



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

Établie par
Theodore de Bruyn



La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida



CANADIAN | RÉSEAU
HIV/AIDS | JURIDIQUE
L E G A L | CANADIEN
NETWORK | 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

Établie par

Theodore de Bruyn
pour le Réseau juridique canadien VIH/sida

Pour de plus amples informations sur la présente publication, adressez-vous à :

Réseau juridique canadien VIH/sida

Tél. : (514) 397-6828

Télécopieur : (514) 397-8570

Courriel : info@aidslaw.ca

Site Web : www.aidslaw.ca

Des exemplaires supplémentaires peuvent être téléchargés de www.aidslaw.ca
ou commandés auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida (courriel : aids/sida@cpha.ca).

© 2001 Réseau juridique canadien VIH/sida

ISBN 1-896735-37-1

Données de catalogage avant publication (Canada)

de Bruyn, Theodore

L'administration de tests aux personnes que l'on croit être la source d'une exposition professionnelle au VIH, au VHC ou au VIH : étude générale.

Comprend des réf. bibliogr.

Texte en français et en anglais, tête-bêche.

ISBN 1-896735-37-1

1. Sida – Dépistage. 2. Infections à VIH – Dépistage. 3. Hépatite – Dépistage.
4. Maladies professionnelles – Prévention. 5. Infections à diffusion hémotogène – Prévention. I. Réseau juridique canadien VIH-SIDA. II. Titre : L'administration de tests aux personnes que l'on croit être la source d'une exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH. III. Titre : Testing of persons believed to be the source of an occupational exposure to HBV, HCV, or HIV.

RC606.6.D4 2001

616.9792075

C2001-941219-3F

Remerciements

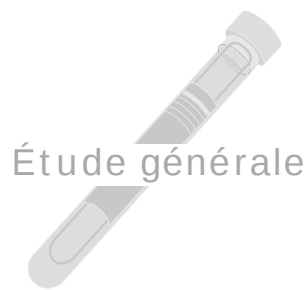
L'auteur tient à remercier les personnes suivantes qui ont fourni des renseignements ou de l'aide : Chris Archibald, Jean Bacon, Joni Boyd, Paula Braitstein, Cheryl Case, Tracey Donaldson, Mahnaz Farhang Mehr, Sandi HowellSolc, Paul Kenney, Dale Kinnear, Antoinette Lambert, Pat Matusko, Timothy McClemon, Alastair McLeod, Sean McManus, Hélène Morin, Sharon Onno, Michael O'Shaughnessy, Shirley Paton, Amrita Paul, Chantal Perpète, Anthony Pizzino, Jeff Potts, Roger Préfontaine, Michael R. Smith, Patricia Tremblay, Zhaida Uddin, Keith Walls et John Williams. L'auteur tient également à remercier Ralf Jürgens du Réseau juridique canadien VIH/sida pour l'orientation qu'il a fournie en vue d'établir le document; Thomas Haig du Réseau juridique canadien VIH/sida pour son assistance dans les recherches; Aline Vachon de la Bibliothèque du laboratoire de lutte contre la maladie, Réseau des bibliothèques de sciences, Santé Canada, pour l'utilisation des installations de la bibliothèque; Garry Bowers pour la révision du texte anglais; Roger Caron pour la traduction du texte de l'anglais vers le français; et Jean Dussault pour la révision finale de la traduction. L'auteur assume seul la responsabilité pour toute erreur ou omission.

Ce projet a bénéficié d'une subvention de Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de son auteur et ne représentent pas nécessairement les points de vue ou les politiques du ministre de la Santé ou du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Table des matières

Sommaire	i
Introduction	1
L'exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH	3
L'exposition importante	3
Les facteurs de risque	4
Estimation du risque	4
La surveillance de l'exposition professionnelle	5
Milieux de soins	5
Milieux de la fonction publique	6
Transmission professionnelle du VIH	6
Protocoles post-exposition	8
L'obtention de renseignements sur l'état sérologique de la personne source	9
La prophylaxie post-exposition	10
Le VHB et le VHC	10
Le VIH	10
Le counselling et le suivi	12
La prévention d'une nouvelle transmission	13
L'administration de tests au travailleur de la santé	13
Technologies et procédures de test	14
Types de tests	14
La fenêtre sérologique	15
Tests de dépistage et tests supplémentaires ou de confirmation pour le VHC et le VIH	15
VHC	16
VIH	16
Dépistage accéléré et dépistage rapide du VIH	17
Avantages que procurent aux travailleurs exposés des renseignements sur la personne source	18
Renseignements sur l'état sérologique et les facteurs de risque de la personne source	18
Renseignements sur la maladie à VIH et le traitement de la personne source	19
Torts causés à la personne source par les tests et la divulgation obligatoires	21
Positions des associations professionnelles et des syndicats sur la prise en charge de l'exposition professionnelle	25
Association des infirmières et infirmiers du Canada	25
Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie	26
Association médicale canadienne	27
Syndicat canadien de la fonction publique	29
Association internationale des pompiers	30
Association canadienne des policiers	31
Prévention et prise en charge améliorées de l'exposition professionnelle	32
Encourager le consentement volontaire à subir un test	36
Discussion	38
Notes	41
Bibliographie	47



Sommaire

Pourquoi une étude générale sur l'exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH?

Depuis quelques années, il y a eu au Canada une reprise des appels en faveur de l'administration de tests obligatoires aux personnes que l'on croit être la source (les « personnes source ») d'une exposition professionnelle au virus de l'hépatite B (VHB), au virus de l'hépatite C (VHC) ou au virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) et qui refusent de subir volontairement un test. Le projet de loi C-217 (anciennement le projet de loi C-244) – un projet de loi d'initiative parlementaire, qui autoriserait l'administration de tests, sur ordonnance du tribunal, à une personne source 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 » étant venu en aide à cette personne a pu être infecté par elle au VHB, au VHC ou au VIH, est actuellement à l'étude au Parlement. Le projet de loi C-217 a reçu un appui important 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.

Quelles politiques et procédures sont actuellement en place pour prévenir et prendre en charge les expositions professionnelles au VHB, au VHC et au VIH, et comment pourraient-elles être améliorées?

Quelles sont les questions?

Les appels en faveur de tests obligatoires soulèvent un certain nombre de questions relatives à l'exposition professionnelle aux maladies infectieuses et aux avantages et torts liés à l'administration de tests obligatoires aux personnes source :

1. Comment le VHB, le VHC et le VIH sont-ils transmis dans des contextes professionnels et quels sont les risques de transmission?

2. Quelles sont les conséquences d'une exposition pour le travailleur et comment celui-ci doit-il être soutenu?
3. La prophylaxie post-exposition est-elle disponible et, dans l'affirmative, quels sont les risques liés à la prophylaxie post-exposition?
4. Quelles sont les capacités des technologies actuelles en matière de tests et quelles sont leurs limitations relativement à la prise en charge des expositions?
5. En quoi les renseignements sur l'état sérologique, les facteurs de risque et les antécédents médicaux de la personne source profitent-ils au travailleur exposé?
6. Combien de personnes source consentent volontairement à fournir de tels renseignements et que pourrait-il être fait pour encourager les personnes source à consentir?
7. Quels torts peuvent être causés en contraignant les personnes source à subir des tests et en divulguant les résultats au travailleur exposé?
8. Quelles politiques et procédures sont actuellement en place pour prévenir et prendre en charge les expositions professionnelles au VHB, au VHC et au VIH, et comment pourraient-elles être améliorées?

Que renferme l'étude générale?

Le document fournit des renseignements sur les politiques, les procédures et la littérature scientifique actuelles sur :

- les risques d'exposition professionnelle au VHB, au VHC et au VIH;
- les protocoles post-exposition;
- les technologies et les procédures de test;
- les avantages que procurent aux travailleurs exposés les renseignements sur l'état sérologique, les facteurs de risque et les antécédents médicaux de la personne source;
- les torts causés par l'administration de tests obligatoires à la personne source;
- les points de vue des associations professionnelles ou des syndicats sur la prise en charge de l'exposition professionnelle, y compris l'administration de tests à la personne source;
- la prévention et la prise en charge améliorées de l'exposition professionnelle;
- les mesures qui pourraient être prises pour encourager les personnes source à donner leur consentement éclairé et volontaire aux tests.

Que conclut l'étude générale?

Des renseignements sur l'état sérologique (les résultats de tests pour détecter l'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 peuvent contribuer aux décisions relatives à la prévention de la transmission subséquente, la prophylaxie post-exposition, les tests et le suivi pour le travailleur exposé. (La prophylaxie post-exposition n'existe que pour le VHB et le VIH, et non pour le VHC.)

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 prophylaxie post-exposition (si elle est disponible). Il s'agit là d'un avantage important dans le cas d'une exposition au VIH, car bien qu'il existe une prophylaxie post-exposition et qu'elle soit efficace dans la prévention de l'infection, elle est également accompagnée d'effets secondaires débilissants et d'autres risques. Les effets secondaires sont l'une des principales raisons pour lesquelles des travailleurs exposés ne complètent pas la prophylaxie post-exposition pour le VIH.

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 la 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.

La plupart des personnes source acceptent de subir des tests et permettent la communication des renseignements pertinents au travailleur exposé lorsqu'on les approche avec délicatesse et lorsqu'on leur explique l'importance des renseignements. Ceci a été démontré par des études réalisées dans des contextes de soins et d'autres contextes (p. ex. avec les policiers).

L'administration de tests obligatoires à la personne source et la divulgation des résultats de test porteraient atteinte à l'autonomie personnelle de l'intéressé. 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 personne contrainte à un test subit des préjudices à son intégrité physique et psychologique, une atteinte à sa vie privée et une violation de la confidentialité.

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.

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

On peut faire davantage pour empêcher l'exposition professionnelle accidentelle, pour soutenir les travailleurs et pour obtenir le consentement volontaire des personnes source sans avoir recours à l'administration de tests obligatoires aux personnes source :

- la mise en œuvre des lignes directrices et des protocoles en vigueur sur la prévention et la prise en charge des expositions professionnelles aux maladies infectieuses;
- la prestation annuelle d'enseignement et de formation des travailleurs sur les maladies infectieuses, les mesures de protection d'ingénierie et d'autres mesures;
- l'introduction de mesures de protection d'ingénierie comme les systèmes sans aiguille, les aiguilles munies de caractéristiques de sécurité, les gants de latex de haute qualité et les gants imperforables;

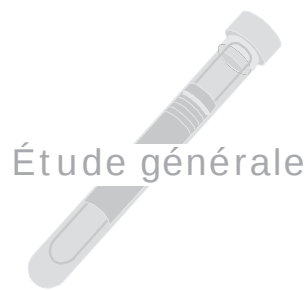
La plupart des personnes source acceptent de subir des tests et permettent la communication des renseignements pertinents au travailleur exposé lorsqu'on les approche avec délicatesse et lorsqu'on leur explique l'importance des renseignements

On peut faire davantage pour empêcher l'exposition professionnelle accidentelle, pour soutenir les travailleurs et pour obtenir le consentement volontaire des personnes source sans avoir recours à l'administration de tests obligatoires aux personnes source.

- la désignation et la formation de personnel chargé de réagir aux expositions professionnelles, de fournir du counselling aux travailleurs et d’agir comme agents de liaison avec les personnes source;
- le renforcement du counselling, du soutien et du suivi post-exposition donnés aux travailleurs exposés, à leurs collègues de travail (s’il y a lieu) et à leurs familles;
- la mise en œuvre de programmes en milieu de travail pour corriger les idées fausses et réduire la stigmatisation liées aux maladies infectieuses;
- l’amélioration de la formation et du soutien d’experts aux travailleurs de la santé chargés d’administrer la prophylaxie post-exposition pour s’assurer qu’elle n’est prescrite que conformément aux lignes directrices en vigueur; et
- l’introduction de dispositions pour protéger la vie privée et la confidentialité des personnes source, comme la réquisition et la consignation non nominatives des résultats de tests, la destruction des dossiers liés au test, et des règlements, politiques et protocoles concernant la confidentialité des résultats de tests.

Pour plus de renseignements

Communiquez avec Ralf Jürgens au Réseau juridique canadien VIH/sida, à ralfj@aidslaw.ca ou au 514 397-6828 poste 223.



Introduction

Depuis quelques années, il y a eu au Canada une reprise des appels en faveur de l'administration de tests obligatoires aux personnes que l'on croit être la source (les « personnes source ») d'une exposition professionnelle au virus de l'hépatite B (VHB), au virus de l'hépatite C (VHC) ou au virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

En 1999, le Conseil général de l'Association médicale canadienne a adopté une motion recommandant « que les patients qui subissent une intervention au cours de laquelle un travailleur de la santé risque d'être accidentellement exposé aux liquides organiques du patient soient tenus de signer une renonciation qui permettrait l'administration des tests appropriés de l'état sérologique du patient pour le VIH et l'hépatite en cas d'une telle exposition, tout en garantissant la confidentialité du patient. » [trad.]¹ La motion a été renvoyée pour étude et a été annulée par la suite au Conseil général de 2000.

En 1999 également, Chuck Strahl, qui était alors le député fédéral réformiste pour 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*) qui autoriserait 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 » étant venu en aide à cette personne a pu être exposé par elle au VHB, au VHC ou au VIH. Le projet de loi a été présenté de nouveau à la 37^e législature comme projet de loi C-217 et a fait l'objet d'une première lecture le 5 février 2001.

De telles propositions soulèvent un certain nombre de questions relatives à l'exposition professionnelle aux maladies infectieuses et aux avantages et torts liés à l'administration de tests obligatoires aux personnes source. La présente étude générale fournit des renseignements supplémentaires sur les questions suivantes :

- l'exposition professionnelle au VHB, au VHC et au VIH;
- les protocoles post-exposition;
- les technologies et les procédures de test;
- les avantages que procurent aux travailleurs exposés les renseignements sur l'état sérologique, les facteurs de risque et les antécédents médicaux de la personne source;

- les torts causés par l'administration de tests obligatoires à la personne source;
- les points de vue des associations professionnelles ou des syndicats sur la prise en charge de l'exposition professionnelle, y compris l'administration de tests à la personne source;
- la prévention et la prise en charge améliorées de l'exposition professionnelle;
- les mesures qui pourraient être prises pour encourager les personnes source à donner leur consentement éclairé et volontaire aux tests.



L'exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH

L'exposition importante

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 :²

- les tissus sous-cutanés (p. ex. par une piqûre d'aiguille ou une coupure), ce que l'on appelle l'exposition *percutanée*;
- les muqueuses (p. ex. par une éclaboussure aux yeux, au nez ou à la bouche), ce que l'on 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,³ 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.⁴ Le contact avec les vêtements n'est pas une exposition importante.

Parmi les liquides organiques capables de transmettre le VHB, le VHC et le VIH figurent :⁵

- 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, péritonéal, synovial et céphalo-rachidien;
- les sécrétions utérines ou vaginales et le sperme (transmission peu probable dans le cas du VHC);
- la salive (dans le cas du VHB seulement, à moins qu'elle ne soit contaminée par du sang, auquel cas elle peut également transmettre 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.

