

## Politique - Protection des risques biologiques

### Vaccination

L'exposition à certains pathogènes est potentiellement plus élevée en milieu hospitalier. En plus des pratiques de base en prévention des infections en place dans les établissements, la vaccination est une méthode efficace et sûre de prévenir certaines maladies infectieuses. Tout étudiant à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal doit se conformer au programme de vaccination des sciences de la santé en vigueur. Ce document propose des recommandations en ce qui a trait à la vaccination des résidents à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Les vaccins dans la section suivante sont gratuits pour les tous les étudiants et résidents qui souscrivent au régime d'assurance-maladie du Québec (RAMQ). D'autres vaccins pourraient être indiqués dans des contextes particuliers. Consulter le document [Protocole d'immunisation du Québec](#) pour plus d'informations sur les contre-indications, les allergies et les effets secondaires.

Pour tous les vaccins énoncés dans cette politique, le résident doit fournir une preuve d'immunisation écrite et signée par un médecin ou une infirmière si le vaccin a déjà été administré. En l'absence d'une telle preuve, le vaccin sera considéré comme non administré et il faudra procéder à la vaccination<sup>1</sup>. Il est de la responsabilité du résident de s'assurer d'obtenir une preuve écrite et signée par un médecin ou une infirmière pour tout nouveau vaccin reçu.

### Coqueluche

Un résident est considéré immunisé contre la coqueluche s'il a reçu au moins une dose de vaccin au cours de sa vie.

Il n'est plus recommandé d'administrer systématiquement une dose de vaccin comprenant la composante coqueluche acellulaire à l'âge adulte.

---

<sup>1</sup> Dans le cas où un vaccin serait contre-indiqué pour une condition médicale, l'étudiant ou le résident devra obtenir une note de son médecin qui sera consignée à son dossier.

Il est recommandé d'administrer un vaccin dcaT aux résidentes enceintes entre la 26<sup>e</sup> et la 32<sup>e</sup> semaine de grossesse, et ce, à chaque grossesse.

### **Diphtérie et tétanos**

Un résident est considéré immunisé contre la diphtérie et le tétanos s'il a reçu :

- quatre doses du vaccin contenant les composantes diphtérique et tétanique, dont une à l'âge de quatre ans ou plus et une à l'âge de dix ans ou plus si la première dose a été administrée avant l'âge de quatre ans **OU**
- trois doses du vaccin contenant les composantes diphtérique et tétanique, dont une à l'âge de dix ans et plus, si la première dose a été administrés à l'âge de quatre ans ou plus.

En l'absence d'immunité contre la diphtérie et le tétanos, la vaccination devra être amorcée et complétée :

- trois doses de vaccin avec composante diphtérie-tétanos selon le calendrier du *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)*.
- Le rappel de la composante tétanique à tous les 10 ans n'est plus recommandé. Seul un rappel unique à l'âge de 50 ans est recommandé. Dans un contexte de prophylaxie post-exposition, se référer à l'outil « Aide à la décision pour la prophylaxie antitétanique » présente dans le PIQ.

### **Vaccination contre la rougeole**

Un résident est considéré immunisé contre la rougeole s'il répond à l'un des critères suivants:

- Est né avant 1970.
- A reçu deux doses du vaccin à partir de l'âge d'un an avec un intervalle minimal d'un mois entre les doses.
- A une attestation médicale qui certifie qu'il a eu la rougeole avant le 1<sup>er</sup> janvier 1996<sup>2</sup>
- A un antécédent de rougeole confirmée en laboratoire.

---

<sup>2</sup> Depuis le 1er janvier 1996, tous les cas de rougeole diagnostiqués doivent être confirmés (sérologie ou recherche virale ou présence de manifestations cliniques compatibles et d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé).

- A une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la rougeole.

Un résident ne répondant pas à ces critères d'immunité doit recevoir deux doses de vaccin s'il n'a jamais été ou une dose s'il a déjà reçu une dose antérieurement.

#### **Vaccination contre la rubéole**

Un résident est considéré immunisé contre la rubéole s'il répond à l'un des critères suivants :

- A reçu une dose de vaccin même en présence d'une sérologie négative.
- A une sérologie positive pour la rubéole avec un titre d'anticorps de  $\geq 10$  UI/ml.

En aucun cas les antécédents cliniques de rubéole constituent une preuve fiable d'immunité. En l'absence d'immunité contre la rubéole, le résident devra recevoir une dose de vaccin.

#### **Vaccination contre les oreillons**

Un résident est considéré immunisé contre les oreillons s'il répond à l'un des critères suivants:

- Est né avant 1970.
- A reçu une dose de vaccin.
- A une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre les oreillons.

