



Exposition
professionnelle
au VHB, au
VHC ou au
VIH

Risques de transmission

Ce feuillet d'information résume le consensus scientifique actuel sur le risque de transmission du virus de l'hépatite B (VHB), du virus de l'hépatite C (VHC) et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) par une exposition professionnelle.

Ce feuillet d'information est le premier d'une série de sept qui portent sur l'exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH.

1. Risques de transmission
2. Prise en charge de l'exposition
3. Prophylaxie post-exposition
4. Administration de tests pour détecter l'infection
5. Renseignements de la personne source
6. Appels en faveur de tests obligatoires aux personnes source
7. Lectures et ressources

Expositions importantes

Les expositions professionnelles ne sont considérées *importantes* que s'il y a un risque d'infection. Certaines expositions (comme le contact avec les vêtements) ne sont pas importantes puisqu'il n'y a aucun risque d'infection.

L'exposition importante au VHB, au VHC ou au VIH se produit lorsqu'un type de liquide organique capable de transmettre le virus entre en contact avec :

- les tissus sous-cutanés (p. ex. par une piqûre d'aiguille ou une coupure). Ceci s'appelle l'exposition *percutanée*.
- les muqueuses (p. ex. par une éclaboussure aux yeux, au nez ou à la bouche). Ceci s'appelle l'exposition *cutanéomuqueuse*.
- la peau non intacte (p. ex. lorsque la peau est gercée, éraflée ou atteinte de dermatite).

Le contact avec la peau intacte n'est pas une exposition importante, mais plus la surface cutanée exposée est grande, et plus la durée du contact est prolongée, plus il est important de vérifier que toute la surface cutanée exposée est intacte.

Liquides infectieux

Parmi les liquides organiques capables de transmettre le VHB, le VHC et le VIH figurent :

- le sang, le sérum, le plasma et tous les liquides biologiques visiblement contaminés par du sang;
- les spécimens, les échantillons ou les cultures de laboratoire qui contiennent des concentrés du VHB, du VHC et du VIH;
- les organes et tissus transplantés
- les liquides pleural, amniotique, péricardique, péri-tonéal, synovial et céphalo-rachidien;
- les sécrétions utérines ou vaginales et le sperme (transmission peu probable du VHC);
- la salive (seule, elle ne transmet que le VHB; si elle contient du sang, elle peut transmettre aussi le VHC et le VIH).

Le VHB, le VHC et le VIH ne sont pas transmis par les fèces, les sécrétions nasales, les expectorations, les larmes, l'urine et les vomissements, à moins que ces substances soient visiblement contaminées par du sang.

Risque d'infection après l'exposition

VHB : Les personnes qui ont reçu le vaccin contre l'hépatite B et qui ont développé une immunité au virus ne courent pratiquement aucun risque pour cette infection. Pour une personne non vaccinée, le risque d'infection lié à une seule exposition percutanée à du sang contenant le VHB varie de 6% à 30% et dépend de l'état sérologique de la personne source.

VHC : Le risque d'infection d'une seule exposition percutanée à du sang contenant le VHC est estimé à 1,8%. Le risque d'infection d'une exposition aux muqueuses ou à la peau non intacte est inconnu, mais on croit qu'il est minime.

VIH : Le risque d'infection d'une seule exposition percutanée à du sang contenant le VIH est estimé à

0,3% (1 sur 300). Le taux de transmission d'une exposition cutanéomuqueuse est estimé en moyenne à 0,1% (1 sur 1 000). On estime que le taux de transmission d'une exposition cutanée est inférieur à 0,1%. Il n'y a eu aucun cas documenté d'infection à VIH causée par l'exposition à une petite quantité de sang sur de la peau intacte.

Facteurs de risque

Plusieurs facteurs influencent le degré de risque d'infection lié à une exposition importante. Ces facteurs comprennent :

- le virus en cause (le VHB et le VHC sont plus infectieux que le VIH);
- le type d'exposition (une blessure profonde est plus risquée qu'une éclaboussure aux yeux);
- la quantité de sang en cause dans l'exposition (plus il y a de sang, plus le risque est élevé);
- la quantité de virus qui se trouve dans le sang de la personne source au moment de l'exposition (plus il y a de virus, plus il y a de risque).

La probabilité d'infection à la suite d'une exposition varie proportionnellement à la prévalence du virus dans la population. Le Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique estime que la probabilité de séroconversion au VIH en Colombie-Britannique après une seule exposition percutanée par une aiguille est de 0,3% si la personne source est séropositive au VIH (le taux est probablement plus bas si la personne prend des médicaments antirétroviraux); 0,12% si la personne source utilise de la drogue par injection; 0,06% si la personne source est un homme qui a des rapports sexuels avec des hommes; et plus faible si la personne source ne présente aucun facteur de risque.

Le risque de subir une exposition importante est plus élevé chez certains professionnels et dans certaines activités. Dans les contextes de soins de santé, la plupart des expositions sont causées par des piqûres d'aiguilles et les infirmières subissent la plupart des expositions. Parmi les professionnels de la santé, les infirmières de salle d'opération, les résidents en chirurgie et les chirurgiens ont des taux d'exposition élevés. Le risque de subir une exposition importante est plus bas à l'extérieur du milieu de soins de santé.

Il existe peu de renseignements sur les facteurs de risque chez les pompiers, les ambulanciers, les policiers et les employés des services correctionnels. Un résumé

de cinq études de l'infection à VHC chez les intervenants d'urgence (pompiers, techniciens-ambulanciers et travailleurs paramédicaux) à des endroits choisis aux États-Unis, entre 1991 et 2000, a révélé que le taux d'infection n'était pas plus élevé chez les secouristes opérationnels que dans la population en général. L'infection à VHC chez les intervenants d'urgence était liée non pas à des facteurs professionnels, mais plutôt à des facteurs non professionnels. Dans une étude de l'exposition professionnelle au VIH chez les agents de police de Denver (Colorado), les auteurs ont conclu que les agents de police étaient rarement l'objet d'expositions percutanées ou cutanéomuqueuses à du sang mais que lorsqu'ils l'étaient, le risque d'exposition à du sang infecté par le VIH était passablement élevé.

Surveillance des expositions

Il existe quelques programmes de surveillance de l'exposition professionnelle dans les contextes de soins de la santé. Le Réseau canadien de surveillance de piqûres d'aiguille a déclaré 599 expositions dans douze sites d'avril à septembre 2000. De ce nombre, 514 étaient des expositions percutanées et 85 étaient des expositions cutanéomuqueuses. Les expositions percutanées comprenaient 406 piqûres d'aiguille, 42 autres piqûres, 44 coupures, 15 égratignures et 7 morsures qui ont transpercé la peau. Il existe deux programmes de surveillance d'exposition professionnelle chez les travailleurs de la santé aux États-Unis : le National Surveillance System for Hospital Health Care Workers, administré par les CDC, et le Exposure Prevention Information Network coordonné par le International Health Care Worker Safety Center de l'University of Virginia.

Il existe peu de renseignements sur les expositions professionnelles dans d'autres contextes.

Cas documentés de transmission professionnelle du VIH

Jusqu'à maintenant, il y a eu au Canada deux cas probables de transmission professionnelle du VIH intéressant des travailleurs de laboratoire et un cas certain intéressant un professionnel de la santé. Il n'y a pas eu de cas documentés de transmission professionnelle de transmission du VIH intéressant les pompiers, les ambulanciers, les policiers et les employés des services correctionnels au Canada.

Les renseignements contenus dans cette série de feuillets d'information sont tirés d'un rapport établi par Theodore de Bruyn pour le Réseau juridique canadien VIH/sida : *L'administration de tests aux personnes que l'on croit être la source d'une exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH : étude générale*. Le feuillet 7 renferme une bibliographie pour chacun des feuillets. Des copies du rapport et de la série de feuillets sont accessibles sur le site Web du Réseau juridique à <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests.htm> et auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida (tél. : 1-877-999-7740; téléc. : 613 725-9826; courriel : aids/sida@cpha.ca). Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies des feuillets en y indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus de renseignements, communiquez avec le Réseau (tél. : 514 397-6828; courriel : info@aidslaw.ca). This info sheet is also available in English.