Les facteurs de risque

Plusieurs facteurs ont une incidence sur le risque d'infection lié à une exposition importante. Ces facteurs comprennent :⁶

- le virus en cause;
- le type d'exposition;
- la quantité de sang en cause dans l'exposition;
- la quantité de virus qui se trouve dans le sang de la personne source au moment de l'exposition.

Une étude cas-témoin de travailleurs de la santé ayant été objets d'une exposition professionnelle percutanée à du sang infecté par le VIH a permis d'identifier plusieurs facteurs de

La probabilité d'infection à la suite d'une exposition varie proportionnellement à la prévalence du virus dans la population.

risque liés à la transmission du VIH : une blessure profonde, une blessure par un appareil visiblement contaminé avec le sang du patient source, une intervention au cours de laquelle une aiguille est placée dans la veine ou l'artère du patient source, et une maladie terminale du patient source.⁷ Ces facteurs de risque sont probablement une mesure indirecte de la quantité de sang en cause dans l'exposition et la quantité de VIH dans le sang,⁸ qui est plus importante au stade initial de l'infection à VIH et dans le stade final du sida.

La probabilité d'infection à la suite d'une exposition varie proportionnellement à la prévalence du virus dans la population. Cette probabilité est plus grande lorsque la personne source vient d'une population où la prévalence d'infection est supérieure à la moyenne. 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% (1 sur 300) si la personne source est séropositive au VIH; 0,12% (1 sur 800) si la personne source utilise de la drogue par injection; 0,06% (1 sur 1 600) si la personne source est un homme qui a des rapports sexuels avec des hommes; et plus faible si les facteurs de risque de la personne source sont inconnus ou si la personne source ne présente aucun facteur de risque.⁹ Toutefois, si la personne source séropositive prend des médicaments antirétroviraux, la probabilité d'infection d'une seule exposition percutanée par aiguille est probablement inférieure à 0,3%, puisque les médicaments réduisent la quantité de virus dans son sang.¹⁰

Estimations du risque

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 varie de 6% à 30% et dépend de l'état sérologique de la personne source.¹¹

VHC

Le risque d'infection d'une seule exposition percutanée 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.¹²

VIH

Le risque d'infection d'une seule exposition percutanée est estimé à 0,3% (1 sur 300). Autrement dit, 99,7% des expositions percutanées n'entraînent pas d'infection. Le taux de transmission d'une exposition cutanéomuqueuse est estimé à 0,09% (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 par une petite quantité de sang sur de la peau intacte.¹³

99,7% des expositions percutanées n'entraînent pas d'infection.

La surveillance de l'exposition professionnelle

Milieus de soins

Il existe un certain nombre de programmes de surveillance de l'exposition professionnelle chez les travailleurs de la santé au Canada et aux États-Unis. Les programmes de surveillance ne répertorient que les cas déclarés d'exposition professionnelle. Parce que certains cas ne sont pas déclarés, les programmes de surveillance ne consignent qu'une partie de l'ensemble des cas réels d'exposition professionnelle.

Un réseau de surveillance québécois (SISES) pour les expositions au sang et aux liquides organiques dans les hôpitaux de soins actifs a été établi en 1996. En janvier 1999, 21 hôpitaux y participaient.¹⁴ Une analyse des données recueillies des dix hôpitaux qui ont participé au réseau pendant au moins six mois (entre mai 1995 et septembre 1997) a révélé que 2 380 expositions importantes au sang et aux liquides organiques avaient été déclarées. De ce nombre, 72,9% étaient des piqûres d'aiguille, 8,9% étaient des égratignures, 1,2% étaient des morsures, 9,9% étaient des expositions cutanéomuqueuses et 3,1% étaient des expositions sur une peau non intacte. Les infirmières ont subi 61,5% des expositions, les médecins 9,2%, les aides-infirmières 5,8% et les techniciens de laboratoire 5,2%. Sur les 2 380 expositions, 1 890 (79,4%) impliquaient des patients source identifiés et de ce nombre, 1 401 (74,1%) ont subi un test du VIH. Quatre-vingt-sept patients (6,2%) étaient séropositifs au VIH.¹⁵

Santé Canada a récemment mis sur pied le Réseau canadien de surveillance de piqûres d'aiguille.

Santé Canada a récemment mis sur pied le Réseau canadien de surveillance de piqûres d'aiguille. La phase initiale du Réseau comprend douze sites dans neuf provinces ou territoires. D'avril à septembre 2000, 599 expositions ont été déclarées. De ce nombre, 514 (85,8%) étaient des expositions percutanées et 85 (14%) 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. Quarante-trois pour cent (83%) des personnes source connues ont accepté de subir un test. Quarante-trois personnes source ont reçu un résultat positif pour un ou plusieurs virus. Il y a eu sept tests positifs pour le VHB, 31 tests positifs pour le VHC et dix tests positifs pour le VIH. Une personne source était coinfectée par les trois virus; trois étaient coinfectées par le VHC et le VIH.¹⁶

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 Centers for Disease Control and Prevention,¹⁷ et le Exposure Prevention Information Network (EPINet) coordonné par le International Health Care Worker Safety Center de l'University of Virginia.¹⁸

Milieux de la fonction publique

Il existe peu de renseignements sur les expositions professionnelles 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 (par exemple, les expositions professionnelles ou la durée de l'emploi), mais plutôt à des facteurs non professionnels. Toutefois, ces études ne pouvaient exclure la possibilité que certains secouristes opérationnels avaient été infectés par le VHC à cause d'expositions liées au travail.¹⁹

Dans une étude de l'exposition professionnelle au VIH chez les agents de police de Denver (Colorado) réalisée entre décembre 1989 et mars 1991, 137 agents ont déclaré une exposition au sang ou à la salive. Quarante-deux d'entre eux (c'est-à-dire un tiers des incidents déclarés) satisfaisaient à la définition de l'exposition importante donnée dans l'étude. Ces expositions s'étaient produites des manières suivantes : 24 étaient des expositions de sang à de la peau non intacte, six étaient des expositions de sang à des muqueuses, quatre étaient des piqûres d'aiguille et deux impliquaient des lacerations par des objets qui avaient du sang sur leur surface. Deux tiers des expositions s'étaient produites dans des situations où (1) l'agent avait eu très peu de temps – voire aucun – pour enfiler des gants et des vêtements protecteurs du fait qu'il retenait le suspect ou était agressé par ce dernier ou (2) des gants n'auraient offert aucune protection contre les piqûres d'aiguille. Trente-neuf des 42 expositions provenaient de 34 personnes source identifiées. Trente-deux personnes source (94%) ont consenti de leur plein gré à subir le test du VIH et cinq ont reçu un résultat séropositif. Aucun des agents suivis pendant une période de six mois n'a séroconverti [développé l'infection]. Les auteurs de l'étude ont conclu que même si les agents de police avaient rarement fait l'objet d'expositions percutanées ou cutanéomuqueuses à du sang, lorsqu'ils l'étaient, le risque d'exposition à du sang infecté par le VIH était passablement élevé.²⁰

Transmission professionnelle du VIH

L'exactitude de l'information sur la transmission professionnelle du VIH dépend du caractère adéquat des systèmes de déclaration et de vérification des cas de transmission. Quatre-vingt-douze pour cent des cas certains ou probables de transmission professionnelle ont été déclarés

Il y a eu deux cas probables de transmission professionnelle du VIH, au Canada, et un cas certain.

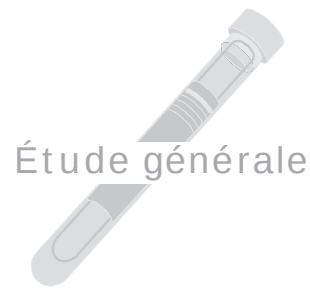
par des pays en Europe et en Amérique du Nord ayant des systèmes de surveillance bien développés. Toutefois, même avec ces systèmes, il est probable que l'incidence des transmissions professionnelles soit plus élevée que les cas déclarés. L'incidence de la transmission professionnelle en Afrique et en Asie, où la prévalence du VIH est beaucoup plus élevée qu'en Europe ou en Amérique du Nord, est inconnue.²¹

Il y a eu deux cas probables de transmission professionnelle du VIH, au Canada, et un cas certain.²² Les deux cas probables touchaient des employés de laboratoire. Le premier était le cas d'un biochimiste en Ontario chez qui on a diagnostiqué le sida en 1990 et dont le seul facteur de risque pour le VIH était son travail, au début des années 1980, avec du sang qui avait

probablement été contaminé par le VIH; le deuxième cas était celui d'un technicien de laboratoire du Québec chez qui on a diagnostiqué une infection à VIH au début des années 1990 et dont le seul facteur de risque connu était une exposition possible à un virus cultivé pendant ses activités de recherche. Bien que dans les deux cas, il y eût de nombreuses occasions où la transmission aurait pu se produire, en aucun des cas un incident particulier n'a été identifié.²³ Le cas certain a été déclaré en 1995. Un travailleur de la santé qui ne portait pas de gants a subi une piqûre peu profonde avec une aiguille de petit calibre. Le travailleur a cru qu'il s'agissait d'une blessure mineure et n'a pas cherché à obtenir de traitement antirétroviral. La personne source était à un stade avancé du sida, où les liquides organiques ont des concentrations élevées de VIH, ce qui augmente le risque de transmission.²⁴

Aux États-Unis, 56 cas documentés de transmission professionnelle du VIH à des travailleurs de la santé et 138 cas possibles de transmission professionnelle ont été déclarés jusqu'à juin 2000.²⁵ Des 56 cas documentés, 48 avaient eu une exposition percutanée, cinq avaient eu une exposition cutanéomuqueuse, deux avaient eu à la fois une exposition percutanée et cutanéomuqueuse et un avait eu une exposition de voie inconnue. Quarante-neuf avaient été exposés à du sang d'une personne séropositive au VIH, une à du liquide qui renfermait visiblement du sang, trois à un liquide dont on n'a pas précisé la nature et trois à un virus concentré en laboratoire. Vingt-trois (41%) des cas documentés touchaient des infirmières; 16 (28,5%) touchaient des techniciens de laboratoire clinique.

En Europe, 35 cas documentés de transmission professionnelle du VIH à un travailleur de la santé et 68 cas possibles de transmission professionnelle ont été déclarés jusqu'à juin 1999.²⁶



Protocoles post-exposition

En 1995, Santé Canada a convoqué une conférence nationale de consensus sur les lignes directrices pour un protocole de notification des intervenants d'urgence (pompiers, ambulanciers et policiers) lorsqu'ils ont pu être exposés à une maladie infectieuse (transmise par des aérosols ou par le sang).²⁷ En vertu du protocole, un agent désigné évaluerait l'exposition, traiterait l'exposition et agirait comme agent de liaison avec les autorités de santé publique. Le protocole comprend également des procédures qui faciliteront l'administration volontaire de tests aux personnes-ressources avec leur consentement éclairé et un counselling approprié. Le protocole a été adopté en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et en Ontario.²⁸

Les renseignements sur l'état sérologique de la personne source peuvent être utiles pour déterminer comment prendre en charge une exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH.

En 1996, Santé Canada a convoqué une réunion qui a établi un protocole pour gérer l'exposition au VHB, au VHC ou au VIH chez les travailleurs de la santé.²⁹ Le protocole comprend des dispositions sur :

- les mesures post-exposition immédiates;
- l'évaluation d'une exposition importante;
- le counselling offert aux travailleurs de la santé après une exposition importante;
- les tests pour la source d'exposition et le travailleur de la santé;
- le traitement post-exposition pour empêcher la séroconversion (la prophylaxie post-exposition);
- le counselling post-exposition à l'intention du travailleur de la santé sur les précautions à prendre pour empêcher une nouvelle exposition au virus.

Des protocoles similaires ont été élaborés par plusieurs provinces.³⁰ Les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, le Department of Health du Royaume-Uni et le Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique ont également publié des protocoles particuliers sur la prophylaxie post-exposition pour l'exposition professionnelle au VIH.³¹

L'obtention de renseignements sur l'état sérologique de la personne source

Les renseignements sur l'état sérologique de la personne source peuvent être utiles pour déterminer comment prendre en charge une exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH (voir ci-dessous). Dans certains cas, par exemple lorsque le travailleur de la santé est exposé dans un établissement de santé alors qu'il soigne un patient vivant avec le VIH/sida, il se peut que l'état sérologique de la personne soit connu. Dans ces situations, des dispositions peuvent être prises, dans le cadre des directives sur la confidentialité de l'établissement de santé, pour divulguer l'état sérologique de la personne source au travailleur exposé.³² Dans d'autres cas, il se peut que l'état sérologique de la personne source soit inconnu et que les renseignements doivent être obtenus.

« L'obtention du consentement éclairé de la source fait partie intégrante de tout le processus de dépistage post-exposition, tout comme le respect de la confidentialité de tous les renseignements. »

La conférence nationale de 1995 sur les lignes directrices visant à établir un protocole de notification à l'intention des intervenants d'urgence a examiné la manière d'obtenir des renseignements sur l'état sérologique de la personne source et de fournir ces renseignements au travailleur exposé. Les lignes directrices comprennent les dispositions suivantes :³³

- 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, le consentement éclairé de celle-ci doit être obtenu;
- 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).

La réunion de 1996 sur un protocole intégré pour la prise en charge des travailleurs de la santé exposés à des agents pathogènes transmissibles par le sang a formulé des recommandations similaires :

L'obtention du consentement éclairé de la source fait partie intégrante de tout le processus de dépistage post-exposition, tout comme le respect de la confidentialité de tous les renseignements. Il est contraire à l'éthique de faire subir des tests à la source d'exposition sans avoir obtenu son consentement. Lorsque celle-ci consent au prélèvement de sang pour la recherche de ces trois virus [VHB, VHC ou VIH], il y a lieu de lui offrir le counselling voulu avant et après le test relativement à ces trois pathogènes transmissibles par le sang.³⁴

Ces recommandations concordent avec des lignes directrices établies aux États-Unis et au Royaume-Uni.³⁵ Toutefois, l'administration de tests sans le consentement de l'intéressé ou l'administration de tests obligatoires est autorisée par la loi dans plusieurs ressorts des États-Unis. Au moins 21 États n'exigent pas le consentement éclairé de l'intéressé pour administrer un test aux personnes qui ont pu exposer au VIH un travailleur de la santé, un

fournisseur de services d'urgence ou un agent de la paix. Au moins 17 États nécessitent ou autorisent une ordonnance du tribunal si le consentement n'a pas été donné et des projets de loi qui autoriseraient une ordonnance du tribunal pour obliger l'administration de tests sont à l'étude dans au moins 30 États.³⁶

La prophylaxie post-exposition

Si la personne source reçoit un résultat positif au test du VHB, du VHC ou du VIH ou si ses résultats de tests sont négatifs mais qu'elle présente un ou plusieurs facteurs de risque, il se peut qu'une prophylaxie post-exposition (si elle est disponible) soit la mesure indiquée, pour le travailleur exposé.

Le VHB et le VHC

La prophylaxie post-exposition 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 à l'infection à VHB.³⁷ Si ce traitement est indiqué, la GIHB doit être administrée dans les 48 heures (les lignes directrices des États-Unis recommandent que ce traitement soit administré de préférence dans les 24 heures).³⁸ L'efficacité de la GIHB en tant que prophylaxie post-exposition décroît avec le temps et n'est pas connue après sept jours.