En l'absence d'immunité contre les oreillons, le résident devra recevoir une dose de vaccin.

#### **Vaccination contre la varicelle**

Un résident est considéré immunisé contre la varicelle s'il répond à l'un des critères suivants:

- A une histoire de varicelle à partir de l'âge d'un an ou de zona quel que soit l'âge.
- A une sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la varicelle.

- A reçu deux doses de vaccin, même en présence d'une sérologie négative.

En l'absence d'immunité contre la varicelle, le résident devra recevoir deux doses de vaccin ou une dose s'il a déjà reçu une dose antérieurement. En l'absence d'immunité contre la rougeole, la rubéole et/ou les oreillons, le vaccin RRO-Varicelle pourra être utilisé pour la première dose et possiblement pour la deuxième dose si indiquée.

### **Vaccination contre l'hépatite B**

Les résidents qui n'ont pas reçu (depuis 1994) une série vaccinale complète contre l'hépatite B devront débuter et compléter leur vaccination dans les intervalles d'administration prescrits (0, 1 et 6 mois après le début de la vaccination).

Une sérologie post-vaccinale devra être effectuée entre un mois et six mois après la fin de la série vaccinale.

- Un titre d'anti-HBs  $\geq 10$  UI/L indique une réponse au vaccin et une protection contre le virus de l'hépatite B.
- Une non-réponse ou faible réponse vaccinale ( $< 10$  UI/L) nécessitera une revaccination complète ou partielle avec sérologies post-vaccinales<sup>3</sup>.
- Un maximum de deux séries vaccinales peut être administré.

Une sérologie post-vaccinale NE DOIT PAS être faite chez les résidents qui ont déjà été vaccinés dans le passé (dernière dose il y a plus de six mois) même s'ils n'ont pas eu de sérologie post-vaccinale (un à six mois post vaccin).

- Une sérologie post-exposition doit alors être effectuée après exposition à des liquides biologiques.

### **Vaccination contre le méningocoque**

Les résidents qui manipulent des souches de méningocoque devraient se faire vacciner contre le méningocoque (vaccin conjugué quadrivalent ACWY + vaccin Men-B) même s'ils ont déjà reçu un

---

<sup>3</sup> Se référer au Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)-Vaccin contre l'hépatite B.

vaccin contre le méningocoque de sérotype C. Les vaccins Men-B et Men-C-ACWY sont recommandés par le PIQ pour cette indication mais non remboursé par le programme gouvernemental d'immunisation. Le vaccin n'est pas indiqué pour ceux qui manipulent seulement des spécimens potentiellement infectés.

### **Vaccination contre l'influenza**

La vaccination annuelle contre l'influenza saisonnière est fortement recommandée.

### **Vaccination indiquée pour une condition de santé selon le PIQ**

Certains vaccins sont indiqués pour des conditions de santé particulières. Le résident est responsable de vérifier si des vaccins sont indiqués pour sa ou ses conditions médicales.

### **DEPISTAGE DE L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE (ITL)**

Tout étudiant ou résident devrait subir un dépistage de l'ITL en deux étapes avant de débiter ses stages, s'il répond à au moins un des critères suivants :

- Est né à l'extérieur du Canada.
- Est né au Canada avant 1976.
- A reçu le vaccin BCG.
- A eu une exposition connue à un cas de tuberculose contagieuse,
- A fait un séjour d'une durée cumulative de trois mois ou plus à l'extérieur des pays suivants : Canada, États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, certains pays d'Europe de l'Ouest (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Suisse) et des Antilles (à l'exception d'Haïti et de la République dominicaine).

Un dépistage de l'ITL devrait également être fait après une exposition significative, peu importe si elle survient au travail ou non. Consulter le bureau de santé ou la personne responsable de l'établissement fréquenté pour plus d'informations.

Les étudiants et les résidents avec un dépistage positif doivent subir un examen médical pour exclure une tuberculose active et pour évaluer la nécessité d'un traitement de l'ITL.

### **RISQUES BIOLOGIQUES EN LIEN AVEC UN VOYAGE OU UN STAGE À L'ÉTRANGER**

Le résident est responsable:

- Avant le voyage ou le stage à l'étranger : d'obtenir les vaccins et les prophylaxies médicamenteuses indiqués pour la destination, et ce, dans les délais prescrits.
- Pendant le voyage ou le stage à l'étranger : de prendre les mesures pour éviter l'acquisition de maladies transmissibles.
- Après le voyage ou le stage à l'étranger : de s'assurer d'avoir un suivi médical adéquat en cas d'exposition significative (ex. dépistage de l'ITL en cas d'exposition à la tuberculose)

À noter que la plupart des vaccins en lien avec un voyage ne sont pas couverts par le programme de gratuité. Il en va de même pour la prophylaxie médicamenteuse. Concernant le vaccin contre l'hépatite A, il pourra être administré gratuitement par son établissement si le résident en fait la demande (article 27.02, convention collective, FMRQ).