Financé par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou les politiques de Santé Canada.



Prise en charge de l'exposition

Ce feuillet d'information examine les procédures de base pour la prévention des expositions professionnelles et pour y réagir .

Ce feuillet d'information est le deuxième d'une série de sept qui portent sur l'exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH.

1. Risques de transmission
2. Prise en charge de l'exposition
3. Prophylaxie post-exposition
4. Administration de tests pour détecter l'infection
5. Renseignements de la personne source
6. Appels en faveur de tests obligatoires aux personnes source
7. Lectures et ressources



Prise en charge globale de l'exposition

Un programme d'ensemble pour la prise en charge de l'exposition professionnelle aux maladies infectieuses devrait comprendre :

- les politiques et les protocoles élaborés pour un champ d'activités particulier (p. ex. divers contextes de soins, intervenants d'urgence, police);
- l'équipement de protection individuelle, les mesures d'ingénierie, les mesures de protection et les désinfectants adéquats;
- l'enseignement et la formation continue des travailleurs et du personnel chargé d'agir en cas d'exposition professionnelle;
- un programme pré-exposition;
- un programme post-exposition;
- un partenariat avec les responsables de la santé publique.

Programmes pré-exposition

La prévention devrait être le premier objectif de la prise en charge de l'exposition professionnelle aux maladies infectieuses. La prévention peut éliminer ou réduire le risque d'infection, le besoin de traitement et de prévention post-exposition, les effets néfastes du traitement, l'anxiété et le stress. La prévention est d'autant plus importante lorsque l'immunisation pré-exposition est disponible (par exemple, le vaccin contre l'hépatite B) ou lorsque aucun traitement post-exposition n'est disponible (par exemple, contre l'hépatite C).

Un programme pré-exposition devrait comprendre ce qui suit :

- les normes, l'enseignement et la formation relatifs aux renseignements sur les maladies infectieuses, les méthodes de transmission, l'évaluation du risque d'exposition, la définition d'une exposition importante, les méthodes de désinfection et de décontamination, l'utilisation de l'équipement de protection individuelle, les mesures d'ingénierie et les mesures de protection;
- un programme d'immunisation;
- le dépistage des infections par aérosol comme la tuberculose s'il y a risque d'exposition;
- les protocoles pour la prise en charge des agents pathogènes transmis par le sang;
- le concours et l'assistance des employés pour la mise à l'essai de l'équipement de protection individuelle et l'élaboration de mesures de protection;
- le respect de la confidentialité des individus conformément à la loi;
- le respect du droit de travailler dans des conditions conformes aux lois sur la santé et la sécurité du travail.

Programmes post-exposition

Les programmes post-exposition sont essentiels pour réagir de façon efficace et en temps opportun à une exposition professionnelle. Les programmes devraient comprendre les éléments suivants :

- les normes et les protocoles pour réagir aux expositions, y compris des dispositions pour les activités

PRISE EN CHARGE DE L'EXPOSITION

post-exposition immédiates (premiers soins, désinfection, déclaration et référence), évaluation de l'exposition, counselling donné au travailleur exposé, renvoi à un médecin et prophylaxie post-exposition, administration de tests et suivi pour le travailleur exposé, et obtention de renseignements de la personne source;

- la sélection de personnel désigné et la formation pour qu'ils puissent assumer leur rôle (premier point de renvoi pour le travailleur exposé, évaluation de l'exposition, administration de la prophylaxie post-exposition, liaison avec la personne source, liaison avec les autorités de santé publique);
- des systèmes établis pour la prestation compétente et en temps opportun de soins médicaux, de counselling et de suivi;
- l'enseignement et la formation du personnel sur les protocoles, les intervenants et les systèmes en cause dans les mesures prises à la suite d'expositions.

Matière à amélioration

Des études de recherche indiquent que la prévention et la prise en charge de l'exposition professionnelle peuvent être améliorées, à la fois dans le milieu des soins de santé et dans les contextes communautaires. Des études au Canada, aux États-Unis et en Europe ont révélé des cas de pratiques dangereuses dans l'élimination des aiguilles, le défaut de prendre des précautions de routine, des taux continus de blessures, des retards dans l'administration de prophylaxie post-exposition, et des compétences insuffisantes dans l'évaluation des expositions et la recommandation de prophylaxie post-exposition.

Des rapports anecdotiques identifient plusieurs facteurs qui contribuent aux expositions professionnelles, particulièrement les piqûres d'aiguille, dans des milieux de soins : procédures dangereuses en remettant les embouts sur les aiguilles ou en plaçant les aiguilles dans des contenants d'objets tranchants ou pointus; contenants d'objets tranchants ou pointus qui ne sont pas facilement accessibles en toute sécurité au point de service; aiguilles laissées dans la literie ou sur des surfaces; formation inadéquate en pratiques sûres, surtout chez les étudiants; fatigue attribuable à de longs quarts de travail, burnout; contexte et un système organisationnels qui n'encouragent pas et qui ne favorisent pas la sécurité du travail; manque d'estime de soi sur le plan personnel ou professionnel.

La prévention des expositions professionnelles exige un système intégré d'équipement protecteur personnel, de

mesures d'ingénierie, de pratiques en milieu de travail, d'éducation et de formation, de surveillance et de programmes de réduction du risque. L'on ne saurait trop insister sur l'importance de faire participer la direction et le personnel à la consultation, à l'examen, à la formation et au soutien. Il faut que les travailleurs participent à l'évaluation des accidents ou des quasi-accidents, à la formulation de suggestions, à la mise en œuvre et à l'évaluation des solutions et à favoriser une formation continue sur les mesures d'ingénierie et les pratiques de protection.

Santé Canada a fait une série de recommandations sur la réduction des risques d'exposition professionnelle aux infections transmissibles par le sang, en milieu de travail. Elles comprennent des recommandations sur la réduction des risques en milieu de travail, l'immunisation, les mesures de protection d'ingénierie, l'équipement protecteur personnel, l'hygiène et la salubrité, l'éducation des travailleurs, le contrôle de la qualité, les pompiers et les services médicaux d'urgence et les agents de police et des services correctionnels. Il incombe aux employeurs et aux employés d'examiner ces recommandations, de déterminer si elles sont mises en œuvre *de façon régulière et soutenue* et de remédier à toute lacune sur le plan de la politique, de la pratique ou de la formation.

Dans les contextes de soins, il faut porter une attention particulière à la réduction de l'incidence des piqûres d'aiguille. Ces incidents constituent la majeure partie des expositions percutanées. Des systèmes pneumatiques (sans aiguille) et des aiguilles munies de caractéristiques de sécurité sont actuellement disponibles et pourraient contribuer à réduire l'incidence de piqûres d'aiguille. Aux États-Unis, la loi oblige maintenant les établissements de santé régis par la Occupational Safety and Health Administration (commission de santé et sécurité du travail) à utiliser de tels systèmes et appareils.

Dans les contextes d'intervention d'urgence, il faudrait porter une attention particulière à la mise en œuvre et à l'amélioration des programmes pré-exposition et post-exposition. Par exemple, les lignes directrices de 1995 pour l'établissement d'un protocole de notification pour les intervenants d'urgence, qui prévoit du personnel désigné possédant la formation et les connaissances nécessaires et des systèmes clairs et établis pour les mesures à prendre et pour la notification, se sont révélées efficaces dans l'amélioration de la prise en charge des expositions professionnelles chez les pompiers. Toutefois, le protocole n'a pas été adopté dans tous les ressorts canadiens.