Il n'existe aucune prophylaxie post-exposition en cas d'exposition au VHC.

Il n'existe aucune prophylaxie post-exposition en cas d'exposition au VHC.³⁹

Le VIH

La prophylaxie post-exposition pour l'exposition au VIH comprend un traitement à l'aide de deux ou trois médicaments antirétroviraux. La zidovudine (AZT) et la lamivudine (3TC) (toutes deux des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse) sont souvent prescrites. 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), particulièrement lorsque le risque de transmission est élevé, parce qu'en principe, une combinaison des trois médicaments a une plus grande activité antirétrovirale et est moins susceptible d'occasionner une résistance aux médicaments. Toutefois, il est parfois nécessaire de réduire le nombre de médicaments pris ou de remplacer un médicament par un autre, en raison d'effets secondaires, d'événements indésirables ou de la résistance aux médicaments.⁴⁰

La décision de recommander ou d'offrir une prophylaxie, et le nombre de médicaments compris dans le traitement, dépendent de l'évaluation du risque causé par l'exposition :⁴¹

- *Risque plus élevé de transmission* : Le traitement avec trois médicaments (p. ex. deux inhibiteurs nucléosidiques analogues de la transcriptase inverse et un inhibiteur de la protéase) est fortement recommandé lorsque l'exposition provient d'un liquide organique infectieux, une personne source séropositive au VIH ou qui s'est récemment adonnée à des comportements à risque élevé, une exposition percutanée ou une importante exposition cutanéomuqueuse ou par la peau non intacte (c.-à-d. plus que quelques gouttes de sang ou pendant une exposition de plusieurs minutes ou plus).
- *Risque modéré de transmission* : Le traitement avec deux médicaments (p. ex. deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse) 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 entraînera 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 ou une blessure sanglante à la peau de la personne qui se fait mordre. (Le Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique réexamine cette catégorie qui pourrait être supprimée.⁴²)

- *Risque négligeable de transmission* : Un traitement avec des médicaments 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.

Il est pratiquement impossible d'obtenir une preuve de l'efficacité de la prophylaxie post-exposition 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 pour le VIH. Toutefois, il existe de fortes indications *indirectes* de cette efficacité. Une étude cas-témoin internationale de travailleurs de la santé exposés au VIH a révélé que les probabilités d'infection à VIH chez ceux qui ont pris de la zidovudine étaient réduites d'environ 81%.⁴³ En outre, un nombre considérable d'études ont démontré que le traitement antirétroviral est efficace dans la prévention de la transmission du VIH de mères séropositives à leurs fœtus ou nourrissons.⁴⁴

La prophylaxie post-exposition avec des médicaments antirétroviraux devrait commencer dès que possible après l'exposition.

D'après la norme de soins actuelle, la prophylaxie post-exposition avec des médicaments antirétroviraux devrait commencer dès que possible après l'exposition, de préférence dans l'heure ou les deux heures suivant l'exposition.⁴⁵ 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, en cas de séroconversion.⁴⁶ Le traitement dure habituellement 28 jours (quatre semaines). Des études sur la prophylaxie post-exposition chez 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.⁴⁷ La preuve quant à une durée souhaitable de traitement est ambiguë. Certaines études réalisées chez des animaux ont également révélé que l'infection se produisait lorsque la prophylaxie post-exposition était administrée pendant moins de 28 jours (dix jours et moins).⁴⁸ Toutefois, dans d'autres études, des durées de traitement plus courtes se sont révélées efficaces dans la prévention de la transmission, à la fois chez les animaux et de la mère à l'enfant chez l'humain.⁴⁹

Dans certaines conditions, les médicaments antirétroviraux ne doivent pas être utilisés ou ne doivent être utilisés qu'avec une prudence extrême.⁵⁰ Les inhibiteurs de la protéase peuvent avoir des interactions médicamenteuses potentiellement graves lorsqu'ils sont utilisés avec certains autres médicaments et ils sont associés à diverses toxicités.⁵¹ Des préoccupations graves ont récemment été soulevées quant à l'innocuité de la nevirapine (un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse) dans la prophylaxie post-exposition.⁵² Il se peut que les risques qui sont acceptables dans le traitement d'une personne séropositive ne soient pas acceptables dans le cas du traitement d'une personne dont l'exposition au VIH est incertaine. Lorsque le risque d'infection à VIH est faible, il est justifié d'être conservateur dans la prescription des médicaments antirétroviraux.⁵³ Comme nous l'avons souligné précédemment, le Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique est en train de réexaminer ses recommandations en matière de prophylaxie post-exposition dans les cas de risque modéré.⁵⁴

Des soins particuliers sont nécessaires quand on offre et on administre la prophylaxie post-exposition à une femme enceinte.⁵⁵ Les renseignements sur les risques liés à l'administration des médicaments antirétroviraux aux femmes enceintes sont extrêmement limités. Il y a une preuve selon laquelle la zidovudine est sûre et bien tolérée chez les femmes enceintes et les nourrissons. Il ressort des données limitées que l'on possède que la lamivudine est également sûre. Il n'existe pas de données sur les inhibiteurs de la protéase chez les femmes enceintes.⁵⁶

Des effets secondaires et des événements indésirables sont liés à la prophylaxie post-exposition. Un registre américain des travailleurs de la santé qui ont reçu une prophylaxie post-exposition (entre octobre 1996 et mars 1999) indique que parmi ceux pour lesquels des données étaient disponibles après six semaines, 76% signalaient certains symptômes ou événements indésirables. Les symptômes les plus fréquemment mentionnés étaient la nausée (57%), un malaise ou de la fatigue (38%), des maux de tête (18%), des vomissements (16%), de la diarrhée (14%) et des myalgies ou des arthralgies (6%). La plupart des effets secondaires et des événements indésirables se sont réglés lorsque l'on a cessé le traitement.⁵⁷ Une étude récente de 1 835 cas de prophylaxie post-exposition pour des expositions *non* professionnelles en France a révélé 13 événements indésirables graves. Ces événements comprenaient la lithiase rénale (6), une éruption cutanée grave (2), l'hépatite toxique (2), la cholécystite (1), l'hémolyse (1) et l'épidermolyse bulleuse (1). Tous les événements étaient réversibles.⁵⁸

Les effets secondaires et les événements indésirables causés par la prophylaxie post-exposition obligent l'intéressé à manquer plusieurs journées de travail. La Worker's Compensation Board (commission des accidents du travail) de la Colombie-Britannique signale que 60% des travailleurs qui reçoivent une prophylaxie post-exposition doivent s'absenter du travail et que la durée moyenne de l'absence est de 19 jours.⁵⁹ Les effets secondaires et les événements indésirables sont également l'un des principaux motifs qui incitent les gens à ne pas compléter la prophylaxie post-exposition (l'autre étant le fait de découvrir que la personne source a reçu un résultat négatif au test du VIH).⁶⁰ Le registre américain des travailleurs de la santé qui reçoivent une prophylaxie post-exposition a révélé que parmi ceux qui ont cessé de prendre tout médicament ou qui n'ont pas complété le régime, la moitié ont cité les symptômes ou les événements indésirables comme motif qui les a amenés à cesser la prophylaxie.⁶¹ Pareillement, une surveillance des travailleurs de la santé au Royaume-Uni qui ont reçu une prophylaxie post-exposition entre juillet 1997 et juin 2000 a révélé que, parmi les 100 travailleurs traités, 57 ont cessé le traitement avant la fin, surtout en raison d'effets secondaires.⁶²

Il y a eu 28 cas déclarés, dans le monde, où la prophylaxie post-exposition n'a pas réussi à empêcher la séroconversion au VIH.⁶³ Toutefois, des enquêtes sur deux de ces cas aux États-Unis ont révélé qu'en fait, la séroconversion n'avait pas résulté de l'exposition professionnelle, mais d'une autre exposition, ce qui indique qu'il y aurait peut-être lieu de confirmer la conclusion d'inefficacité.⁶⁴

Le counselling et le suivi

Le counselling est un élément essentiel des soins dispensés à un travailleur à la suite d'une exposition. Il aide à réduire l'anxiété, il assure un traitement et un suivi adéquats, il favorise l'adhésion à la prophylaxie post-exposition et il réduit le risque de transmission du virus à d'autres. Pour le travailleur exposé, composer avec l'anxiété liée à la possibilité d'infection et prendre les précautions voulues pour empêcher la transmission à d'autres sont, avec les effets secondaires et les effets indésirables de la prophylaxie post-exposition, les principaux fardeaux

Le counselling est un élément essentiel des soins dispensés à un travailleur à la suite d'une exposition.

auxquels il doit faire face à la suite d'une exposition professionnelle. Ces effets ont un impact non seulement sur le travailleur lui-même, mais également sur sa famille et ses proches.

La prévention d'une nouvelle transmission

Les travailleurs exposés au VHB, au VHC ou au VIH ne doivent pas donner du sang, du sperme, des organes ou des tissus pendant six mois et ils ne doivent pas partager de brosses à dents, de rasoirs, d'aiguilles ou d'autres instruments qui peuvent être contaminés par du sang ou des liquides organiques.⁶⁵

Dans le cas des travailleurs de la santé qui reçoivent de la globuline immune d'hépatite B ou une série vaccinale contre l'hépatite B, on ne peut faire de recommandation précise concernant les questions liées aux pratiques sexuelles à risque réduit et à la notification des partenaires sexuels.⁶⁶

Les travailleurs exposés au VHC doivent recevoir du counselling sur les pratiques sexuelles plus sûres et sur l'importance d'informer leurs partenaires sexuels du risque potentiel de transmission, qui est minime, mais non absent pour les personnes séropositives au VHC ayant un partenaire sexuel de longue date.⁶⁷ Du counselling devrait également être fourni relativement à d'autres activités, comme le partage d'aiguilles, qui comportent un risque de transmission. Les femmes doivent être informées de l'état actuel des données sur la transmission mère-nourrisson (environ 5% des nourrissons nés de femmes infectées par le VHC deviennent infectés).⁶⁸

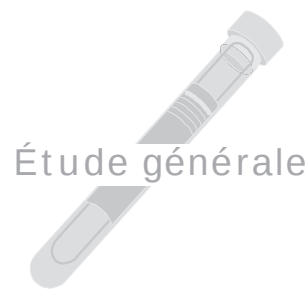
Les travailleurs exposés au VIH doivent recevoir du counselling sur les pratiques sexuelles plus sûres et sur l'importance d'informer leurs partenaires sexuels du risque potentiel de transmission. Du counselling devrait également être fourni relativement à d'autres activités, comme le partage d'aiguilles et de matériel d'injection, qui comportent un risque de transmission. Les femmes devraient éviter de devenir enceintes jusqu'à ce qu'elles soient raisonnablement certaines qu'elles ne sont pas infectées (de trois à six mois). Les femmes qui allaitent doivent recevoir du counselling sur le risque de transmission par le lait maternel, particulièrement pendant la période où la séroconversion peut se produire, et être informées des solutions de rechange en attendant les renseignements sur l'état sérologique de la personne source ou sur leur propre état sérologique.⁶⁹

L'administration de tests au travailleur de la santé

Lorsque l'on ne peut exclure la possibilité d'exposition au VHB, au VHC ou au VIH, l'administration de tests au travailleur de la santé est nécessaire si l'on veut savoir s'il a été infecté. L'administration des tests est volontaire et doit être accompagnée par un counselling adéquat. En raison de la fenêtre sérologique liée aux infections virales (voir ci-dessous), l'administration des tests au moment de l'exposition et à des intervalles de trois et six mois est recommandée après l'exposition au VHB ou au VHC; ces tests sont recommandés au moment de l'exposition et à des intervalles de six semaines, trois mois et six mois après l'exposition au VIH.⁷⁰

En fait, plusieurs travailleurs exposés ne subissent pas tous les tests de suivi. Le réseau de surveillance SISES pour les expositions au sang et aux liquides organiques dans les hôpitaux de soins actifs au Québec a conclu que parmi les travailleurs de la santé exposés aux liquides d'une personne vivant avec le VIH, 44,3% avaient subi un test du VIH au moment de l'exposition, 24,8% avaient subi un test à un intervalle de six semaines, 22,4% avaient subi un test à un intervalle de trois mois et 20,2% avaient subi un test à un intervalle de six mois. Les tests de suivi chez les travailleurs pour qui la personne source d'une exposition n'avait pas été identifiée étaient encore moins fréquents.⁷¹ Des défauts de suivi ont été observés dans d'autres études.⁷²

Lorsque l'on ne peut exclure la possibilité d'exposition au VHB, au VHC ou au VIH, l'administration de tests au travailleur de la santé est nécessaire si l'on veut savoir s'il a été infecté.



Technologies et procédures de tests

Types de tests

Plusieurs types de tests sont utilisés pour déterminer si une personne a été exposée au VIB, au VHC ou au VIH, ou si elle a été infectée par ces virus. Il existe des tests qui détectent la présence d'anticorps au virus ou d'anticorps à une particule du virus (antigènes). Ces tests comprennent :

- les tests pour les anticorps dirigés contre l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (anti-HBs), les anticorps dirigés contre l'antigène de la nucléocapside du virus de l'hépatite B (anti-HBc) et les anticorps dirigés contre l'antigène E du virus de l'hépatite B (anti-HBe). (La présence d'anti-HBs à des niveaux ≥ 10 UI/L ou la présence d'anti-HBc est un signe d'immunité à l'hépatite B.⁷³)
- les tests pour les anticorps dirigés contre le virus de l'hépatite C (anti-VHC).
- les tests pour les anticorps dirigés contre le VIH (anti-VIH).

Il existe également des tests qui détectent la présence de particules de virus dans le sang. Ces tests comprennent :

- les tests pour l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (AgHBs) et l'antigène E du virus de l'hépatite B (AgHBe). (La présence d'AgHBs est un signe d'immunité à l'hépatite B; du sang qui renferme de l'AgHBs est considéré comme infectieux. La présence d'AgHBe est un indice de la réplication virale et d'un grand pouvoir infectieux, alors que la présence de l'anti-HBe indique un ralentissement de la réplication virale et une baisse du pouvoir infectieux.⁷⁴)
- les tests pour l'antigène de la nucléocapside p24 du VIH (antigène p24).

Il existe des tests, appelés tests des acides nucléiques (TAN) qui détectent la présence de matériel génétique (ARN ou ADN) du VHB, du VHC ou du VIH dans le sang. Diverses tech-

nologies sont utilisées : des tests fondés sur la réaction en chaîne de la polymérase (PCR), des tests d'amplification médiée par la transcription et des tests d'amplification de signal ADN ramifié.

En outre, dans le cas du VHB et du VHC, 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 hépatique.

