cas-index –  
Échec du contact téléphonique**

Le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objet : Maladie infectieuse

Madame,  
(ou Monsieur,)

J'ai récemment tenté de vous joindre par téléphone, mais sans succès. Les résultats d'une prise de sang qui vous a été faite montrent que vous êtes atteinte (ou *atteint*) d'une maladie infectieuse à déclaration obligatoire. Les laboratoires doivent signaler cette maladie à la Direction de santé publique. Puisque cette maladie peut être transmise à d'autres personnes, j'aimerais discuter avec vous des moyens d'empêcher qu'une personne de votre entourage soit à son tour infectée.

Je vous prie de me téléphoner au numéro suivant : \_\_\_\_\_.

Merci de votre collaboration.

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Subject : *Infectious disease*

Madam,  
(Sir,)

I tried to phone you recently but was unable to reach you. You have had a blood test that shows you have a disease that must be reported. Laboratories are required to notify the Public Health Department of positive test results. This disease can spread to other people. I would like to discuss this infection with you and how to avoid spreading it to people around you.

Please call me at \_\_\_\_\_

Thank you for your cooperation.

\_\_\_\_\_

## **LETTRE 4**

**Lettre au cas d'hépatite B porteur chronique**

Le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objet : Hépatite B

Madame,  
(ou Monsieur,)

Votre médecin vous a probablement informée (ou *informé*) que l'analyse des prises de sang que vous avez subies récemment montre que vous êtes infectée (ou *infecté*) par le virus de l'hépatite B. Puisque l'hépatite B est une maladie à déclaration obligatoire au Québec, la Direction de santé publique en a été informée.

Nous vous demandons de lire attentivement les informations suivantes.

- Si vous êtes actuellement enceinte, il est important que vous nous téléphoniez le plus rapidement possible.  
(*Supprimer l'information qui précède si la lettre est adressée à un homme.*)
- Le vaccin contre l'hépatite B sera administré gratuitement aux personnes qui vivent dans la même maison que vous ainsi qu'à votre ou vos partenaires sexuels. Ces personnes doivent consulter leur médecin pour subir une prise de sang qui nous permettra de vérifier si elles sont infectées par le virus ou si elles sont déjà protégées contre l'hépatite B. Elles seront vaccinées, par la suite, si cela est approprié. Cette consultation médicale est très importante pour la protection de leur santé et de celle d'autres personnes.
- En tant que porteur du virus de l'hépatite B, vous êtes éligible à la vaccination gratuite contre l'hépatite A. L'hépatite A est une maladie infectieuse qui peut être plus grave chez les porteurs du virus de l'hépatite B. Vous êtes aussi éligible à la vaccination gratuite contre l'influenza et le pneumocoque. Pour recevoir ces vaccins, communiquez avec votre médecin ou votre CLSC.
- Vous trouverez, ci-joint, un dépliant d'information sur l'hépatite B et les moyens que vous devez prendre pour éviter de transmettre cette infection à d'autres personnes.

N'hésitez pas à communiquer avec nous au besoin.

Merci de votre collaboration.

Pièce jointe : Dépliant

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Subject : Hepatitis B

Madam,  
(Sir),

Your doctor has probably informed you of the results of your recent blood test, which shows that you have hepatitis B infection. The Public Health Department was notified of your result because hepatitis B is on the list of diseases that must be reported in Quebec.

Please read the following information carefully.

- If you are currently pregnant, it is important to call us as soon as possible.  
(*Supprimer l'information qui précède si la lettre est adressée à un homme.*)
- Hepatitis B vaccine is available free of charge for people in your household, as well as for your current sexual partner(s). These people should see their doctor to have a blood test to check if they have the infection or if they are already protected against hepatitis B. They will then be vaccinated, if needed. This medical consultation is very important to protect their health and the health of others.
- As a hepatitis B carrier, you are eligible for free vaccination against hepatitis A because this infection can be more serious in hepatitis B carriers. You are also eligible for free vaccination against influenza and pneumococcus. To receive these vaccines, contact your doctor or CLSC.
- We have enclosed a flyer about hepatitis B and the things you should do to avoid spreading the infection to other people.

Should you need more information, do not hesitate to contact us.

Thank you for your cooperation.

P.J. : Flyer

## **LETTRE 5**

**Lettre au cas d'hépatite B aiguë,  
au porteur chronique ou aux contacts –  
Présentation du document d'information  
sur l'hépatite B**

Le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objet : Information sur l'hépatite B

Madame,  
(ou Monsieur,)

À la suite de notre conversation téléphonique, nous vous envoyons le document d'information sur l'hépatite B. Il est important que vous et votre entourage en preniez connaissance. Si vous avez des questions sur l'hépatite B ou sur la vaccination, vous pouvez me joindre au : \_\_\_\_\_.

Merci de votre collaboration.

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Subject : Information about hepatitis B

Madam,  
(Sir),

As per our telephone conversation, enclosed you will find information about hepatitis B.

It is important that you and the people around you read this document.

If you have any questions about hepatitis B infection or vaccination, you can reach me at :

\_\_\_\_\_.

Thank your for your cooperation.

\_\_\_\_\_

# **ANNEXE 5**