Les renseignements contenus dans cette série de feuillets d'information sont tirés d'un rapport établi par Theodore de Bruyn pour le Réseau juridique canadien VIH/sida : *L'administration de tests aux personnes que l'on croit être la source d'une exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH : étude générale*. Le feuillet 7 renferme une bibliographie pour chacun des feuillets. Des copies du rapport et de la série de feuillets sont accessibles sur le site Web du Réseau juridique à <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests.htm> et auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida (tél. : 1-877-999-7740; téléc. : 613 725-9826; courriel : aids@sida.cpha.ca). Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies des feuillets en y indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus de renseignements, communiquez avec le Réseau (tél. : 514 397-6828; courriel : info@aidslaw.ca). This info sheet is also available in English.

Financé par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou les politiques de Santé Canada.



Prophylaxie post-exposition

Ce feuillet d'information fournit des renseignements sur le traitement pour la prévention de l'infection après une exposition professionnelle (prophylaxie post-exposition ou PPE).

Ce feuillet d'information est le troisième d'une série de sept qui portent sur l'exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH.

1. Risques de transmission
2. Prise en charge de l'exposition
3. Prophylaxie post-exposition
4. Administration de tests pour détecter l'infection
5. Renseignements de la personne source
6. Appels en faveur de tests obligatoires aux personnes source
7. Lectures et ressources

Traitement disponible

Le traitement pour la prévention de l'infection après une exposition (prophylaxie post-exposition ou PPE) existe pour le VHB et le VIH, mais non pour le VHC.

VHB

La PPE pour l'exposition au VHB comprend un traitement à la globuline immune d'hépatite B (GIHB) et un vaccin contre l'hépatite B, selon la susceptibilité ou l'immunité du travailleur exposé au VHB. La GIHB doit être administrée dans les 48 heures (les lignes directrices des États-Unis recommandent de préférence dans les 24 heures). L'efficacité de la GIHB en tant que PPE décroît avec le temps et n'est pas connue après 7 jours.

VIH

La PPE pour le VIH comprend un traitement à l'aide de deux ou trois médicaments antirétroviraux pendant quatre semaines. La zidovudine (AZT) et la lamivudine (3TC) (deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse) sont souvent prescrites, mais il est de plus en plus courant d'ajouter un troisième médicament (un inhibiteur de la protéase ou un inhibiteur non nucléoside de la transcriptase inverse), car une combinaison des trois médicaments a une plus grande activité antirétrovirale et est moins susceptible d'occasionner une résistance aux médicaments. Il est parfois nécessaire de réduire le nombre de médicaments ou d'en remplacer un par un autre, en raison d'effets secondaires, d'événements indésirables ou d'une résistance aux médicaments.

La PPE antirétrovirale devrait commencer dès que possible après l'exposition, de préférence dans l'heure ou les deux heures suivant l'exposition. Le traitement peut encore être envisagé à des intervalles subséquents en raison des avantages éventuels d'un traitement précoce de l'infection aiguë au VIH. Le traitement dure habituellement quatre semaines.

Il est pratiquement impossible d'obtenir une preuve de l'efficacité de la PPE chez les humains par un essai clinique sur échantillon aléatoire et contrôlé, puisque le taux de transmission est bas et qu'il serait difficile d'obtenir un échantillon suffisant de travailleurs ayant subi une exposition professionnelle documentée. Toutefois, il existe de fortes indications *indirectes* de cette efficacité. Une étude internationale de travailleurs de la santé exposés au VIH a révélé que les probabilités d'infection à VIH chez ceux qui ont pris de l'AZT étaient réduites d'environ 81%. Nombre d'études ont démontré que le traitement antirétroviral est efficace dans la prévention de la transmission du VIH de mères séropositives à leur nourrisson. Des études sur les animaux ont révélé qu'un traitement administré dans les 24 à 36 heures de l'exposition était efficace dans la prévention de l'infection; cependant l'infection avait lieu chez certains animaux lorsque le traitement était administré dans les 48 à 72 heures. Certaines études sur des animaux ont également révélé que l'infection se produisait lorsque la PPE était administrée pendant moins de 28 jours. Toutefois, dans d'autres études, des durées de traitement plus courtes se sont révélées efficaces dans la prévention de la transmission.

Évaluation du risque pour la PPE contre le VIH

La décision de recommander une PPE contre le VIH, et le nombre de médicaments compris dans le traitement, dépendent de l'évaluation du risque causé par l'exposition. Les lignes directrices du Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, qui représentent le consensus actuel, prévoient ce qui suit :

Risque plus élevé de transmission : Le traitement avec trois médicaments est fortement recommandé lorsque l'exposition provient d'un liquide organique infectieux, d'une personne source séropositive au VIH ou qui s'est récemment adonnée à des comportements à risque élevé, d'une exposition percutanée ou d'une importante exposition cutanéomuqueuse ou par la peau non intacte (c.-à-d. plus que quelques gouttes de sang ou plusieurs minutes).

Risque modéré de transmission. Le traitement avec deux médicaments est recommandé lorsque l'exposition implique un liquide organique infectieux; une personne source séropositive au VIH ou qui s'est récemment adonnée à des comportements à risque élevé, mais lorsqu'il est peu probable que la blessure entraîne la transmission, par exemple une exposition mineure cutanéomuqueuse ou à de la peau non intacte (c.-à-d. moins de trois gouttes pendant une minute ou deux); ou des morsures, lorsqu'il y a présence de sang dans la bouche de la personne qui mord et une blessure sanglante à la peau de la personne mordue.

Risque négligeable de transmission : Un traitement n'est pas recommandé, mais du counselling est offert pour expliquer le risque négligeable de transmission ou pour rassurer le travailleur lorsque l'exposition implique une personne source que l'on sait être ou que l'on présume être séronégative, ou lorsqu'une blessure ou un liquide organique en particulier n'est pas censé, d'après les connaissances actuelles, transmettre le VIH.

Toutefois, à mesure qu'augmentent les connaissances sur la PPE contre le VIH, des changements sont apportés à l'évaluation du risque et au traitement recommandé.

Effets secondaires et événements indésirables liés à la PPE contre le VIH

Des effets secondaires et des événements indésirables graves sont liés à la PPE contre le VIH. Un registre américain des travailleurs de la santé qui ont reçu une PPE

indique que parmi ceux pour lesquels des données étaient disponibles après six semaines, 76% signalaient des symptômes ou événements indésirables. Les symptômes les plus fréquemment mentionnés étaient la nausée, un malaise ou de la fatigue, des maux de tête, des vomissements, de la diarrhée et des myalgies ou des arthralgies. Les événements indésirables comprenaient la lithiase rénale, l'éruption cutanée grave, l'hépatite toxique, la cholecystite et l'épidermolyse bulleuse. La plupart des effets secondaires et des événements indésirables se sont réglés lorsque l'on a cessé le traitement.

Les effets secondaires et les événements indésirables causés par la PPE obligent l'intéressé à manquer plusieurs journées de travail. Ils sont également l'un des principaux motifs qui incitent les gens à ne pas compléter la PPE (l'autre étant le fait de découvrir que la personne source a reçu un résultat négatif au test du VIH).

Lorsque le risque d'infection à VIH est faible, il est justifié d'être conservateur dans la prescription d'une PPE contre le VIH. Toutefois, si le risque d'infection à VIH est élevé, les avantages de la PPE (la prévention d'une maladie débilante et mortelle) l'emportent sur les torts (les effets secondaires et les événements indésirables, dont la plupart se règlent après le traitement).

Counselling et suivi

Pour le travailleur exposé, composer avec l'anxiété liée à la possibilité d'infection et prendre les précautions pour empêcher la transmission à d'autres sont, avec les effets secondaires et les effets indésirables de la PPE, les principaux fardeaux à la suite d'une exposition professionnelle. Ces effets ont un impact non seulement sur le travailleur lui-même, mais aussi sur sa famille et ses proches. Le counselling est un élément essentiel des soins dispensés à un travailleur. Il aide à réduire l'anxiété, il assure un traitement et un suivi adéquats, il favorise l'adhésion à la PPE et il réduit le risque de transmission à d'autres.

Pour être certain qu'ils ne sont pas infectés, les travailleurs exposés au VHB doivent subir à nouveau les tests après six mois; ceux exposés au VHC, après trois mois et six mois; et les travailleurs exposés au VIH, après six semaines, trois mois et six mois. Il est important de suivre ceux exposés pour tous leurs tests, qui doivent être fournis à un seul emplacement. Toutefois, dans les faits, on perd la trace de plusieurs, au cours du suivi.