La fenêtre sérologique

Toutes les infections virales commencent par une fenêtre sérologique dans 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 de détection des anticorps. 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 technologies de test actuelles. 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. Suivant les modèles actuels de stade précoce d'infection :⁷⁵

- l'ADN du VHB peut être détecté jusqu'à 23 jours avant l'AgHBs, l'AgHBs peut être détecté 56 jours après l'infection, et les anticorps anti-VHB peuvent être détectés 60 jours après l'infection;
- l'ARN du VHC peut être détecté 12 jours après l'infection, et les anticorps anti-VHC peuvent être détectés 70 jours après l'infection;
- l'ARN du VIH peut être détecté 11 jours après l'infection, l'antigène p24 du VIH peut être détecté 16 jours après l'infection et les anticorps anti-VIH peuvent être détectés 22 jours après l'infection.

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 premiers 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).⁷⁶ 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 de subir un test du VIH après un an).⁷⁷

Tests de dépistage et tests complémentaires ou de confirmation pour le VHC et le VIH

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 détecter l'infection avant les tests de détection des anticorps, ils ne sont pas utilisés comme tests de diagnostic standards. Les raisons de ceci comprennent le coût, la complexité de la technique, les problèmes qu'il y a à assurer des résultats fiables et normalisés, et les problèmes liés aux résultats faux négatifs et faux positifs.⁷⁸ Tous les tests de diagnostic doivent être accompagnés par du counselling pré-test et post-test

appropriés, comprenant des renseignements sur, entre autres, 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.⁷⁹

Les étapes du test du VHC sont les suivantes :⁸⁰

- appliquer un EIA à un échantillon de sang;
- si le résultat est négatif, tester de nouveau au besoin en fonction de la fenêtre sérologique (après trois et après six mois);
- si le résultat est positif, répéter l'EIA en double sur le même échantillon de sang;
- si les résultats des deux deuxièmes EIA sont négatifs, tester de nouveau en fonction de la fenêtre sérologique;
- si les résultats des deux deuxièmes EIA sont positifs/négatifs ou positifs/positifs, appliquer un test complémentaire (un autre EIA ou un immunotransfert);
- si le résultat du test complémentaire est négatif, tester de nouveau en fonction de la fenêtre sérologique; si le test est positif, faire une évaluation clinique; s'il est indéterminé, envisager l'application d'un test de détection d'acide nucléique.

VIH

L'EIA pour le VIH est très sensible. Par conséquent, les probabilités de ne pas détecter les anticorps sont basses, et la probabilité qu'un résultat négatif soit le résultat véritable sont très élevées. Toutefois, une réaction positive erronée à l'EIA peut être causée non 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.⁸¹

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, chez des travailleurs de la santé après une exposition professionnelle.⁸² 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.⁸³ 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.⁸⁴

Les étapes du test pour les anticorps anti-VIH sont les suivantes :⁸⁵

- appliquer un essai immunoenzymatique (EIA) à un échantillon de sang;
- si le résultat est négatif, tester de nouveau en fonction de la fenêtre sérologique (après six semaines, trois mois et six mois);
- si le résultat est positif, répétez l'EIA en double sur le même échantillon de sang;
- si les résultats des deux deuxièmes EIA sont négatifs, tester de nouveau en fonction de la fenêtre sérologique;
- si les résultats des deux deuxièmes EIA sont positifs, appliquer un transfert Western ou autre test de confirmation approuvé;
- si le test est négatif, tester de nouveau en fonction de la fenêtre sérologique; si le test est positif, fournir du counselling, des soins et un traitement approprié.

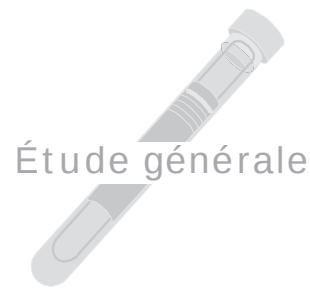
Dépistage accéléré et dépistage rapide du VIH

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, particulièrement les fins de semaine.⁸⁶

Le dépistage rapide du VIH dans un point de service peut réduire le temps nécessaire pour obtenir un résultat. L'utilisation d'un tel test a été approuvée pour le dépistage par des professionnels de la santé dans les points de service. Ce test fait appel à un EIA qui équivaut à l'EIA utilisé dans les laboratoires pour tester les échantillons de sang, mais ils peuvent produire un résultat en moins de temps (de quelques minutes à 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.⁸⁷

Les lignes directrices américaines pour la prise en charge des expositions professionnelles chez les travailleurs de la santé recommandent que l'on envisage l'utilisation d'une trousse approuvée de dépistage rapide du VIH, pour administrer le test à la personne source, particulièrement si un EIA ne peut être complété par un laboratoire dans les 24 à 48 heures :

Des résultats réactifs répétés obtenus par des tests d'EIA ou de dépistage rapide des anticorps anti-VIH sont considérés comme des indices sérieux d'infection, alors qu'un résultat négatif est un excellent indicateur de l'absence d'anticorps anti-VIH. La confirmation d'un résultat réactif par transfert Western ou anticorps immunofluorescent n'est pas nécessaire pour prendre les décisions initiales sur la prise en charge post-exposition, mais elle devrait être effectuée pour compléter le processus de test. [trad.]⁸⁸



Avantages que procurent aux travailleurs exposés des renseignements sur la personne source

Des renseignements sur l'état sérologique, les facteurs de risque et les antécédents médicaux de la personne source peuvent être utiles pour la prise en charge d'une exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH. Toutefois, il existe d'importantes réserves sur le degré d'utilité et d'opportunité de ces renseignements.

Renseignements sur l'état sérologique et les facteurs de risque de la personne source

Si l'on sait que la personne source n'a pas le VHB, le VHC ou le VIH et qu'elle ne présente aucun facteur de risque, le travailleur exposé n'a pas à prendre de précautions pour prévenir une autre transmission, recevoir une prophylaxie post-exposition ou subir des tests pour l'infection. Toutefois, il y a lieu de lui fournir du counselling pour lui expliquer le risque négligeable d'infection et pour calmer son anxiété.

Si la personne source reçoit un résultat positif au test du VHB, du VHC ou du VIH, *ou* si elle a des résultats négatifs pour le VHB, le VHC et le VIH mais qu'elle présente un ou plusieurs facteurs de risque, le travailleur exposé devrait recevoir du counselling, envisager une prophylaxie post-exposition (si elle est disponible), prendre des précautions pour empêcher une nouvelle transmission, et subir des tests pour l'infection. (Lorsque des facteurs de risque sont présents, la personne source peut être infectée, malgré un résultat de test négatif, en raison de la fenêtre sérologique.)

Parmi les facteurs de risque pour le VHB figure le fait d'avoir, au cours des trois derniers mois,⁸⁹

- eu un comportement sexuel à haut risque (c.-à-d. être un homme qui a eu des relations sexuelles avec des hommes, avoir un partenaire sexuel qui est un utilisateur de drogue

- injectable, avoir de nombreux partenaires sexuels);
- contracté une maladie transmise sexuellement;
- eu un contact sexuel avec un cas connu d'infection à VHB ou avoir été exposé au sang de ce dernier;
- être un utilisateur de drogue par injection ou un adepte du tatouage ou du body piercing.

Parmi les facteurs de risque à vie pour le VHC figurent :⁹⁰

- avoir eu un comportement sexuel à risque élevé (c.-à-d. avoir un partenaire sexuel qui est un utilisateur de drogue par injection ou de nombreux partenaires sexuels);
- avoir eu un contact sexuel avec un cas connu d'infection à VHC ou avoir été exposé au sang de ce dernier;
- être un utilisateur de drogue par injection ou un adepte du tatouage ou du body piercing;
- avoir reçu du sang ou des produits sanguins avant 1990;
- avoir reçu des facteurs de coagulation dérivés du sang avant 1985;
- être originaire d'un pays en développement;
- subir une dialyse.

Parmi les facteurs de risque pour le VIH figure le fait d'avoir, au cours des six derniers mois :⁹¹

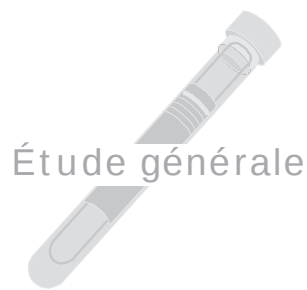
- eu un comportement sexuel à haut risque (c.-à-d. être un homme qui a eu des relations sexuelles avec d'autres hommes, avoir un partenaire sexuel qui est un utilisateur de drogue par injection, avoir de nombreux partenaires sexuels);
- contracté une maladie transmise sexuellement;
- eu un contact sexuel avec un cas connu d'infection à VIH ou avoir été exposé au sang de ce dernier;
- être un utilisateur de drogue par injection ou un adepte du tatouage ou du body piercing.

Comme nous l'avons noté ci-dessus, les tests de dépistage rapide du VIH aux points de service peuvent fournir des résultats relativement rapides, et un résultat négatif peut contribuer à une décision de ne pas entreprendre une prophylaxie post-exposition pour l'infection à VIH.⁹² Toutefois, puisque le traitement devrait idéalement commencer à l'intérieur de deux heures, il n'est pas recommandé d'attendre les résultats du test de la personne source avant d'entreprendre une prophylaxie post-exposition et de prendre des précautions à titre préventif.⁹³ Si le résultat du test administré à la personne source est négatif, le travailleur exposé peut alors décider de cesser la prophylaxie post-exposition et les précautions prises à titre préventif. En fait, le Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique a constaté que le motif le plus courant de cesser le traitement est le fait que la personne source a reçu un résultat négatif au test.⁹⁴ Pareillement, le registre américain des travailleurs de la santé qui ont reçu une prophylaxie post-exposition entre octobre 1996 et mars 1999 a indiqué que chez ceux pour qui des données étaient disponibles, à la sixième semaine, 48% de ceux qui avaient cessé la prophylaxie post-exposition l'ont fait parce que la personne source avait testé négatif.⁹⁵

Renseignements sur la maladie à VIH et le traitement de la personne source

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 exposé. 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 (les tests qui mesurent la quantité du virus dans le sang) et la thérapie antirétrovirale actuelle et antérieure.⁹⁶ 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 pour le travailleur exposé ou peuvent être complétés par des médicaments auxquels la personne source n'a pas de résistance connue.⁹⁷



Torts causés à la personne source par les tests et la divulgation obligatoires

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.⁹⁸ Un sondage réalisé dans 38 hôpitaux du Maryland, où la loi exige que l'on demande aux personnes source de consentir au test, a révélé que sur 1 350 demandes en tel cas, 92% des patients avaient accepté d'être testés (2% connaissaient déjà leur état sérologique relativement au VIH et 6% ont refusé de subir un test).⁹⁹ Pareillement, au cours des six premiers mois du Réseau canadien de surveillance des piqûres d'aiguille, 83% des personnes source connues ont accepté de subir un test.¹⁰⁰ De la même manière, l'étude de l'exposition professionnelle chez les agents de police à Denver (Colorado) révèle que sur 34 personnes source identifiées, 32 (ou 94%) ont accepté de subir le test du VIH.¹⁰¹

Toutefois, certaines personnes source refusent de subir un test ou de divulguer des renseignements médicaux confidentiels. Quels torts subiront ces personnes si les tests et la divulgation sont obligatoires?

Certaines personnes source refusent de subir un test ou de divulguer des renseignements médicaux confidentiels. Quels torts subiront ces personnes si les tests et la divulgation sont obligatoires?

Le fait d'obliger une personne source à subir un test et de divulguer les résultats serait une atteinte à son autonomie personnelle. Or, 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 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.¹⁰² Le droit à l'autonomie, de même que les règles et les 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, par exemple le principe de la bienfaisance ou le principe de la justice. Toutefois, la justification doit être importante et les modalités de l'atteinte doivent être soigneusement circonscrites.

Une étude canadienne récente 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. Les personnes qui ont subi des tests s'attendaient à ce que ceux qui leur administrent reconnaissent que le sujet du test est un individu et qu'il participe à la prise de décision. Dans tous les cas, les sujets de test accordaient de l'importance à la confidentialité et préféraient l'anonymat, bien que ce ne fût pas souvent ce qu'ils avaient vécu. Ils accordaient de l'importance à un environnement de test où la vie privée et l'anonymat étaient respectés, et où les individus se sentaient acceptés et reconnus.¹⁰³

La Cour suprême du Canada et les tribunaux d'appel ont affirmé à maintes reprises qu'une personne ne peut faire l'objet d'interventions médicales sans son consentement.

Par respect de l'autonomie personnelle, la Cour suprême du Canada et les tribunaux d'appel ont affirmé à maintes reprises qu'une personne ne peut faire l'objet d'interventions médicales sans son consentement.¹⁰⁴ Le projet de loi C-217 viole cette doctrine juridique, de même que le principe de l'autonomie personnelle, en obligeant la personne source à subir des tests sérologiques; en permettant la divulgation des résultats des tests au médecin qui a prélevé l'échantillon de sang, à l'agent de la paix qui a exécuté le mandat autorisant le prélèvement de l'échantillon de sang et au travailleur exposé; et en obligeant que la personne source soit informée des résultats des tests.

Le projet de loi C-217 porte également atteinte à plusieurs droits et libertés garantis par la *Charte canadienne des droits et libertés*.¹⁰⁵ Ceux-ci comprennent le 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 » (article 7), et le droit « à la protection contre les fouilles, les perquisitions ou les saisies abusives » (article 8).

Selon les tribunaux canadiens, le but fondamental de l'article 8 est de « protéger les particuliers contre les intrusions injustifiées de l'État dans leur vie privée. »¹⁰⁶ La Cour suprême du Canada a statué que

l'utilisation du corps d'une personne, sans son consentement, en vue d'obtenir des renseignements à son sujet, constitue une atteinte à une sphère de la vie privée essentielle au maintien de sa dignité humaine [...] La protection accordée par la *Charte* va jusqu'à interdire à un agent de police qui est un mandataire de l'État, de se faire remettre une substance aussi personnelle que le sang d'une personne par celui qui la détient avec l'obligation de respecter la dignité et la vie privée de cette personne.¹⁰⁷

La Cour suprême a également affirmé à maintes reprises l'importance de protéger la confidentialité des renseignements personnels, statuant que la *Charte* protège « le droit du particulier de déterminer lui-même quand, comment et dans quelle mesure il diffusera des renseignements personnels le concernant. »¹⁰⁸

Lorsqu'un tribunal conclut qu'une loi porte atteinte à un droit protégé par la *Charte*, il lui est loisible de maintenir la validité de la loi en vertu de l'article 1 de la *Charte*. L'article 1 garantit les droits et libertés énoncés dans la *Charte*, lesquels « ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique. » La Cour suprême du Canada a énoncé les critères qui justifient une législation qui porte atteinte à des droits garantis par la *Charte* :¹⁰⁹

- l'objectif que des mesures limitant un droit garanti par la *Charte* visent à servir doit être suffisamment important pour justifier la suppression d'un droit ou d'une liberté garanti par la Constitution, en ce sens qu'il doit être à tout le moins lié à des préoccupations sociétales « urgentes et réelles » dans une « société libre et démocratique »;
- 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;
- les mesures doivent porter le moins possible atteinte aux droits garantis par la *Charte*;
- 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 – plus grave est l'empiétement sur un droit, plus important doit être l'objectif, pour qu'il soit démontré que les mesures sont raisonnables et justifiées dans une société libre et démocratique.