### **EXPOSITION A DES LIQUIDES BIOLOGIQUES**

Les étudiants et résidents exposés à des liquides biologiques dans le cadre de leur stage doivent suivre les procédures établies dans l'établissement fréquenté en ce qui a trait au suivi post-exposition pour évaluer le risque de transmission des virus des hépatites B et C et du VIH et la nécessité d'entreprendre un traitement prophylactique. Les règles d'éthique et de confidentialité doivent être suivies en tout temps tant pour la personne source que la personne exposée. Consulter le document [Guide pour la prophylaxie post-exposition \(PPE\) à des liquides biologiques dans le contexte du travail](#) pour plus d'informations.

Le Collège des médecins stipule dans le document [Le médecin et les infections transmises par le sang](#) :

«Un médecin infecté et qui pose des actes médicaux propices à la transmission est présumé inapte à l'exercice de sa profession s'il n'a pas soumis sa pratique professionnelle à une évaluation par un comité

d'experts ou s'il ne respecte pas les limitations d'exercice qu'il doit observer.»

Tout étudiant ou résident qui pose des actes médicaux à risque de transmission et qui reçoit un diagnostic de VIH, d'hépatite B et/ou d'hépatite C doit donc faire évaluer son dossier par le Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH). Consulter [www.inspq.qc.ca/sertih/](http://www.inspq.qc.ca/sertih/) pour plus d'informations.

## **CONSIDÉRATIONS PENDANT LA GROSSESSE**

### **Rubéole et varicelle**

La résidente qui désire planifier une grossesse doit porter une attention particulière à son statut sérologique contre la rubéole et la varicelle si elle n'a pas eu de vérification de son statut vaccinal avant le début de ses stages. En l'absence d'immunité contre la rubéole et la varicelle selon les critères décrits plus haut dans le texte, il est recommandé de terminer sa vaccination au moins un mois AVANT le début de la grossesse.

Dans le cas d'une absence d'immunité contre la rubéole et/ou la varicelle et d'une exposition potentielle en grossesse, la résidente devra consulter (par téléphone, de préférence) son médecin afin de déterminer la prise en charge. Pour ce qui est de l'exposition à la varicelle, elle devra être retirée des milieux de soins afin d'éviter de contaminer d'autres femmes enceintes jusqu'à avis de son médecin et du bureau de santé de son établissement.

### **Influenza**

Il est recommandé de recevoir le vaccin contre l'influenza saisonnière pour diminuer les complications de l'influenza qui sont augmentées chez les femmes enceintes (immunité diminuée). Le vaccin injectable peut être administré quel que soit le stade de la grossesse. Le vaccin intra-nasal est contre-indiqué en grossesse.

### **Coqueluche**

Il est recommandé de recevoir le vaccin contre la coqueluche, entre la 26<sup>e</sup> et la 32<sup>e</sup> semaine de grossesse pour permettre l'immunisation passive au nouveau-né.

### **Autres considérations**

Les sérologies pour le cytomégalovirus (CMV), la toxoplasmose et le parvovirus B19 ne font pas partie du bilan sérologique systématique de grossesse. La résidente doit consulter rapidement le bureau de santé

de son établissement ou son médecin dans un contexte d'exposition significative ou l'apparition de symptômes pouvant être reliés à l'une ou l'autre de ces infections.

**Protection respiratoire**

Voir la Politique de protection respiratoire pour les particularités liées à la grossesse.



### Références

Agence de la santé publique du Canada. *Guide canadien d'immunisation*. Partie 3 : Immunisation des travailleurs. Mise à jour septembre 2016

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Énoncé de position : Le médecin et les infections transmises par le sang*, 2004

Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), *Guide d'interprétation entente collective de 2015 à 2021*

INSPQ, *Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH)*, page consultée le 13 août 2019.

MSSS, *Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC*, Janvier 2019

MSSS, *Immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs : recommandations*, Novembre 2005

MSSS, *Protocole d'immunisation du Québec, mise à jour juin 2019*.

Adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales, novembre 2012

Révisée le 27 novembre 2019 par Dr Michael Desjardins

Version révisée adoptée par le Comité des études médicales postdoctorales le 11 décembre 2019

Adopté par le Comité exécutif de la Faculté de médecine (#CEFM-20-4449) le 18 mars 2020