Les renseignements contenus dans cette série de feuillets d'information sont tirés d'un rapport établi par Theodore de Bruyn pour le Réseau juridique canadien VIH/sida : *L'administration de tests aux personnes que l'on croit être la source d'une exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH : étude générale*. Le feuillet 7 renferme une bibliographie pour chacun des feuillets. Des copies du rapport et de la série de feuillets sont accessibles sur le site Web du Réseau juridique à <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests.htm> et auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida (tél. : 1-877-999-7740; téléc. : 613 725-9826; courriel : aids@sida.cpha.ca). Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies des feuillets en y indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus de renseignements, communiquez avec le Réseau (tél. : 514 397-6828; courriel : info@aidslaw.ca). This info sheet is also available in English.

Financé par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou les politiques de Santé Canada.



Administration de tests pour détecter l'infection

Ce feuillet d'information fournit des renseignements sur les technologies actuelles de test et leurs capacités de détecter le VHB, le VHC et le VIH. Pour des renseignements sur la pertinence des résultats des tests du VIH pour le counselling post-exposition, le traitement et le suivi, voir le feuillet d'information 5 (Renseignements de la personne source).

Ce feuillet d'information est le quatrième d'une série de sept qui portent sur l'exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH.

1. Risques de transmission
2. Prise en charge de l'exposition
3. Prophylaxie post-exposition
4. Administration de tests pour détecter l'infection
5. Renseignements de la personne source
6. Appels en faveur de tests obligatoires aux personnes source
7. Lectures et ressources



La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida

Types de tests

Plusieurs types de tests sont utilisés pour déterminer si une personne a été exposée au VHB, au VHC ou au VIH, ou si elle a été infectée par ces virus. Des tests détectent la présence d'anticorps au virus ou d'anticorps à une particule du virus (antigènes). D'autres tests détectent la présence d'antigènes dans le sang (comme le test pour l'antigène p24 contre le VIH). D'autres, appelés tests des acides nucléiques (TAN), détectent la présence de matériel génétique (ARN ou ADN) du VHB, du VHC ou du VIH dans le sang. En outre, dans le cas de l'hépatite B et de l'hépatite C, il existe des tests qui mesurent les niveaux de sérum glutamopyruvique transaminase (SGPT) et de sérum glutamo-oxalacétique transaminase (SGOT), qui sont des enzymes hépatiques. Des niveaux plus élevés que la normale de ces enzymes peuvent être des indices de changements de la fonction du foie.

Fenêtre sérologique

Toutes les infections virales commencent par une fenêtre sérologique pendant laquelle le virus est présent dans le corps, mais où les anticorps au virus ne sont pas présents dans le sang ou ne peuvent être détectés avec certitude par les tests actuels.

La fenêtre sérologique comporte deux phases. Pendant la première phase, le virus n'est pas présent dans le sang ou ne peut être détecté par les tests existants. Pendant la deuxième phase, le virus est présent dans le sang et peut être détecté par les tests d'acide nucléique ou les tests de détection des antigènes.

Il n'est pas possible d'exclure la possibilité d'infection tant que la fenêtre sérologique n'est pas terminée (après quoi des anticorps anti-virus sont présents dans le sang). La durée de la fenêtre sérologique varie d'une personne à l'autre. Chez la plupart des gens, la séroconversion au VHC et au VIH se produit dans les six mois. Chez certaines personnes, elle se produit plus tard, neuf mois après l'exposition au VHC et jusqu'à un an après l'exposition au VIH. (Environ 5% des personnes infectées par le VIH développent des anticorps après six mois). Par conséquent, pour être certain qu'ils ne sont pas infectés, les travailleurs exposés au VHB doivent subir à nouveau les tests après six mois; les travailleurs exposés au VHC, après trois mois et six mois; et les travailleurs exposés au VIH, après six semaines, trois mois et six mois (certains protocoles recommandent un test du VIH après un an).

Tests de dépistage et tests complémentaires ou de confirmation

Le processus standard de test de diagnostic pour le VHC et le VIH comprend un test de dépistage (un essai immunoenzymatique ou EIA) et un test complémentaire ou de confirmation pour détecter les anticorps anti-virus. Bien que les tests d'acide nucléique et les tests pour détecter les antigènes puissent déceler l'infection avant les tests de détection des anticorps, ils ne sont pas utilisés comme tests de diagnostic standards

ADMINISTRATION DE TESTS POUR DÉTECTER L'INFECTION

en raison du coût, de la complexité de la technique, des problèmes qu'il y a à assurer des résultats fiables et normalisés, et des problèmes liés aux résultats faux négatifs et faux positifs. Tous les tests de diagnostic doivent être accompagnés par du counselling pré-test et post-test appropriés comprenant notamment des renseignements sur la fenêtre sérologique et la possibilité de résultat erroné de test.

VHC

Les tests de dépistage du VHC permettent de détecter l'anti-VHC chez 97% ou plus des personnes infectées, mais ne permettent pas de faire la distinction entre l'infection aiguë, chronique et résorbée. Les tests donnent une proportion élevée de résultats faux positifs lorsqu'ils sont administrés dans des populations ayant une faible prévalence d'infection à VHC. Une personne est considérée positive pour l'anti-VHC si le résultat de l'EIA de dépistage et le test complémentaire sont positifs. Les personnes ayant un résultat négatif à l'EIA ou un test positif à l'EIA et un test complémentaire négatif sont considérées non infectées, à moins qu'il existe d'autres preuves indiquant une infection à VHC.

VIH

Avec l'EIA pour le VIH, les probabilités de ne pas détecter d'anticorps sont faibles, et la probabilité qu'un résultat négatif soit le résultat véritable est très élevée. Toutefois, une réaction positive erronée à l'EIA peut être causée non pas par des anticorps anti-VIH, mais par d'autres facteurs influençant le test comme s'ils étaient des anticorps anti-VIH (un résultat faux positif). Un test de confirmation plus spécifique est donc nécessaire. Bien que des résultats positifs répétés de l'EIA soient considérés comme un indice sérieux d'infection, un test de confirmation positif (transfert Western ou autre test approuvé) est nécessaire pour établir un diagnostic définitif d'infection à VIH.

Des tests de détection de l'antigène p24 du VIH et de l'ARN du VIH ont été utilisés pour fournir une indication précoce d'infection à VIH, avant la détection des anticorps anti-VIH, en cas d'exposition professionnelle. Toutefois, l'on ne peut s'appuyer sur ces tests pour établir un diagnostic définitif d'infection à VIH. Une étude de

personnes qui se trouvaient au stade précoce de l'infection à VIH mais qui avaient eu un résultat négatif pour les anticorps anti-VIH a révélé que les tests de détection d'antigène p24 permettaient de détecter environ 90% des infections avant la détection des anticorps anti-VIH. (Il y a eu certains résultats faux négatifs, mais aucun résultat faux positif avec les tests de détection d'antigène p24). Les tests d'ARN du VIH ont permis de détecter 100% des infections (il n'y a eu aucun résultat faux négatif), mais ont produit certains résultats faux positifs. Il est important de noter que ces conclusions ne peuvent être appliquées aux stades plus tardifs de la maladie du VIH, puisque le niveau de virus dans le sang chute après le stade initial d'infection, et les tests qui permettent de détecter le virus dans le sang peuvent produire des résultats faux négatifs. Ceci est particulièrement probable chez les personnes qui reçoivent des médicaments antirétroviraux, qui peuvent réduire la quantité de virus dans le sang jusqu'à des niveaux indétectables.

Dépistage rapide ou accéléré du VIH

Les tests standard de dépistage et de confirmation du VIH prennent du temps à réaliser, en partie parce que les échantillons sont groupés par lots pour réduire les coûts du test. Certaines circonscriptions au Canada prévoient le traitement accéléré des tests en laboratoire (24 à 48 heures) en cas d'exposition professionnelle. Il est généralement recommandé que le laboratoire soit avisé à l'avance par téléphone pour veiller à ce que le traitement soit accéléré, en particulier la fin de semaine.