À l'heure actuelle, le *Code criminel* permet le prélèvement d'échantillons de substances corporelles sans consentement dans deux situations soigneusement délimitées : l'ivressomètre, lorsqu'il existe des motifs raisonnables de croire qu'une infraction de conduite en état d'ébriété a été commise; et le prélèvement d'échantillons dans le but de faire une analyse de l'ADN relativement à une poursuite pour certaines infractions graves désignées. Dans les deux cas, l'atteinte à la vie privée a été réputée justifiée dans l'intérêt de l'application de la loi une fois qu'il existe des motifs raisonnables de croire qu'une personne s'est adonnée à des méfaits criminels. En vertu du projet de loi C-217, des échantillons de substances corporelles pourraient être prélevés sans cette condition préalable.¹¹⁰

Le fait d'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* et la gravité de l'atteinte est exacerbée par un emprisonnement éventuel en cas de refus de subir le test et par l'absence de toute protection de la confidentialité pour les personnes contraintes au test obligatoire.¹¹¹ Le projet de loi C-217 n'oblige personne qui reçoit des résultats de test à garder ces résultats confidentiels (et une telle obligation n'est clairement établie nulle part ailleurs dans la loi). Le projet de loi ne prescrit aucune sanction pénale en cas de bris de confidentialité et ne crée aucun recours civil contre quiconque commet un tel bris. Le projet de loi ne prévoit pas non plus d'interdiction de publier l'identité de la personne source pour empêcher la dissémination à grande échelle de renseignements personnels sur son état de santé, p. ex. par des médias qui rapporteraient qu'une demande a été présentée à un tribunal pour obtenir un mandat autorisant un test.¹¹²

L'objectif explicite du projet de loi est de prévoir le prélèvement d'échantillons de sang dans l'intérêt de personnes qui sont exposées pendant qu'elles exercent une fonction désignée, c.-à-d. une fonction exercée par un pompier, un travailleur de la santé, un agent de la paix, un agent de sécurité ou un « bon Samaritain ». On présume que cet intérêt serait d'obtenir des renseignements qui pourraient contribuer à des décisions sur la prophylaxie post-exposition et pour calmer l'incertitude quant à la question de savoir s'il y a eu de fait exposition au VHB, au VHC ou au VIH. Si les résultats de test de la personne source sont négatifs et qu'il n'existe aucun facteur de risque (des renseignements que le projet de loi C-217 n'oblige pas à recueillir), 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 prophylaxie post-exposition (si elle est disponible). Si les résultats de test 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 pu être administré pendant la fenêtre sérologique), il faudrait que la personne exposée prenne des mesures pour empêcher une nouvelle transmission, qu'elle envisage une prophylaxie post-exposition (selon la nature de l'exposition) et subisse un nouveau test ultérieurement. Il n'est pas possible de déduire de ces résultats que la personne

exposée a été infectée. La prophylaxie post-exposition ne devrait pas être nécessaire pour l'exposition professionnelle au VHB (un vaccin préventif est disponible), et n'existe pas pour l'exposition au VHC. Une telle prophylaxie existe pour l'exposition au VIH, mais elle devrait idéalement être entreprise dans les deux heures suivant l'exposition. Il est fort peu

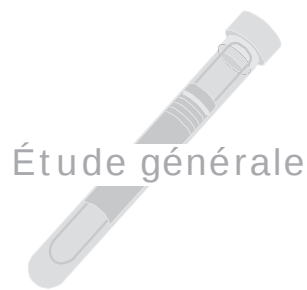
Il est fort peu probable qu'une procédure de test obligatoire qui nécessite l'obtention d'un mandat judiciaire produise des renseignements en temps voulu pour contribuer aux décisions d'entreprendre une prophylaxie post-exposition pour le VIH.

probable qu'une procédure de test obligatoire qui nécessite l'obtention d'un mandat judiciaire produise des renseignements en temps voulu pour contribuer aux décisions d'entreprendre une prophylaxie post-exposition pour le VIH. Les renseignements ne seraient utilisés que pour prendre la décision de cesser la prophylaxie si le résultat du test était négatif et qu'il n'y avait aucun facteur de risque.

Ces avantages dont bénéficierait le travailleur exposé doivent être soupesés par rapport aux torts que peuvent causer les tests obligatoires. La personne qui est obligée de subir un test subit des préjudices à son intégrité corporelle et psychologique, une atteinte à sa vie privée et une perte de confidentialité.¹¹³ Si les résultats des tests sont positifs, la personne peut subir d'au-

tres préjudices qui, dans le cas de l'infection à VIH, peuvent comprendre un sentiment de stigmatisation, une appréhension de cette stigmatisation, la peur de l'évolution de la maladie, la peur d'infecter autrui, la peur de quitter les personnes chères et des pensées suicidaires.¹¹⁴ Ces préjudices peuvent survenir au moment où la personne est déjà aux prises avec les circonstances dans lesquelles l'exposition professionnelle a eu lieu, par exemple un accident ou une crise d'ordre médical. L'administration obligatoire de tests dans de telles situations peut amener la personne qui les subit à se méfier de ceux dont le rôle est de l'aider, endommageant, par exemple, la relation thérapeutique qui est nécessaire aux bons soins de santé.¹¹⁵

Quelles que soient les justifications qu'il pourrait y avoir à ces atteintes, elles sont affaiblies par le risque relativement faible de transmission professionnelle du VHB, du VHC et du VIH, de même que par le potentiel relativement élevé de prévention de l'exposition et de la transmission professionnelle lorsque l'on a recours à des précautions de base dans les milieux de soins et les milieux de fonction publique (voir ci-dessous).



Positions des associations professionnelles et des syndicats sur la prise en charge de l'exposition professionnelle

Association des infirmières et infirmiers du Canada

En novembre 2000, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada a publié un énoncé de position révisé sur les agents pathogènes à diffusion hématogène.¹¹⁶ Dans son énoncé révisé, qui remplace un énoncé de 1993, l'Association appuie l'utilisation de précautions de routine (également appelées « précautions de base ») :¹¹⁷

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada appuie la nécessité de mettre en œuvre des politiques et des procédures qui obligent à utiliser des précautions de base (auparavant appelées précautions universelles). Le respect des précautions de base constitue le moyen approprié et efficace de protéger les infirmières, les clients et d'autres personnes contre la propagation des agents pathogènes à diffusion hématogène. Le respect des précautions de base est acceptable sur le plan déontologique, car il évite d'avoir à connaître l'état des clients et des infirmières face aux agents pathogènes à diffusion hématogène et protège les droits de la personne à la vie privée et à la protection de ces renseignements personnels.

L'énoncé aborde expressément la question du test obligatoire de dépistage :

Le test obligatoire de dépistage des agents pathogènes à diffusion hématogène avant ou après une exposition importante n'est pas justifié parce que la technologie actuelle ne peut toujours identifier les personnes infectées par des agents pathogènes à diffusion hématogène. En soignant tous les clients, que l'on connaisse ou non leur état face aux agents pathogènes à diffusion hématogène, l'infirmière se guide sur les valeurs du *Code de déontologie des infirmières autorisées*.¹¹⁸ La déontologie oblige l'infirmière à dispenser des soins qui

consistent notamment à faire du bien au client, à réduire le tort au minimum et à respecter son droit d'accepter ou de refuser des traitements.

L'énoncé conclut en notant les responsabilités qui incombent aux infirmières et à leurs employeurs de demeurer à jour dans les politiques et pratiques relatives aux agents pathogènes à diffusion hémotogène :

Les infirmières ont la responsabilité professionnelle d'actualiser régulièrement leur connaissance des pratiques relatives aux agents pathogènes à diffusion hémotogène. Les pratiques qui ont trait à la prévention, à l'exposition immédiate, aux tests de dépistage, aux notifications, à l'utilisation et à l'enlèvement de l'équipement sont particulièrement importantes. Les infirmières participent, avec des experts et d'autres professionnels de la santé, à l'élaboration de politiques et de procédures claires fondées sur le savoir de l'heure. Les employeurs partagent cette responsabilité en préconisant un environnement de pratique de qualité et sûr, ce qui comprend l'accès à des ressources d'éducation pertinentes.

Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie

En avril 2000, l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie/Canadian Association of Nurses in AIDS Care (ACIIS/CANAC) a publié une prise de position sur la prévention et la gestion de l'exposition professionnelle.¹¹⁹ Selon cette prise de position, les expositions professionnelles sont liées aux procédures, à l'organisation des soins et à des facteurs humains tels que le stress et le burn-out. Il est difficile d'évaluer le nombre et la gravité des expositions professionnelles aux infections transmises par le sang parce que plusieurs incidents, dans les lieux de soins, ne sont pas déclarés. Tous les centres de santé n'ont pas mis en place des programmes de sécurité des employés ou des lignes directrices sur la prise

en charge post-exposition, et l'accès à une gestion de qualité de la période post-exposition n'est pas le même d'un établissement à l'autre.

L'ACIIS/CANAC insiste sur le besoin urgent de collecter et d'analyser des données sur les piqûres d'aiguille et les autres blessures professionnelles au Canada afin de mesurer l'étendue du problème. Elle énonce de nombreuses mesures qui pourraient être prises pour empêcher les expositions professionnelles et pour y réagir en temps opportun, par exemple :

Les employeurs doivent prendre conscience du fait que les risques d'exposition professionnelle sont augmentés par des charges de travail non réalistes et par l'utilisation de travailleurs moins compétents en remplacement d'autres, plus compétents, pour l'accomplissement de procédures à risque élevé.

- les centres de soins devraient examiner les pratiques courantes en termes de procédures invasives pour créer et mettre en place des protocoles et des programmes afin d'éliminer les expositions inutiles des infirmières à des pathogènes transmis par le sang;
- les employeurs doivent prendre conscience du fait que les risques d'exposition professionnelle sont augmentés par des charges de travail non réalistes et par l'utilisation de travailleurs moins compétents en remplacement d'autres, plus compétents, pour l'accomplissement de procédures à risque élevé;
- les lieux de soins doivent implanter des mesures de travail sécuritaires, comme par exemple du nouveau matériel de sécurité, pour diminuer ou éliminer le risque d'exposition professionnelle à des pathogènes transmis par voie sanguine;
- les fabricants doivent développer des systèmes de sécurité à des coûts raisonnables afin de prévenir le plus grand nombre possible de piqûres d'aiguille. Ils doivent également

- collaborer avec les organisations professionnelles d'infirmières et les gouvernements afin de trouver des solutions réalistes sur le plan financier;
- des programmes de formation continue et de formation spécifique qui portent sur les mesures de prévention et la gestion post-exposition devraient être inclus dans la formation en soins infirmiers, les programmes de formation des employés ou les programmes de formation continue;
- les infirmières doivent prendre des mesures pour remédier aux lacunes actuelles, par exemple, en demandant des programmes de formation et en s'informant sur les risques d'exposition professionnelle, en s'assurant que des kits de post-exposition au VIH soient disponibles en moins de deux heures, en collaborant avec les employeurs ou établissements pour le développement de politiques et de procédures, à déclarer toutes les expositions professionnelles et à respecter les politiques et les procédures établies afin de minimiser les risques de séroconversion;
- les employeurs doivent mettre en place des structures ou créer des liens avec des structures déjà existantes afin de rendre disponibles le counselling pré et post-test et le soutien aux infirmières dans le respect des droits humains de l'infirmière et du patient.

L'ACIIS/CANAC soutient qu'il est contraire à la déontologie de faire subir un test à un patient sans son consentement éclairé.

Association médicale canadienne

L'Association médicale canadienne (AMC) a révisé ses politiques sur le syndrome d'immunodéficience acquise et l'infection à VIH au travail en 2000. Ces révisions ont marqué le terme d'un processus qui avait été entrepris lorsque le Conseil général de 1999 de l'AMC avait adopté une motion qui recommandait le test sérologique obligatoire d'un patient après qu'un travailleur de la santé a été exposé à des liquides organiques du patient.¹²⁰ Cette motion, de même qu'une motion qui l'accompagnait et qui recommandait l'administration de tests obligatoires sérologiques au travailleur de la santé si un patient était exposé aux liquides organiques du travailleur, a été renvoyée pour étude. Au cours de l'année suivante, l'AMC a commandé un examen épidémiologique et deux avis juridiques. Les motions ont été annulées par le Conseil général 2000.

La politique de l'AMC sur l'infection à VIH au travail porte sur l'infection à VIH et le sida dans le milieu de travail général et dans le contexte du travail en milieu de soins de santé, et traite aussi des tests de détection de l'anticorps anti-VIH. On y affirme que

[t]oute politique à ce sujet doit s'appuyer sur des principes scientifiques, épidémiologiques et éthiques, et vise avant tout à promouvoir la mesure efficace de lutte contre l'infection chez les travailleurs de la santé et dans le public, tout en respectant les droits de la personne.¹²¹

La politique traite du risque de transmission du VIH en milieu de travail général et dans le contexte du travail en milieu de soins de santé. Relativement au milieu de travail général, la politique énonce :

Dans certaines professions, le travailleur peut risquer d'être exposé au VIH. Par exemple, les policiers, les pompiers ou les éboueurs risquent d'être en contact avec des liquides organiques de personnes pouvant être infectées par le VIH. Le risque de transmission est alors extrêmement mince. Toutefois, afin de réduire au minimum le risque d'infection à VIH ou d'autres agents pathogènes, les travailleurs devraient prendre des précautions raisonnables au travail, notamment porter des gants afin de réduire tout contact avec les liquides organiques lorsque

c'est possible et utiliser une solution de blanchiment pour nettoyer les traces de sang.

En ce qui a trait au contexte des soins de santé, la politique énonce :

À cause de sa nature même, le contexte des soins de santé présente un plus grand risque d'exposition professionnelle au VIH que le milieu de travail en général. Un travailleur de la santé peut être exposé directement au sang ou aux liquides organiques d'un patient infecté par le VIH pendant son travail quotidien ou à la suite d'un accident de travail comme une piqûre d'aiguille. Même s'il n'est pas nul, le risque professionnel d'infection à VIH demeure toutefois très faible chez les travailleurs de la santé. Le risque de transmission d'un travailleur de la santé à un patient est aussi très faible.

Le risque d'infection ne justifie pas un refus de services. La politique énonce :

On a toujours fourni des services de soins de santé, même lorsqu'ils peuvent poser un risque pour le travailleur. Dans le cas de l'infection à VIH, ce risque est très mince, et l'application rigoureuse de lignes directrices sur la prévention des infections peut le réduire encore davantage. Les travailleurs de la santé ont le devoir moral de fournir des services appropriés aux patients infectés par le VIH ou dont l'état sérologique est inconnu.

Dans la politique, il est question des travailleurs de la santé vivant avec le VIH et des travailleurs de la santé qui ont pu être exposés au virus. En ce qui a trait à ces derniers, la politique énonce :

Toute blessure professionnelle accidentelle subie par un travailleur de la santé et qui risque d'avoir exposé celui-ci au VIH doit être déclarée confidentiellement au médecin responsable de la santé au travail des employés de l'établissement où s'est produit l'incident, ou à un médecin qui n'est pas impliqué dans l'accident ou dans le soin du patient infecté. Il faut demander au patient de se soumettre volontairement à un test de détection de l'anticorps du VIH et de consentir à ce que les résultats en soient communiqués au travailleur atteint, sauf lorsque l'on sait déjà que le patient est infecté par le VIH. Les tests de détection en question doivent toujours être précédés et suivis d'un counselling pertinent. Les tests obligatoires sont injustifiés.

Cette politique concorde avec la politique de l'AMC sur le test du VIH à des fins diagnostiques. L'AMC affirme « qu'en raison des graves conséquences psychologiques, sociales et économiques que peuvent entraîner des résultats positifs au test de dépistage du VIH, les médecins doivent obtenir, sauf en de rares cas d'exception, le consentement éclairé du patient avant d'effectuer ce test. » L'AMC souligne également « la nécessité de respecter la confidentialité des patients infectés par le VIH et recommande par conséquent l'adoption et l'application de mesures juridiques et réglementaires de protection de cette confidentialité. »¹²²

La politique de l'AMC sur l'exposition professionnelle des travailleurs de la santé au VIH recommande également d'offrir aux travailleurs de la santé atteints des services de counselling et des tests volontaires de détection de l'anticorps du VIH et que les résultats demeurent confidentiels. Toutefois, le refus du patient ou du travailleur atteint de subir le test ne doit pas compromettre l'issue d'une demande d'indemnisation du travailleur. Il faut exhorter les commissions des accidents du travail à formuler et à mettre en œuvre des critères d'admissibilité à une telle indemnisation, tout en tenant compte des droits des patients et des travailleurs de refuser sans préjudice de se soumettre à des tests.

Enfin, il est affirmé dans la politique de l'AMC que « la meilleure façon de prévenir l'exposition au sang ou aux liquides organiques infectés par le VIH consiste à mettre en œuvre régulièrement les lignes directrices en vigueur sur la prévention de l'infection dans le cas de tous les patients. » Par conséquent, l'AMC recommande que

les établissements de santé et les travailleurs de la santé doivent suivre les lignes directrices en vigueur sur les précautions universelles et sur la prévention de l'infection dans la manipulation du sang et des liquides physiologiques [...] Il faut offrir à tous les travailleurs de la santé des programmes d'éducation sur la prévention de l'infection. Ces programmes doivent constituer une formation obligatoire en vue de l'obtention du permis d'exercice, ainsi qu'un élément important des programmes de formation continue.

L'AMC exhorte les organismes de financement « à évaluer les coûts des mesures de prévention de l'infection, comme l'utilisation de gants et de contenants de grande qualité pour les objets pointus, et à fournir des budgets supplémentaires pour couvrir ces coûts ».

Syndicat canadien de la fonction publique

Le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) représente des travailleurs dans le domaine des services de santé ou liés aux services de santé et qui risquent l'exposition professionnelle : ambulanciers, personnel d'entretien ménager, éboueurs, travailleurs de buanderie, préposés à la manipulation des matériaux, aides-infirmiers, et techniciens et technologues de laboratoire. Le SCFP n'appuie pas l'administration de tests obligatoires aux personnes source en cas d'exposition professionnelle à une maladie infectieuse.¹²³ Le SCFP a participé à la conférence de 1995 qui a établi des lignes directrices sur la notification de maladies infectieuses pour les intervenants d'urgence et il continue d'appuyer ces lignes directrices.¹²⁴

Le SCFP a adopté un énoncé de politique sur le VIH/sida; il a publié des feuillets d'information sur l'hépatite B, le VIH et le sida et les manières d'empêcher les blessures par piqûres d'aiguilles; il a élaboré une trousse d'information sur le VIH/sida en milieu de travail (cette trousse fait actuellement l'objet d'une mise à jour). La trousse d'information affirme le droit à la vie privée et l'importance de la confidentialité des renseignements médicaux qui s'appliquent aux employés. Elle affirme également le droit des employés à des conditions de travail sécuritaires et salubres et exige que « dans les occupations où l'exposition à du sang et à des liquides organiques est probable, les employeurs doivent mettre sur pied des programmes de lutte contre l'infection, y compris par la fourniture de vêtements et d'appareils nécessaires. » [trad.]¹²⁵

Le feuillet de renseignements sur la prévention des blessures par piqûres d'aiguilles traite de l'importance de mettre sur pied des contrôles techniques (par exemple, des contenants pour l'élimination des objets pointus et tranchants, des aiguilles qui comportent des caractéristiques de sécurité, ou des dispositifs sans aiguilles), de l'équipement de protection personnelle, une formation sur les agents pathogènes transmissibles par le sang et l'équipement, les pratiques de protection et la prise en charge de l'exposition. Il énonce également les droits fondamentaux de tous les travailleurs canadiens : le droit de connaître tous les dangers présents dans le milieu de travail; le droit de participer, par le comité mixte de santé et de

« La meilleure façon de prévenir l'exposition au sang ou aux liquides organiques infectés par le VIH consiste à mettre en œuvre régulièrement les lignes directrices en vigueur sur la prévention de l'infection dans le cas de tous les patients. »

« Dans les occupations où l'exposition au sang et aux liquides organiques est probable, les employeurs doivent mettre sur pied des programmes de lutte contre l'infection, y compris par la fourniture de vêtements et d'appareils nécessaires. »

sécurité, à la détection et à l'élimination quotidiennes des dangers au travail; et le droit de refuser de travailler dans des conditions que les travailleurs croient être dangereuses à leur santé et à leur sécurité, sans répercussions ou craintes de représailles.¹²⁶ Toutefois, le SCFP note que la législation provinciale peut empêcher les policiers, les pompiers, les agents des services correctionnels et les travailleurs de la santé d'exercer le droit de refuser de travailler si leur refus met en danger la vie, la santé ou la sécurité des personnes sous leur garde.¹²⁷

Association internationale des pompiers

L'Association internationale des pompiers (AIP) compte environ 17 000 membres au Canada, provenant de tous les territoires et provinces à l'exception du Québec. L'AIP a publié un feuillet d'information sur la prise en charge de l'exposition professionnelle aux maladies infectieuses et le projet de loi C-217.¹²⁸

L'AIP « appuie vigoureusement le droit du pompier de connaître le statut infectieux de la personne avec laquelle il entre en contact dans l'exercice de ses fonctions. » [trad.] Parce que l'état de santé des personnes avec lesquelles les pompiers entrent en contact n'est presque jamais connu, il faut absolument un mécanisme qui permet aux pompiers de savoir rapidement s'ils ont été exposés à une maladie infectieuse, pour que le traitement, s'il est disponible, puisse commencer dès que possible et pour calmer l'angoisse de ne pas savoir, qui touche le pompier et sa famille. Selon l'AIP, un protocole de notification des maladies infectieuses, comme celui qui a été établi par Santé Canada en 1995,¹²⁹ est une façon efficace de résoudre ces préoccupations. Toutefois, l'AIP veut que des mesures plus poussées soient prises en vertu du protocole. Premièrement, l'AIP demande que ce protocole soit mis en œuvre dans tous les ressorts au Canada, pour qu'il y ait un « système pan-canadien de protocole équivalent adopté par les provinces qui établisse un mécanisme par lequel l'état infectieux d'une personne puisse être évalué dans les cas où un échantillon de sang est disponible d'un établissement médical où lorsque l'intéressé fournit un échantillon de son plein gré. » [trad.] Actuellement, seuls la Colombie Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et l'Ontario ont adopté le protocole. Deuxièmement, l'AIP voudrait « modifier et renforcer [...] le protocole pour qu'il s'applique au scénario où l'on ne dispose d'aucun renseignement sur l'état sérologique et où l'intéressé refuse de fournir un échantillon. » [trad.] L'AIP ne précise pas quelles modifications seraient nécessaires ou comment elles pourraient être mises en œuvre.

L'AIP appuie l'administration de tests obligatoires aux personnes source qui n'acceptent pas de subir le test, mais recommande des modifications au projet de loi C-217 « pour qu'il tienne compte du protocole de [1995] sur la notification et qu'il s'appuie sur ce protocole. » [trad.] Premièrement, « tout processus pour l'obtention d'un mandat ne doit être entrepris que lorsque des renseignements sérologiques ne sont pas disponibles d'un établissement médical et que l'intéressé refuse de fournir un échantillon. » [trad.] Comme c'est le cas pour le protocole de 1995, « la demande de traitement du mandat pour l'obtention d'un échantillon de sang doit être initiée par l'employeur, par l'intermédiaire d'un officier désigné, et non par l'individu exposé. » [trad.] L'employeur doit assumer tous les coûts liés au traitement du mandat et de l'obtention de l'échantillon.

Deuxièmement, l'AIP préconise que l'on utilise le mot « exposition » tel que défini dans le protocole de 1995 – par la peau, par les muqueuses (les yeux, le nez ou la bouche) ou les aérosols, plutôt que le mot « contact ». L'AIP affirme également que la liste des maladies désignées dans le protocole de 1995 est plus appropriée que l'expression « virus désigné » définie par le projet de loi comme signifiant le VHB, le VHC et le VIH.

Enfin, l'AIP estime que le processus pour l'obtention d'un mandat et d'un échantillon de sang doit respecter les dispositions sur la confidentialité du protocole de 1995 :

En particulier, que l'état infectieux, tel que déterminé par un processus d'échantillonnage pour les maladies infectieuses désignées, ne puisse être donné qu'à

l'officier désigné qui doit à son tour le fournir à l'intervenant d'urgence exposé. L'information doit également être donnée à la personne de qui l'échantillon a été prélevé. Il n'y a aucune raison de donner ces renseignements à quiconque d'autre, y compris à l'agent de la paix qui a exécuté le mandat. Afin d'assurer l'exécution de celui-ci, l'agent de la paix doit seulement être informé du fait que l'échantillon d'infection [sic] a été prélevé. [trad.]

Association canadienne des policiers

L'Association canadienne des policiers (ACP) appuie l'administration de tests obligatoires aux personnes source qui ont pu exposer un policier, un pompier, un autre intervenant d'urgence ou un « bon Samaritain » à une maladie infectieuse. L'assemblée générale annuelle 2000 de l'ACP a adopté une résolution invitant le Parlement « à adopter une loi permettant aux policiers et aux intervenants d'urgence d'avoir accès à l'information relative à la vérification de la gravité de leur exposition aux maladies infectieuses » [trad.] et que l'ACP « appuie activement le projet de loi d'initiative parlementaire C-244. » [trad.]¹³⁰ L'ACP et un certain nombre de ses associations membres ont écrit des lettres d'appui au projet de loi C-244 et une délégation de l'ACP a comparu devant le Comité permanent de la Justice et des Droits de la personne, le 14 juin 2000, pendant les audiences sur le projet de loi C-244.¹³¹

L'ACP estime que les policiers, les pompiers, les intervenants d'urgence et les bons Samaritains « devraient avoir droit à des renseignements, de la protection et une tranquillité d'esprit raisonnables pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées relativement aux précautions à prendre et au traitement, pour se protéger et protéger leurs êtres chers. » [trad.]¹³² L'ACP croit que le projet de loi C-244 « pourrait être adapté pour satisfaire aux préoccupations des bons Samaritains et des intervenants d'urgence, tout en satisfaisant aux préoccupations relatives à la vie privée et à la sécurité découlant de protections accordées par la *Charte*. » [trad.]¹³³ Bien que l'ACP reconnaisse que le projet de loi dans sa forme actuelle ne soit pas parfait, elle ne dit pas ce qui pourrait être fait pour l'améliorer.¹³⁴

L'ACP croit que les piqûres d'aiguilles, les agressions et d'autres expositions placeront de plus en plus ses membres devant un risque de contracter des maladies infectieuses en raison de taux d'infection plus élevés que la moyenne nationale chez les populations avec lesquelles les policiers interagissent fréquemment, par exemple les utilisateurs de drogue par injection, les prostituées et les détenus. Bien que l'ACP reconnaisse l'importance des précautions universelles et des protocoles d'exposition, ces mesures, à son avis, ne règlent pas le problème. L'ACP croit que les policiers exposés ont besoin de plus de renseignements que ceux qui sont actuellement disponibles pour prendre des décisions médicales éclairées, éviter une prophylaxie post-exposition inutile, avec les effets secondaires et les événements indésirables qui y sont liés, et pour calmer l'anxiété.

L'ACP croit qu'une modification au *Code criminel* est un moyen approprié pour prévoir l'administration de tests obligatoires. Les policiers sont le plus souvent exposés à du sang et à des liquides organiques lorsqu'ils tentent d'arrêter ou de détenir quelqu'un et, dans ces situations, ils ont souvent le droit d'avoir recours à la force physique dans l'exercice de leurs fonctions. Par conséquent, selon l'ACP, lorsque les policiers sont exposés, il y aura généralement un lien clair avec le droit pénal. Une modification au *Code criminel* fournirait également une mesure qui serait applicable dans tous les ressorts, contrairement aux lois provinciales sur la santé publique ou la législation fédérale sur la santé.¹³⁵

L'Association canadienne des policiers (ACP) appuie l'administration de tests obligatoires aux personnes source qui ont pu exposer un policier, un pompier, un autre intervenant d'urgence ou un « bon Samaritain » à une maladie infectieuse.

Prévention et prise en charge améliorées de l'exposition professionnelle

Un programme d'ensemble pour la prise en charge de l'exposition professionnelle aux maladies infectieuses devrait comprendre :¹³⁶

Les programmes pré-exposition sont des éléments essentiels pour la prévention des expositions professionnelles et la capacité de réagir en cas d'exposition.

- 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 (p. ex., un agent désigné qui évalue l'exposition et qui sert d'intermédiaire avec les responsables de la santé publique);

- un programme pré-exposition;
- un programme post-exposition; et
- un partenariat avec les responsables de la santé publique.

Les programmes pré-exposition sont des éléments essentiels pour la prévention des expositions professionnelles et la capacité de réagir en cas d'exposition. Ces programmes doivent comprendre les éléments suivants :

- les normes, l'enseignement et la formation liés 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.

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 post-exposition immédiates (premiers soins, désinfection, déclaration et renvoi), 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 l'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, le personnel et les systèmes en cause dans les mesures prises à la suite d'expositions.

Des études de recherche et des rapports anecdotiques indiquent que la prévention et la prise en charge de l'exposition professionnelle peuvent être améliorées, à la fois dans les contextes de soins de santé et dans les contextes de fonction publique. 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 :

- Une étude de cinq hôpitaux montréalais réalisée en 1992 a révélé que plusieurs travailleurs de la santé remettaient encore les embouts des aiguilles ou laissaient encore les aiguilles en vrac. Cette pratique dangereuse était la cause de la plupart des blessures. Plus de six pour cent des expositions étaient liées à l'élimination d'aiguilles dans des contenants pour objets pointus et tranchants.¹³⁷
- Une enquête auprès de dentistes canadiens, réalisée en 1995, a révélé que ceux qui avaient subi des expositions percutanées étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir utilisé des contenants imperforables pour l'élimination des objets pointus et tranchants et d'avoir respecté les protocoles post-exposition. L'enquête a également révélé que ceux qui avaient subi des expositions cutanéomuqueuses étaient beaucoup moins susceptibles d'avoir porté des protecteurs oculaires ou des masques.¹³⁸

La prévention et la prise en charge de l'exposition professionnelle peuvent être améliorées, à la fois dans les contextes de soins de santé et dans les contextes de fonction publique.