Le dépistage rapide du VIH dans un point de service peut réduire le temps nécessaire pour obtenir un résultat. L'utilisation de ces tests a été approuvée pour le dépistage par des professionnels de la santé dans les points de service. Les tests font appel à un EIA qui équivaut aux EIA utilisés dans les laboratoires pour tester les échantillons de sang, mais ils peuvent produire un résultat en moins de temps (entre quelques minutes et deux heures). Si le résultat est négatif, aucun autre test n'est nécessaire. Si le résultat est positif ou équivoque, un échantillon de sang est prélevé pour des tests plus poussés avec du counselling approprié, un EIA est appliqué en laboratoire et, si le résultat est positif, un test de confirmation est appliqué.

Les renseignements contenus dans cette série de feuillets d'information sont tirés d'un rapport établi par Theodore de Bruyn pour le Réseau juridique canadien VIH/sida : *L'administration de tests aux personnes que l'on croit être la source d'une exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH : étude générale*. Le feuillet 7 renferme une bibliographie pour chacun des feuillets. Des copies du rapport et de la série de feuillets sont accessibles sur le site Web du Réseau juridique à <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests.htm> et auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida (tél. : 1-877-999-7740; téléc. : 613 725-9826; courriel : aids/sida@cpha.ca). Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies des feuillets en y indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus de renseignements, communiquez avec le Réseau (tél. : 514 397-6828; courriel : info@aidslaw.ca). This info sheet is also available in English.

Financé par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou les politiques de Santé Canada.



Renseignements de la personne source

Ce feuillet d'information examine la valeur des renseignements obtenus de la personne qui est la source d'une exposition professionnelle au travailleur exposé, et les processus qui devraient être utilisés pour obtenir ces renseignements.

Ce feuillet d'information est le cinquième d'une série de sept qui portent sur l'exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH.

1. Risques de transmission
2. Prise en charge de l'exposition
3. Prophylaxie post-exposition
4. Administration de tests pour détecter l'infection
5. Renseignements de la personne source
6. Appels en faveur de tests obligatoires aux personnes source
7. Lectures et ressources

Renseignements utiles de la personne source

Des renseignements sur l'état sérologique (les résultats de tests d'infection virale), les facteurs de risque et les antécédents médicaux de la personne source peuvent calmer l'incertitude quant à savoir s'il y a eu, de fait, exposition au VHB, au VHC ou au VIH; et ils peuvent contribuer aux décisions relatives à la prophylaxie post-exposition (PPE), aux tests et au suivi, pour le travailleur exposé.

Si les résultats de tests de la personne source sont négatifs et qu'il n'y a pas de facteurs de risque, le travailleur exposé peut être raisonnablement certain qu'il n'y a pas eu d'exposition importante, son anxiété sera soulagée et il pourra renoncer à la PPE.

Si les résultats de tests de la personne source sont positifs ou si les résultats sont négatifs mais qu'il existe des facteurs de risque (indiquant que le test a peut-être été administré pendant la fenêtre sérologique), le travailleur exposé aurait à prendre des mesures pour empêcher toute nouvelle transmission, à envisager une prophylaxie post-exposition (selon la nature de l'exposition) et à subir des tests par la suite. *L'on ne peut conclure que le travailleur exposé a été infecté sur la foi d'un résultat de test positif chez la personne source, ou que le travailleur exposé n'a pas été infecté sur la foi d'un résultat de test négatif chez la personne source en présence de facteurs de risque.*

Si l'on sait que la personne source est séropositive au VIH et qu'elle reçoit des soins médicaux, des renseignements sur l'état de la maladie de la personne source et son traitement peuvent être utiles dans la conception ou la modification de la prophylaxie post-exposition pour le travailleur. Ces renseignements comprennent le stade d'infection de la personne source (c'est-à-dire, asymptomatique ou sida), la numération des lymphocytes T-CD4+, les résultats de tests de la charge virale (mesurant la quantité du virus dans le sang) et la thérapie antirétrovirale actuelle et antérieure. Il est important de savoir si la personne source a développé une résistance à des médicaments antirétroviraux, puisque ces médicaments peuvent alors être exclus de la prophylaxie post-exposition du travailleur exposé ou peuvent être complétés par des médicaments auxquels la personne source n'a pas de résistance connue.

Lignes directrices pour obtenir des renseignements

En 1995, Santé Canada a convoqué une conférence nationale d'où sont ressorties des lignes directrices concertées pour un protocole de notification des intervenants d'urgence (pompiers, ambulanciers et policiers) lorsqu'ils ont été exposés à une maladie infectieuse (par aérosol ou transmissible par le sang). Le protocole comprend des procédures qui facilitent l'administration de tests volontaires aux personnes source avec leur consentement éclairé et du counselling adéquat. Le protocole prévoit ce qui suit :

RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE SOURCE

- les renseignements personnels sur la personne source ne doivent pas être divulgués sans son consentement éclairé;
- s'il est recommandé d'administrer des tests à la personne source, son consentement éclairé doit être demandé;
- le processus d'obtention du consentement éclairé et de l'administration des tests à la personne source doit comprendre du counselling approprié avant et après le test;
- la demande de test doit être faite à la personne source par une personne désignée pour exécuter cette fonction par l'établissement de santé, l'autorité de santé publique ou d'autres décideurs, et non par le travailleur exposé;
- le type de renseignements qui peut être fourni au travailleur exposé doit être déterminé de façon à protéger le droit à la vie privée et à la confidentialité de la personne source, relativement aux informations de santé (p. ex. le travailleur exposé est informé de l'état sérologique, mais non de l'identité, de la personne source).

Pratique éthique du consentement volontaire et éclairé

Le respect de l'autonomie personnelle est un principe fondamental de l'éthique biomédicale. Il s'agit du fondement des règles et des pratiques d'éthique qui obligent à demander le consentement éclairé et volontaire à des interventions médicales, qui respectent le droit à la vie privée de l'intéressé et qui protègent la confidentialité des renseignements médicaux personnels.

Une récente étude canadienne portant sur l'expérience de subir un test du VIH confirme l'importance du respect de l'autonomie personnelle, de la vie privée et de la confidentialité dans le processus d'administration du test. Dans tous les cas, les sujets de test accordaient de l'importance à la confidentialité et préféreraient l'anonymat,

bien que ce ne fût pas souvent ce qu'ils avaient vécu.

L'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie ont récemment publié ou mis à jour des politiques sur l'exposition au VIH ou à des agents pathogènes transmissibles par le sang. Ces associations maintiennent que les tests obligatoires ou les tests administrés sans le consentement éclairé sont contraires à la déontologie et non justifiés. Les tests volontaires avec le consentement éclairé et du counselling pré-test et post-test adéquat continuent d'être la norme pour les personnes source et les travailleurs exposés dans les contextes de soins.

Le consentement est presque toujours donné

La plupart des personnes source acceptent de subir un test et permettent que des renseignements pertinents soient fournis au travailleur exposé lorsqu'on leur demande avec délicatesse et que l'importance des renseignements leur est expliquée. On estime que le taux de refus dans des établissements de santé au Canada varierait de 0,1 % à 0,5%. Des études dans les établissements de santé en Virginie, au Maryland et à Calgary ont fait état de taux de refus variant de 0,5% à 6%. Une étude chez les agents de police à Denver (Colorado) a révélé que sur 34 personnes source identifiées, 32 (ou 94%) ont accepté de subir le test du VIH.

Délai d'intervention

Parce que la PPE pour le VIH doit idéalement être entreprise dans les deux heures de l'exposition, le travailleur exposé ne doit pas attendre de connaître l'état sérologique de la personne source avant de commencer le traitement, si celui-ci est recommandé. S'il est établi par la suite que la personne source n'était pas infectée et n'avait aucun facteur de risque, le travailleur exposé peut alors cesser la PPE.