- Une étude sur sept ans auprès d'étudiants en médecine de l'University of California in San Francisco a révélé que les étudiants ne déclaraient pas toutes les expositions et que le taux de tests de suivi chez les étudiants exposés était faible. Les auteurs affirment que « le fait que les expositions continuent d'être sous-déclarées peut être davantage attribuable aux modèles de comportement parmi le corps enseignant et le personnel de l'établissement qu'au système fourni pour l'éducation et le counselling. Les étudiants déclarent qu'on les dissuade de quitter le bloc opératoire après un accident autrement que pour se relaver les mains et changer de gants. Ils déclarent aussi qu'on les laisse faire des interventions sur des patients très malades à la salle d'urgence, où ils sont les professionnels les moins bien formés » [trad.]. Lorsque les expositions ne sont pas déclarées rapidement, le travailleur de la santé est privé de l'évaluation du risque, de soins médicaux, de counselling et de suivi, et l'établissement est privé de renseignements qui pourraient permettre d'identifier des activités à risque élevé et d'améliorer la prévention.¹³⁹
- Une étude sur les blessures par piqûre d'aiguille au service de police de San Diego, réalisée en 1996, a révélé un taux de blessures plus élevé au cours des cinq premières années de travail policier. Presque deux tiers de ceux qui avaient subi une piqûre d'aiguille accidentelle avaient subi leur première blessure au cours de leurs cinq premières années de service. Seulement 40% des personnes qui avaient subi une telle blessure avaient demandé des soins médicaux au moment de la blessure.¹⁴⁰
- Une enquête réalisée en 1998 auprès de 38 hôpitaux d'enseignement à Londres a révélé plusieurs déficiences dans l'administration des lignes directrices du ministère de la Santé sur la prophylaxie post-exposition en cas d'exposition professionnelle au VIH chez les travailleurs de la santé. Les infirmières en santé du travail qui avaient fait l'évaluation initiale ne connaissaient pas les médicaments utilisés dans les trousseaux de démarrage des prophylaxies post-exposition; les travailleurs atteints étaient tenus de se rendre à un autre hôpital pour l'évaluation et la prophylaxie; et les jeunes médecins de garde (particulièrement la nuit) ne savaient pas qui contacter en cas de blessure.¹⁴¹
- Une étude récente réalisée par le Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique portant sur le programme de prophylaxie post-exposition au VIH de cette province a révélé que 30% des personnes qui avaient reçu trois médicaments n'auraient pas dû les recevoir, que 30% des personnes qui avaient reçu deux médicaments n'auraient pas dû les recevoir et que 50% des personnes qui avaient reçu une prophylaxie post-exposition n'auraient pas dû la recevoir. Le coût réel du programme avait été d'environ 540 000 \$. Si les médicaments avaient été administrés conformément aux lignes directrices en vigueur, le coût prévu aurait été inférieur de 240 000 \$ à 300 000 \$ environ au coût réel.¹⁴² Dans une étude connexe, le Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique a conclu que la probabilité de recevoir une prophylaxie post-exposition au VIH sous forme de trois médicaments ne correspondait pas aux chiffres auxquels on s'attendrait selon les lignes directrices en vigueur.¹⁴³ Les auteurs affirment qu'il faut éduquer davantage les travailleurs de la santé, particulièrement dans les régions rurales, pour s'assurer que les questions liées à la transmission du VIH, aux risques et aux avantages de la prophylaxie post-exposition et au contenu des lignes directrices relatives à la prophylaxie post-exposition soient mieux comprises. [trad.]¹⁴⁴

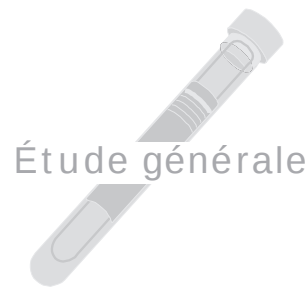
Des rapports anecdotiques identifient plusieurs facteurs qui contribuent aux expositions professionnelles, particulièrement les piqûres d'aiguilles, dans des milieux de soins : procédures dangereuses en remettant les embouts sur les aiguilles ou en plaçant les aiguilles dans des contenants d'objets tranchants ou pointus; des contenants d'objets tranchants ou pointus qui

ne sont pas facilement accessibles en toute sécurité au point de service; des aiguilles laissées dans la literie ou sur des surfaces; une formation inadéquate en pratiques sûres, surtout chez les étudiants; la fatigue attribuable à de longs quarts de travail et le burnout; un contexte et un système organisationnels qui n'encouragent pas et qui ne favorisent pas la sécurité du travail; et un manque d'estime de soi sur le plan personnel ou professionnel.¹⁴⁵

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. Elle implique également la prise en compte de facteurs professionnels (p. ex. un manque de personnel, de longs quarts de travail, la fatigue professionnelle) qui contribuent au risque d'exposition professionnelle. 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 dans les mesures d'ingénierie et les pratiques de routine.

Santé Canada a fait une série de recommandations sur la réduction des risques d'exposition professionnelle aux infections transmissibles par le sang dans le milieu de travail.¹⁴⁶ Elles comprennent des recommandations sur la réduction des risques dans le 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 et l'amélioration 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 aiguilles. 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. En novembre 2000, la *Needlestick Safety and Prevention Act* (loi fédérale sur la sécurité et la prévention en matière de piqûres d'aiguilles) a été édictée aux États-Unis. Cette nouvelle loi oblige les établissements de santé régis par la Occupational Safety and Health Administration (commission de santé et sécurité du travail) des États-Unis à utiliser des appareils médicaux plus sûrs. En particulier, la loi oblige les employeurs de travailleurs de la santé à fournir des appareils tranchants ou pointus munis de dispositifs de sécurité et des systèmes sans aiguilles; elle étend la définition de « mesures d'ingénierie » (*engineering controls*) pour comprendre les appareils munis de protection d'ingénierie contre les blessures par des objets tranchants ou pointus; elle exige que les plans de lutte contre l'exposition (lesquels doivent être examinés et mis à jour annuellement) documentent l'examen et l'implantation d'appareils médicaux plus sûrs conçus pour éliminer ou minimiser l'exposition professionnelle; elle oblige chaque établissement de santé à tenir un journal des blessures causées par des objets tranchants ou coupants, avec des renseignements détaillés sur les blessures percutanées; elle oblige les employeurs à demander des commentaires de travailleurs de la santé non cadres lorsqu'il s'agit d'identifier, d'évaluer et de choisir des appareils munis de protection d'ingénierie contre les blessures par des objets tranchants ou pointus et de documenter cette démarche dans le plan de lutte contre l'exposition.¹⁴⁷ Dix-sept États américains ont adopté de la législation semblable.¹⁴⁸



Encourager le consentement volontaire à subir un test

Comme nous l'avons déjà noté, la plupart des personnes source consentent à subir un test et à divulguer les résultats au travailleur exposé.¹⁴⁹ Un certain nombre de mesures pourraient être prises pour encourager ce consentement.

Premièrement, la personne source doit être approchée par un professionnel de la santé qualifié qui n'avait rien à voir avec l'exposition et qui ne fournit pas de soins à la personne source ou au travailleur exposé. Même si cette pratique devrait être la norme dans toutes les situations, elle peut être particulièrement importante lorsque l'exposition professionnelle est le résultat d'un conflit, comme lors d'une arrestation ou une contention par la police. Il se peut que la personne source fasse davantage confiance au professionnel qualifié, surtout s'il aborde la question avec sensibilité et délicatesse.¹⁵⁰

La plupart des personnes source consentent à subir un test et à divulguer les résultats au travailleur exposé. Un certain nombre de mesures pourraient être prises pour encourager ce consentement.

Deuxièmement, l'approche doit être faite dans un contexte qui protège la vie privée et la confidentialité. Comme nous l'avons noté ci-dessus, une étude récente réalisée en Ontario a révélé que les personnes qui subissaient des tests pour le VIH valorisaient unanimement la confidentialité et préféraient l'anonymat, mais qu'en fait, ce n'est pas ce qu'elles avaient connu.¹⁵¹

Troisièmement, la personne qui fait l'approche doit s'abstenir de porter un jugement ou d'être agressive, et elle doit être adroite, informée et informative. La personne doit reconnaître les besoins de la personne source et faire participer cette dernière aux prises de décisions. La personne doit être en mesure de répondre à des questions précises et donner à la personne source l'occasion de faire part de ses préoccupations, et l'aider à calmer son anxiété à l'égard du test. Telles sont les qualités auxquelles s'attendent les personnes qui vont subir le test du VIH de la part de l'administrateur du test.¹⁵²

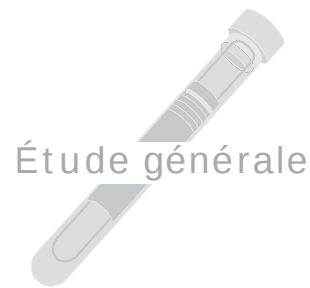
Quatrièmement, la personne source doit avoir le droit de refuser d'être informée des résultats des tests. Si la législation sanitaire prescrit que dans le cas d'un résultat positif, les

partenaires sexuels ou d'injection de la personne source doivent être informés du fait qu'ils ont pu avoir été exposés à une maladie infectieuse, la personne source doit en être informée avant de décider de subir le test.¹⁵³

Cinquièmement, la réquisition pour le test et la consignation du résultat doivent être faites de manière à ne pas divulguer l'identité de la personne source (p. ex. par un identificateur non nominatif). Il ressort de nombreuses études que la disponibilité de protections de l'identité (comme celles qu'offrent les tests anonymes) encourage les gens à subir un test de leur plein gré, particulièrement ceux qui ont le plus grand risque de contracter l'infection à VIH.¹⁵⁴

Sixièmement, les règlements, les politiques et les protocoles doivent énoncer expressément qui aura des renseignements sur la personne source, le test et le résultat du test, et quels renseignements ils auront. Les règlements, les politiques et les protocoles doivent également énoncer expressément les obligations de confidentialité qui incombent aux personnes qui reçoivent les renseignements et stipuler des sanctions en cas de bris de confidentialité. Bien qu'il soit possible que de telles dispositions ne soient, en pratique, que de peu d'utilité pour la personne source en cas de bris, elles établissent néanmoins un fondement à un recours éventuel contre quiconque viole la confidentialité.

Septièmement, on pourrait prévoir la destruction de tout dossier dans lequel seraient consignés les résultats du test, pour que la personne source sache avec certitude que les résultats ne pourront pas être utilisés dans d'autres contextes comme l'embauche, l'assurance, l'invalidité, etc.



Discussion

Les travailleurs exposés au VHB, au VHC ou au VIH doivent composer avec les conséquences de l'exposition, lesquelles sont considérables. Ces conséquences comprennent l'anxiété et le stress qui découlent de l'incertitude quant à leur infection, l'impact sur leurs vies privées, des mesures à prendre pour empêcher une nouvelle transmission, et (dans le cas du VIH) les effets secondaires et les risques liés à la prophylaxie post-exposition.

Des renseignements sur l'état sérologique (les résultats de tests pour détecter l'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 peuvent contribuer aux décisions relatives à la prévention de la transmission subséquente, à la prophylaxie post-exposition, aux tests et au suivi pour le travailleur exposé. (La prophylaxie post-exposition n'existe que pour le VHB et le VIH, et non pour le VHC.)

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 prophylaxie post-exposition (si elle est disponible). Il s'agit là d'un avantage important dans le cas d'une exposition au VIH, car bien qu'il existe une prophylaxie post-exposition et qu'elle soit efficace dans la prévention de l'infection, elle est également accompagnée d'effets secondaires débilissants et d'autres risques. Les effets secondaires sont l'une des principales raisons pour lesquelles des travailleurs exposés ne complètent pas la prophylaxie post-exposition pour le VIH.

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 la 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.

Parce que la prophylaxie post-exposition 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 prophylaxie post-exposition.

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.

À quel point, donc, le test obligatoire est-il nécessaire, réalisable et approprié?

La plupart des personnes source acceptent de subir des tests et permettent la communication des renseignements pertinents au travailleur exposé lorsqu'on les approche avec délicatesse et lorsqu'on leur explique l'importance des renseignements. Ceci a été démontré par des études réalisées dans des contextes de soins et d'autres contextes (p. ex. avec les policiers).

Une procédure de test obligatoire qui impliquerait l'obtention d'un mandat judiciaire ne produirait probablement pas des renseignements à temps pour prendre des décisions en vue d'entreprendre une prophylaxie post-exposition. 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.

L'administration de tests obligatoires à la personne source et la divulgation des résultats de test porteraient atteinte à l'autonomie personnelle de l'intéressé. 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 personne contrainte à un test subit des atteintes à son intégrité physique et psychologique, une atteinte à sa vie privée et une violation de la confidentialité.

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.

La plupart des expositions professionnelles aux agents pathogènes transmissibles par le sang ne résultent pas d'actes délibérés et sont pas liées à des activités criminelles soupçonnées ou avérées. Il n'est donc pas opportun d'avoir recours au *Code criminel* pour contraindre les personnes source à subir des tests dans ces situations. Si, pour intervenir face à des expositions professionnelles qui résultent d'actes délibérés ou qui sont liées à une activité criminelle soupçonnée ou prouvée, une exception est faite au consensus éthique et juridique actuel concernant le droit de quelqu'un de donner son consentement éclairé et volontaire à

À quel point le test obligatoire est-il nécessaire, réalisable et approprié?

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.

des interventions médicales, l'exception doit être fondée sur des arguments précis d'ordre médical, éthique et juridique justifiant l'exception. En outre, l'exception doit être rigoureusement circonscrite pour empêcher que ne soient causés des torts inutiles et indus aux personnes qui peuvent être contraintes de subir des tests ou qui sont susceptibles de l'être.

On peut faire davantage pour empêcher l'exposition professionnelle accidentelle, pour soutenir les travailleurs et pour obtenir le consentement volontaire des personnes source sans avoir recours à l'administration de tests obligatoires aux personnes source.

On peut faire davantage pour empêcher l'exposition professionnelle accidentelle, pour soutenir les travailleurs et pour obtenir le consentement volontaire des personnes source sans avoir recours à l'administration de tests obligatoires aux personnes source. Des études réalisées au Canada, aux États-Unis et en Europe indiquent l'existence de pratiques dangereuses dans l'élimination des aiguilles, le défaut de prendre des précautions de base, les taux continus de blessures, les retards dans l'administration de la prophylaxie post-exposition et un manque de compétence dans l'évaluation des expositions et la recommandation de la prophylaxie post-exposition. Des améliorations pourraient être apportées par :

- la mise en œuvre des lignes directrices et des protocoles en vigueur sur la prévention et la prise en charge des expositions professionnelles aux maladies infectieuses;
- la prestation annuelle d'enseignement et de formation des travailleurs sur les maladies infectieuses, les mesures de protection d'ingénierie et d'autres mesures;
- l'introduction de mesures de protection d'ingénierie comme les systèmes sans aiguille, les aiguilles munies de caractéristiques de sécurité, les gants de latex de haute qualité et les gants imperforables;
- la désignation et la formation de personnel chargé de réagir aux expositions professionnelles, de fournir du counselling aux travailleurs et d'agir comme agents de liaison avec les personnes source;
- le renforcement du counselling, du soutien et du suivi post-exposition donnés aux travailleurs exposés, à leurs collègues de travail (s'il y a lieu) et à leurs familles;
- la mise en œuvre de programmes en milieu de travail pour corriger les idées fausses et réduire la stigmatisation liées aux maladies infectieuses;
- l'amélioration de la formation et du soutien d'experts aux travailleurs de la santé chargés d'administrer la prophylaxie post-exposition pour s'assurer qu'elle n'est prescrite que conformément aux lignes directrices en vigueur; et
- l'introduction de dispositions pour protéger la vie privée et la confidentialité des personnes source, comme la réquisition et la consignation non nominatives des résultats de tests, la destruction des dossiers liés au test, et des règlements, politiques et protocoles concernant la confidentialité des résultats de tests.