Les renseignements contenus dans cette série de feuillets d'information sont tirés d'un rapport établi par Theodore de Bruyn pour le Réseau juridique canadien VIH/sida : *L'administration de tests aux personnes que l'on croit être la source d'une exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH : étude générale*. Le feuillet 7 renferme une bibliographie pour chacun des feuillets. Des copies du rapport et de la série de feuillets sont accessibles sur le site Web du Réseau juridique à <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests.htm> et auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida (tél. : 1-877-999-7740; téléc. : 613 725-9826; courriel : aids/sida@cpha.ca). Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies des feuillets en y indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus de renseignements, communiquez avec le Réseau (tél. : 514 397-6828; courriel : info@aidslaw.ca). This info sheet is also available in English.

Financé par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou les politiques de Santé Canada.



Exposition
professionnelle
au VHB, au
VHC ou au
VIH

Appels en faveur de tests obligatoires aux personnes source

*Ce feuillet d'information fournit des renseignements sur
de récentes propositions pour l'administration de tests obligatoires
aux personnes qui sont la source d'une exposition professionnelle.*

*Nous comparons les torts liés à de telles propositions
et leurs avantages présumés.*

Ce feuillet d'information est le sixième d'une série de sept qui portent
sur l'exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH.

1. Risques de transmission
2. Prise en charge de l'exposition
3. Prophylaxie post-exposition
4. Administration de tests pour détecter l'infection
5. Renseignements de la personne source
6. Appels en faveur de tests obligatoires aux personnes source
7. Lectures et ressources



La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida

Appels en faveur des tests obligatoires

En 1999, Chuck Strahl, député fédéral de la circonscription de Fraser Valley, a parrainé un projet de loi d'initiative parlementaire, le projet de loi C-244 (*Loi sur le prélèvement d'échantillons de sang*) pour autoriser l'administration de tests, sur ordonnance du tribunal, à une personne lorsqu'il y a des motifs raisonnables de croire qu'un travailleur de la santé, un pompier, un bénévole, un agent de la paix, un agent de sécurité ou un « bon Samaritain » lui étant venu en aide a pu être exposé par elle au VHB, au VHC ou au VIH. Le défaut de se conformer à une ordonnance du tribunal rendrait la personne source passible d'un emprisonnement de 6 mois. Le projet de loi a été présenté de nouveau à la 37^e législature comme projet de loi C-217.

Ce projet de loi a reçu l'appui de l'Association canadienne de policiers et un appui assorti de réserves de l'Association internationale des pompiers (Bureau du Canada). Il n'a pas reçu l'appui de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie ni de l'Association médicale canadienne.

Une atteinte aux principes de l'éthique et aux droits juridiques

L'administration de tests obligatoires à la personne source et la divulgation des résultats porteraient atteinte à son autonomie personnelle. Le respect de l'autonomie personnelle est un principe fondamental de l'éthique biomédicale. Il s'agit du fondement des règles et des pratiques d'éthique qui exigent le consentement éclairé et volontaire aux interventions médicales, qui respectent le droit à la vie privée de l'intéressé et qui protègent la confidentialité des renseignements médicaux personnels.

La Cour suprême du Canada a affirmé à maintes reprises qu'on ne peut soumettre une personne à des interventions médicales sans son consentement. Le projet de loi C-217 viole cette doctrine juridique, ainsi que le principe de l'autonomie personnelle, en obligeant la personne source à subir des tests sérologiques, en permettant la divulgation des résultats et en exigeant que la personne source en soit informée.

Le projet de loi C-217 porte potentiellement atteinte à plusieurs droits et libertés garantis par la *Charte canadienne des droits et libertés* – notamment au droit « à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, [auquel] il ne peut être porté atteinte [...] qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale » (art. 7); et au droit « à la protection contre les fouilles, les perquisitions ou les saisies abusives » (art. 8).

Une atteinte justifiable?

Le droit à l'autonomie et les règles et pratiques fondées sur ce droit ne sont pas absolus; on peut y porter atteinte s'il y a une justification suffisante fondée sur d'autres principes d'éthique comme ceux de la bienfaisance et de la justice. Toutefois, la justification doit être importante et les modalités de l'atteinte doivent être soigneusement circonscrites.

La Cour suprême du Canada a énoncé les critères justifiant qu'une législation porte atteinte à des droits garantis par la *Charte* : (1) l'objectif doit être suffisamment important pour justifier la suppression d'un droit ou liberté garanti par la Constitution; (2) les mesures ne doivent pas être arbitraires ou inéquitables, elles doivent être soigneusement conçues pour atteindre l'objectif invoqué et avoir un lien rationnel avec lui; (3) les mesures doivent porter le moins possible atteinte aux droits garantis par la *Charte*; (4) et il doit y avoir proportionnalité entre, d'une part, les effets des mesures restreignant un droit ou une liberté garanti par la *Charte* et, d'autre part, l'objectif invoqué.

Obliger une personne à subir des tests pour le VHB, le VHC ou le VIH est plus qu'une atteinte minimale aux droits garantis par la *Charte*. La gravité de l'atteinte est exacerbée par un emprisonnement éventuel en cas de refus et par l'absence de protection de la confidentialité pour la personne contrainte au test.

Avantages et torts

Avantages pour le travailleur exposé

Si les résultats de test de la personne source sont négatifs et qu'il n'existe aucun facteur de risque, la personne exposée peut être raisonnablement certaine qu'il n'y a pas eu d'exposition importante, être soulagée de son anxiété et ne pas avoir à subir une PPE.

Si les résultats de test de la personne source sont positifs, ou négatifs mais accompagnés d'indices de facteurs de risque, il faudrait que la personne exposée prenne des mesures pour empêcher une nouvelle transmission, qu'elle envisage une PPE (selon la nature de l'exposition) et subisse un nouveau test ultérieurement.

On ne peut conclure que le travailleur exposé a été infecté sur la foi d'un test positif chez la personne source, ni que le travailleur exposé n'a pas été infecté sur la foi d'un test négatif chez la personne source en présence de facteurs de risque.

Torts causés à la personne source

Les avantages dont bénéficierait le travailleur exposé doivent être soupesés par rapport aux torts possibles des tests obligatoires. La personne contrainte à un test subit des préjudices à son intégrité corporelle et psychologique, une atteinte à sa vie privée et une perte de confidentialité. Si les résultats sont positifs, elle peut subir d'autres préjudices qui, pour l'infection à VIH, peuvent comprendre un senti-

ment de stigmatisation, la peur de la maladie, la peur d'infecter autrui, la peur de quitter les personnes chères, et des pensées suicidaires. En outre, l'imposition de tests peut amener la personne à se méfier de ceux dont le rôle est de l'aider, endommageant notamment la relation thérapeutique nécessaire aux bons soins de santé.

Les tests obligatoires sont-ils nécessaires, réalisables ou appropriés?

La PPE ne devrait pas être nécessaire pour l'exposition professionnelle au VHB (un vaccin préventif existe), et il n'en existe pas contre le VHC. Une prophylaxie existe pour l'exposition au VIH, mais elle devrait idéalement commencer dans les deux heures suivant l'exposition.

La plupart des personnes source acceptent de subir des tests et permettent la communication des renseignements pertinents au travailleur exposé (voir feuillet 5).

Une procédure de test obligatoire impliquant l'obtention d'un mandat judiciaire ne produirait probablement pas de renseignements à temps pour une décision sur la PPE. Les renseignements ne seraient utilisés que dans les décisions de cesser la prophylaxie, si les résultats de tests étaient négatifs et qu'aucun facteur de risque n'était présent.

La plupart des expositions professionnelles aux infections transmissibles par le sang ne résultent pas d'actes délibérés et ne sont pas liées à des activités criminelles. Il n'est pas opportun d'avoir recours au *Code criminel* pour contraindre les personnes source à subir des tests, dans ces situations.

Solutions de rechange pratiques

Les préoccupations et les craintes des travailleurs méritent d'être prises en considération. Les conséquences d'une exposition professionnelle – l'anxiété, les effets secondaires de la PPE, les pressions sur les relations personnelles, la stigmatisation, les heures de travail perdues – sont importantes.

On peut et on doit faire davantage pour empêcher l'exposition professionnelle, soutenir les travailleurs et obtenir le consentement volontaire des personnes source sans tests obligatoires. Des études indiquent l'existence de pratiques dangereuses avec des aiguilles, le défaut de prendre des précautions de base, les taux continus de blessures, les retards dans l'administration de la PPE et un manque de compétence dans l'évaluation des expositions et la recommandation de la PPE.

Les renseignements contenus dans cette série de feuillets d'information sont tirés d'un rapport établi par Theodore de Bruyn pour le Réseau juridique canadien VIH/sida : *L'administration de tests aux personnes que l'on croit être la source d'une exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH : étude générale*. Le feuillet 7 renferme une bibliographie pour chacun des feuillets. Des copies du rapport et de la série de feuillets sont accessibles sur le site Web du Réseau juridique à <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests.htm> et auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida (tél. : 1-877-999-7740; téléc. : 613 725-9826; courriel : aids/sida@cpha.ca). Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies des feuillets en y indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus de renseignements, communiquez avec le Réseau (tél. : 514 397-6828; courriel : info@aidslaw.ca). This info sheet is also available in English.

Financé par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou les politiques de Santé Canada.



Lectures et ressources

Ce feuillet fournit des renseignements sur les lignes directrices, les recherches et d'autres ressources liées à l'exposition professionnelle au virus de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) et de l'immunodéficience humaine (VIH).

Ce feuillet d'information est le dernier d'une série de sept qui portent sur l'exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH.

1. Risques de transmission
2. Prise en charge de l'exposition
3. Prophylaxie post-exposition
4. Administration de tests pour détecter l'infection
5. Renseignements de la personne source
6. Appels en faveur de tests obligatoires aux personnes source
7. Lectures et ressources



La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida

Ouvrages faciles à lire

Les éléments suivants ne sont pas énumérés par ordre alphabétique, mais par ordre de priorité.

Centers for Disease Control and Prevention, *Exposure to Blood: What Health-Care Workers Need to Know*, 1999, Questions fréquemment posées et réponses sur l'exposition professionnelle. Disponible à www.cdc.gov/ncidod/hip/blood/hiv.htm.

Lamy, O., « Tout ce que vous voulez savoir sur les expositions professionnelles au VIH », *L'Infirmière du Québec*, 1999, 7(2) : 28-32. Un court article sur la prise en charge de l'exposition professionnelle au VIH en milieu de soins de santé.

Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie/Canadian Association of Nurses in AIDS Care, *Exposition accidentelle au VIH : Premiers soins*, avril 1998. Une fiche pratique qui fournit des directives sur ce qu'il faut faire en cas d'exposition.

Storch, J., « Exposure to body fluids », *L'infirmière canadienne*, 2000, 96(6) : 35-36. Une brève description du processus de réflexion éthique en cas d'exposition.

Réseau juridique canadien VIH/sida, *Feuillets d'information sur le test du VIH*. Des renseignements sur de nombreuses questions liées au test du VIH, y compris le consentement, l'accès au test, le test anonyme, le counselling, le test rapide aux points de services, le test à domicile, le test des patients, des professionnels de la santé et des détenus, le test du VIH et la grossesse, la confidentialité et la notification des partenaires. Disponibles à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/feuillets.htm#tdv.

Société de l'hépatite C du Canada, *Hep C – the Basics (en français)*, *Hep C – in Depth (en français)*. Renseignements sur l'hépatite C. Disponibles à www.hepatitiscsociety.com/help/helpmenu.htm.

Lignes directrices sur la prise en charge des expositions

1. Santé Canada

Santé Canada, « Lignes directrices nationales concertées pour l'établissement d'un protocole de notification post-exposition à l'intention des intervenants d'urgence », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1995, 21(19) : 169-175. Lignes directrices pour la prise en charge des expositions professionnelles chez les intervenants d'urgence. Disponible à www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/ccdr/95pdf/cdr2119f.pdf.

Santé Canada, « Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les établissements de santé : version révisée des techniques d'isolement et précautions », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1999, 25 (Suppl. 25S4). Des lignes directrices complètes

LECTURES ET RESSOURCES

pour la prévention de la transmission des maladies infectieuses dans les contextes de soins de la santé. Disponible à www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/dpg_f.html.

Santé Canada, « Prévention des infections transmissibles par le sang dans les établissements de santé et les services publics », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1997, 23 (Suppl. 23S2). Des renseignements détaillés sur la prévention de la transmission professionnelle du VHB, du VHC et du VIH. Disponible à www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/dpg_f.html.

Santé Canada, « Prévention et lutte contre l'hépatite C : Lignes directrices et recommandations », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1995, 21 (Suppl. 21S2). Comprend des renseignements sur l'exposition professionnelle et sur l'administration des tests. Disponible à www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/dpg_f.html.

Santé Canada, « Un protocole intégré pour la prise en charge des travailleurs de la santé exposés à des pathogènes transmissibles par le sang », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1997, 23 (Suppl. 23S2) : 1-14. Un guide sur la prise en charge de l'exposition professionnelle au VHB, au VHC et au VIH. Disponible à www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/pathogens/index_f.html.

2. Provinces

Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, *Therapeutic Guidelines*, Section 7: « Management of Accidental Exposure to HIV ». Lignes directrices détaillées sur la prophylaxie post-exposition. Disponible à <http://cfeweb.hivnet.ubc.ca/CfE.html>.

Ministère de la Santé de l'Ontario, *Preventing and Assessing Occupational Exposures to Selected Communicable Diseases: An Information Manual for Designated Officers*, novembre 1994.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Recommandations visant la prise en charge des travailleurs exposés au sang et aux autres liquides biologiques*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux – Direction des communications, 1999.

Santé Manitoba, *Integrated Post-Exposure Protocol: Guidelines for Managing Exposures to Blood/Body Fluids*, octobre 2000.

Saskatchewan Technical Subcommittee on HIV/AIDS, *Guidelines for the Prevention of Hepatitis B, Hepatitis C, HIV and other Bloodborne Pathogens in Work-Related Exposures*, septembre 1997.

3. États-Unis

Centers for Disease Control and Prevention, « Public health service guidelines for the management of health-care worker exposures to HIV and recommendations for

postexposure prophylaxis », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1998, 47(RR-7) : 1-33. Un document fréquemment cité sur la gestion de l'exposition professionnelle au VIH. Disponible à www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00052722.htm.

Centers for Disease Control and Prevention, « Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1998, 47(RR-19) : 1-39. Disponible à www.cdc.gov/mmwr/mmwr_wk.html.

International Health Care Worker Safety Center, University of Virginia, *Exposure Prevention Information Network (EPINet)*. Renseignements disponibles à www.med.virginia.edu/epinet.

U.S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration. Le site web énumère plusieurs lignes directrices et ressources destinées aux professionnels de la santé et aux intervenants d'urgence : www.osha-slc.gov/SLTC/bloodbornepathogens/index.html.

4. Royaume-Uni

U.K. Health Departments, *HIV Post-Exposure Prophylaxis: Guidance from the UK Chief Medical Officers' Expert Advisory Group on AIDS*, juillet 2000.

Test du VIH

Association médicale canadienne, *Sérodiagnostic du VIH – Lignes directrices pour le counselling*, Ottawa, AMC, 1995. Directives qui font autorité et où est clarifiée la norme de soin attendue des médecins qui administrent le test du VIH. Disponible en français à www.cma.ca/cpgs/hiv/index_f.htm.

Centers for Disease Control and Prevention, *Revised Guidelines for HIV Counselling, Testing, and Referral (Draft)*, 17 octobre 2000. Un projet de lignes directrices américaines révisées, avec des renseignements sur la panoplie des techniques de tests du VIH disponibles. Disponible à www.cdc.gov/hiv/frn/hivctr.pdf.

Elliott, R., Jürgens, R., *Dépistage rapide du VIH aux points de services : Questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2000. Examine les questions de droit et d'éthique soulevées par les tests rapides du VIH. Disponible à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests/rapportfinal/f-tofc.htm.

Jürgens, R., *Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1998. Étude approfondie du test du VIH et de la confidentialité dans un grand éventail de situations et de populations. Disponible à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests/00tocf.html.

Myers, T. et coll., *The HIV Test Experience: An Analysis of Test Providers' and Test Recipients' Descriptions and Critical Appraisals of the HIV Antibody Test Experience*, Toronto, HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, Faculty of Medicine, University of Toronto, 1998. [Sommaire en français : Myers, T., Haubrich, D., « Étude sur le vécu du test », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(4) : 29-32]. Disponible à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/ete99/f-test.htm.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Politique de l'ONUSIDA relative au test et au conseil VIH*, Genève, ONUSIDA, août 1997. Un bref énoncé de la politique de l'ONUSIDA. Disponible en anglais à www.unaids.org/publications/documents/index.html.

Santé Canada, « Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide : Guide pour les professionnels de la santé », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 2000, 26(7) : 49-59. Lignes directrices sur l'utilisation des tests rapides du VIH, y compris les mesures nécessaires pour confirmer un diagnostic du VIH, disponibles à www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/ccdr/00vol26/rm2607f.html.

Projet de loi C-217 (anciennement le projet de loi C-244)

Chambre des communes du Canada, Projet de loi C-217. Disponible à www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/chambus/house/bills/private/C-217/C-217_1/C-217_cover-F.html.

Elliott, R., « Un député réformiste propose le test obligatoire », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 2000, 5(2/3) : 24-27. Une critique du projet de loi C-217 à la lumière de la jurisprudence canadienne. Disponible à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/printemps00/f-test.htm.

Positions d'associations professionnelles

Association canadienne des policiers, mémoire présenté au Comité permanent de la Justice et des Droits de la personne, à l'égard du projet de loi C-244, 14 juin 2000, disponible à www.cpa-acp.ca/legislation/briefs/c-244.htm.

Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Énoncé de position sur les agents pathogènes à diffusion hématogène*, novembre 2000.

Association médicale canadienne, *Politique de l'AMC : Infection à VIH au travail* (mise à jour 2000), 11 décembre 2000, disponible à www.cma.ca/inside-f/policybase/infection_au_VIH_au_travail.pdf.

Association médicale canadienne, *Politique de l'AMC : Le syndrome d'immunodéficience acquise*, 11 décembre 2000, disponible à www.cma.ca/inside-f/policybase/le_syndrome_d'immunodeficiency_acquise.pdf.

Association internationale des pompiers, *Bill C-217, The Blood Samples Act: The Right to Know*, disponible à www.iaff.org/politics/ca/issues/facts.html.

Codes de déontologie professionnelle

Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Code de déontologie des infirmières autorisées*, Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1997.

Association médicale canadienne, *Code de déontologie de l'association médicale canadienne*, 15 octobre 1996. Disponible à www.cma.ca/inside-f/policybase/1996/10-15.htm.

Ouvrages scientifiques choisis

Busch, M.P., Kleinman, S.H., « Nucleic acid amplification testing and disease transmission. In Nucleic acid amplification testing of blood donors for transfusion-transmitted infectious diseases. Report of the Interorganizational Task Force on Nucleic Acid Amplification Testing of Blood Donors », *Transfusion*, 2000, 40(2) : 143-159. Étude de la capacité des diverses techniques de tests de détecter l'infection à VHB, à VHC ou à VIH pendant la fenêtre sérologique.

Busch, M.P., Satten, G.A., « Time course of viremia and antibody seroconversion following human immunodeficiency virus exposure », *American Journal of Medicine*, 1997, 102 (5B) : 117-124. Examen des renseignements sur le niveau du virus et la présence d'anticorps pendant la période initiale d'infection à VIH.

Cardo, D.M. et coll., « A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure », *New England Journal of Medicine*, 1997, 337(21) : 1485-1490. La seule étude dans laquelle sont documentés les facteurs de risque dans la transmission professionnelle du VIH. Une étude antérieure avait été publiée sous le titre : « Case-control study of HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood – France, United Kingdom, and United States, January 1988-August 1994 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1995, 44(50) : 929-933.

Daar, E.S., et coll., « Diagnosis of primary HIV-1 infection », *Annals of Internal Medicine*, 134(1) : 25-29. Étude de la capacité des tests de l'antigène p24 du VIH et des tests de l'ARN du VIH de détecter l'infection à VIH avant la présence détectable d'anticorps.

Henderson, D.K., « HIV postexposure prophylaxis in the 21st century », *Emerging Infectious Diseases*, 2001, 7(2) : 254-258. Un excellent examen de l'état actuel des connaissances sur la prophylaxie post-exposition contre le VIH. Disponible à www.cdc.gov/ncidod/eid/.

Hoffman, R.E. et coll., « Occupational exposure to human immunodeficiency virus (HIV)-infected blood in

LECTURES ET RESSOURCES

Denver, Colorado, police officers », *American Journal of Epidemiology*, 1994, 139(9) : 910-917. L'une des rares études de l'exposition professionnelle au VIH chez les policiers.

Human immunodeficiency virus (HIV) postexposure management of healthcare workers, *American Journal of Medicine*, 1997, 102 (5B), 1-126. Un numéro spécial consacré à la prophylaxie-post exposition contre le VIH. Certains des renseignements sont désuets; consultez Henderson, précité.

Moloughney, B.W., « Transmission and postexposure management of bloodborne virus infections in the health care setting: Where are we now? » *Journal de l'association médicale canadienne*, 2001, 165(4), 445-51. Une récente étude canadienne de l'exposition post-exposition dans les contextes des soins de santé. Disponible à www.cma.ca/cmaj/vol-165/issue-4/issue-4.htm.

Puro, V. et Ippolito, G., « Antiretroviral post-exposure prophylaxis », 6^e conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes 1999 (abrégé 212). Fournit des données d'un registre italien de la prophylaxie post-exposition contre le VIH. Disponible sur AIDSLINE.

Roome, A.J. et coll., « Hepatitis C virus infection among firefighters, emergency medical technicians, and paramedics – selected locations, United States, 1991-2000 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49(29) : 660-665. Une étude récente des facteurs de risque liés à l'infection à VHC chez les intervenants d'urgence. Disponible à www.cdc.gov/mmwr/index2000.htm.

Solomon L. et coll., « Occupational exposure and voluntary human immunodeficiency virus testing: a survey of Maryland hospitals », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 1999, 20(6) : 430-432. Une enquête sur le nombre d'expositions et le pourcentage de personnes source qui acceptent de subir des tests.

Wang, S.A. et coll., « Experience of healthcare workers taking postexposure prophylaxis after occupational HIV exposures: Findings of the HIV postexposure prophylaxis registry », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2000, 21(12) : 780-785. Fournit des renseignements sur les taux de cessation de traitement, les effets secondaires et les événements indésirables de la prophylaxie post-exposition contre le VIH de 1996 à 1999.

Les renseignements contenus dans cette série de feuillets d'information sont tirés d'un rapport établi par Theodore de Bruyn pour le Réseau juridique canadien VIH/sida : *L'administration de tests aux personnes que l'on croit être la source d'une exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH : étude générale*. Le feuillet 7 renferme une bibliographie pour chacun des feuillets. Des copies du rapport et de la série de feuillets sont accessibles sur le site Web du Réseau juridique à <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests.htm> et auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida (tél. : 1-877-999-7740; téléc. : 613 725-9826; courriel : aids/sida@cpha.ca). Il est permis de faire et de distribuer (mais non de vendre) des copies des feuillets en y indiquant que l'information provient du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour plus de renseignements, communiquez avec le Réseau (tél. : 514 397-6828; courriel : info@aidslaw.ca). This info sheet is also available in English.

Financé par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou les politiques de Santé Canada.