Étude générale

Notes

- ¹ Communication personnelle, docteur J. Williams, directeur de la déontologie, Association médicale canadienne, 20 avril 2000.
- ² 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 à la p. 3. Voir également 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 23S3); 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; J.L. Gerberding, « Management of occupational exposures to blood-borne viruses », *New England Journal of Medicine*, 1995, 332(7) : 444-451.
- ³ Santé Canada, La prévention des infections transmissibles par le sang, *supra*, note 2.
- ⁴ Santé Canada, Un protocole intégré, *supra*, note 2, à la p. 3.
- ⁵ *Ibid.* Voir également Gerberding, *supra*, note 2.
- ⁶ Centers for Disease Control and Prevention, *Exposure to Blood: What Health-Care Workers Need to Know*, 1999, disponible à www.cdc.gov/ncidod/hip/blood/hiv.htm.
- ⁷ D.M. Cardo 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 à la p. 1487; un rapport antérieur de cette étude a été publié 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.
- ⁸ Centers for Disease Control and Prevention, Public health service guidelines, *supra*, note 2 à la p. 4.
- ⁹ Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, *Therapeutic Guidelines*, Section 7: Management of Accidental Exposure to HIV, Appendix S7-2a, disponible à <http://cfeweb.hivnet.ubc.ca/guide>.
- ¹⁰ Communication personnelle, docteur A. McLeod, 22 mai 2001.
- ¹¹ Centers for Disease Control and Prevention, Exposure to Blood, *supra*, note 6; pour diverses estimations du taux de transmission du VHB, voir Santé Canada, La prévention des infections transmissibles par le sang, *supra*, note 2; PHLS AIDS and STD Centre at the Communicable Disease Surveillance Centre & Collaborators, *Occupational Transmission of HIV: Summary of Published Reports*, décembre 1999, disponible à www.phls.co.uk/facts/HIV/hivoct99.pdf.
- ¹² Centers for Disease Control and Prevention, Exposure to Blood, *supra*, note 6; 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, à la p. 7.
- ¹³ Centers for Disease Control and Prevention, Exposure to Blood, *supra*, note 6; voir également Centers for Disease Control and Prevention, Public health service guidelines, *supra*, note 2, aux p. 3-4.
- ¹⁴ P. Robillard et coll., « Trends in blood and body fluid (BBF) exposures in acute care hospitals (ACHs) », National HIV Prevention Conference 1999 (abrégé 174).
- ¹⁵ P. Robillard et coll., « Follow-up of health care workers (HCWs) and prophylaxis after an occupational exposure to HIV: a no show », Conférence internationale sur le sida, 1998, 12 : 627 (abrégé 33177); pour des données plus récentes sur certaines de ces

statistiques, voir O. Lamy, « Tout ce que vous voulez savoir sur les expositions professionnelles au VIH », *L'Infirmière du Québec*, 1999, 7(2) : 28-32, à la p. 29.

¹⁶ S. Onno, exposé oral à la 9^e Conférence annuelle de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie, 2001.

¹⁷ Information disponible à www.cdc.gov/ncidod/hip/SURVEILL/nash.htm.

¹⁸ Information disponible à www.med.virginia.edu/epinet.

¹⁹ A.J. Roome 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.

²⁰ R.E. Hoffman et coll., « Occupational exposure to human immunodeficiency virus (HIV)-infected blood in Denver, Colorado, police officers », *American Journal of Epidemiology*, 1994, 139(9) : 910-917.

²¹ PHLS AIDS and STD Centre at the Communicable Disease Surveillance Centre & Collaborators, *supra*, note 11.

²² Santé Canada, La prévention des infections transmissibles par le sang, *supra*, note 2.

²³ Éditorial sur le Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, « Les protocoles protègent contre l'acquisition de l'infection à VIH – mais encore faut-il les appliquer », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1996, 22(7) : 54-59.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Centers for Disease Control and Prevention, *HIV/AIDS Surveillance Report* 2000, 12(1), tableau 17, disponible à www.cdc.gov/hiv/stats.

²⁶ PHLS AIDS and STD Centre at the Communicable Disease Surveillance Centre & Collaborators, *supra*, note 11.

²⁷ 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, disponible à www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/dpg_e.html#infection.

²⁸ 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.

²⁹ Santé Canada, Un protocole intégré, *supra*, note 2 à la p. 1.

³⁰ 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; 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; ministère de la Santé de l'Ontario, *Preventing and Assessing Occupational Exposures to Selected Communicable Diseases: An Information Manual for Designated Officers*, novembre 1994.

³¹ Centers for Disease Control and Prevention, Public health service guidelines, *supra*, note 2; UK Health Departments, *HIV Post-Exposure Prophylaxis: Guidance from the UK Chief Medical Officers' Expert Advisory Group on AIDS*, juillet 2000; Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, *Therapeutic Guidelines*, *supra*, note 9.

³² Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, *Therapeutic Guidelines*, *supra*, note 9.

³³ Santé Canada, Lignes directrices nationales concertées, *supra*, note 27.

³⁴ Santé Canada, Un protocole intégré, *supra*, note 2 à la p. 3.

³⁵ Centers for Disease Control and Prevention, Public health service guidelines, *supra*, note 2 à la p. 16; UK Health Departments, *supra*, note 31 aux p. 8-9.

³⁶ A. Watson, *Occupational exposure to HIV, Issue Brief*, Health Policy Tracking Service, National Conference of State Legislatures, mars 2000, disponible à <http://stateserv.hpts.org>.

³⁷ Pour plus de détails, voir Santé Canada, Un protocole intégré, *supra*, note 2.

³⁸ Centers for Disease Control and Prevention, « Immunization of health-care workers: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1997, 46 (RR-18) : 1-42, aux p. 22-23.

³⁹ *Ibid.*, aux p. 15-16.

⁴⁰ Centers for Disease Control and Prevention, Public health service guidelines, *supra*, note 2, aux p. 8-9; Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, *Therapeutic Guidelines*, *supra*, note 9; V. Puro, « Post-exposure prophylaxis for HIV infection », *Lancet*, 2000, 355 (9214) : 1556-1557; P. Braitstein et coll., « Side effects associated with post-exposure prophylaxis in a population-based setting », 10^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida 2001 (abrégié 271P), *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 (Suppl B), 46B.

⁴¹ Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, *Therapeutic Guidelines*, *supra*, note 9 (voir les lignes directrices pour les détails); Centers for Disease Control and Prevention, Public health service guidelines, *supra*, note 2, aux p. 13-16.

⁴² Communication personnelle, docteur A. McLeod, 22 mai 2001.

⁴³ Cardo et coll., *supra*, note 7 à la p. 1488.

⁴⁴ Pour un résumé des ouvrages sur cette question, voir D.K. Henderson, « HIV postexposure prophylaxis in the 21st century », *Emerging Infectious Diseases*, 2001, 7(2) : 254-258, à la p. 255, disponible à www.cdc.gov/ncidod/eid.

⁴⁵ Santé Canada, Un protocole intégré, *supra*, note 2, à la p. 11.

- ⁴⁶ Centers for Disease Control and Prevention, Public health service guidelines, *supra*, note 2 à la p. 18; Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, Therapeutic Guidelines, *supra*, note 9.
- ⁴⁷ C.C. Tsai et coll., « Effectiveness of postinoculation (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl) adenine treatment for prevention of persistent simian immunodeficiency virus SIV_{mne} infection depends critically on timing of initiation and duration of treatment », *Journal of Virology* 1998, 72(5) : 4265-4273; R.A. Otten et coll., « Efficacy of postexposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human-derived retrovirus (human immunodeficiency virus type 2) », *Journal of Virology* 2000, 74(20) : 9771-9775.
- ⁴⁸ Tsai et coll., *supra*, note 47.
- ⁴⁹ D. Böttinger et coll., « Prevention of simian immunodeficiency virus, SIV, or HIV-2 infection in cynomolgus monkeys by pre- and post-exposure administration of BEA-005 », *AIDS*, 1997, 11 : 157-162; D.K. Henderson, *supra*, note 44 à la p. 255.
- ⁵⁰ Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, Therapeutic Guidelines, *supra*, note 9.
- ⁵¹ Centers for Disease Control and Prevention, Public health service guidelines, *supra*, note 2, aux p. 11-12.
- ⁵² D. Boxwell et coll., « Serious adverse events attributed to nevirapine regimens for postexposure prophylaxis after HIV exposures – worldwide, 1997-2000 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2001, 49 (51 & 52) : 1153-1156; P.D. Benn et coll., « Prophylaxis with a nevirapine-containing triple regimen after exposure to HIV-1 », *Lancet*, 2001, 357 (9257) : 687-688.
- ⁵³ D.M. Bell, J.L. Gerberding, « Human immunodeficiency virus postexposure management of healthcare workers: report of a workshop », *American Journal of Medicine*, 1997, 102(5B) : 103 à la p. 2; Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, Therapeutic Guidelines, *supra*, note 9.
- ⁵⁴ *Supra*, note 42.
- ⁵⁵ Pour les principes de base sur cette question, voir Henderson, *supra*, note 44, à la p. 256.
- ⁵⁶ Centers for Disease Control and Prevention, Public health service guidelines, *supra*, note 2, aux p. 10-11 et 21.
- ⁵⁷ Centers for Disease Control and Prevention, Glaxo Wellcome Inc. et Merck & Co., Inc., *HIV Postexposure Prophylaxis Registry: Final Report*, mars 1999; S.A. Wang 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.
- ⁵⁸ A. Laporte et coll., « Impact of recommendations on prescription of prophylaxis following non-occupational exposure to HIV in France », 8^e conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, 2001 (abrégé 264).
- ⁵⁹ *Supra*, note 42.
- ⁶⁰ Centers for Disease Control and Prevention, Glaxo Wellcome Inc., et Merck & Co., Inc., *supra*, note 57; S.A. Wang et coll., *supra*, note 57; V. Puro et G. Ippolito, « Antiretroviral post-exposure prophylaxis », 6^e conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes 1999 (abrégé 212); A. Beardsell et coll., « Utilization and adherence of a population-based post-exposure prophylaxis program », 6^e conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes 1999 (abrégé 214).
- ⁶¹ Centers for Disease Control and Prevention, Glaxo Wellcome Inc., et Merck & Co., Inc., *supra*, note 57.
- ⁶² PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, « Surveillance of health care workers exposed to bloodborne viruses at work: July 1997 to June 2000 », *Communicable Disease Report Weekly*, 2000, 10(33) : 293.
- ⁶³ PHLS AIDS and STD Centre at the Communicable Disease Surveillance Centre & Collaborators, *supra*, note 11.
- ⁶⁴ E.M. Jochimsen et coll., « Investigations of possible failures of postexposure prophylaxis following occupational exposures to human immunodeficiency virus », *Archives of Internal Medicine*, 1999, 159(19) : 2361-2363.
- ⁶⁵ Santé Canada, Un protocole intégré, *supra*, note 2, à la p. 8; Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, Therapeutic Guidelines, *supra*, note 9.
- ⁶⁶ Santé Canada, Un protocole intégré, *supra*, note 2, à la p. 8.
- ⁶⁷ Santé Canada, « Prévention et lutte contre l'hépatite C : Lignes directrices et recommandations », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1995, 21 (Suppl 21S2) : 2, 9-10; Centers for Disease Control and Prevention, Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus, *supra*, note 12, à la p. 29; M.E. Ramsay, « Guidance on the investigation and management of occupational exposure to hepatitis C », *Communicable Disease and Public Health*, 1999, 2 : 258-262 à la p. 261.
- ⁶⁸ Santé Canada, Prévention et lutte contre l'hépatite C, *supra*, note 67, à la p. 2, 10; Centers for Disease Control and Prevention, Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus, *supra*, note 12, à la p. 29; Ramsay, *supra*, note 67, à la p. 261.
- ⁶⁹ Santé Canada, Un protocole intégré, *supra*, note 2, à la p. 8; Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, Therapeutic Guidelines, *supra*, note 9.
- ⁷⁰ Pour plus de détails, voir Santé Canada, Un protocole intégré, *supra*, note 2, à la p. 5.
- ⁷¹ Lamy, *supra*, note 15.
- ⁷² H. Morin et coll., « L'exposition accidentelle au sang et aux liquides biologiques », 9^e conférence annuelle de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie, 2001.
- ⁷³ Santé Canada, Un protocole intégré, *supra*, note 2, à la p. 8.
- ⁷⁴ Santé Canada, La prévention des infections transmissibles par le sang, *supra*, note 2, citant Comité consultatif national sur l'immunisation, « Déclaration sur le vaccin contre l'hépatite B », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1993, 19 : 104-115; Gerberding, *supra*, note 2, à la p. 444.

- ⁷⁵ M.P. Busch, S.H. Kleinman, « 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, aux p. 143-146.
- ⁷⁶ Centers for Disease Control and Prevention, Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus, *supra*, note 12 à la p. 12; Centers for Disease Control and Prevention, Public health service guidelines, *supra*, note 2 aux p. 18-19; C.A. Ciesielski, R.P. Metler, « Duration of time between exposure and seroconversion in healthcare workers with occupationally acquired infection with human immunodeficiency virus », *The American Journal of Medicine* 1997, 102 (5B) : 115-116; M.P. Busch, G.A. Satten, « Time course of viremia and antibody seroconversion following human immunodeficiency virus exposure », *American Journal of Medicine*, 1997, 102 (5B) : 117-124.
- ⁷⁷ Santé Canada, Un protocole intégré, *supra*, note 2, à la p. 5; Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, Therapeutic Guidelines, *supra*, note 9.
- ⁷⁸ Santé Canada, Prévention et lutte contre l'hépatite C, *supra*, note 67, à la p. 14; Centers for Disease Control and Prevention, Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus, *supra*, note 12 à la p. 10; Centers for Disease Control and Prevention, Public health service guidelines, *supra*, note 2, à la p. 19; Centers for Disease Control and Prevention, Immunization of health-care workers, *supra*, note 38, à la p. 15; Centers for Disease Control and Prevention, Revised Guidelines for HIV Counselling, Testing, and Referral (Draft), 17 octobre 2000, disponible à www.cdc.gov/hiv/frn/hivctr.pdf, à la p. 51.
- ⁷⁹ Centers for Disease Control and Prevention, Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus, *supra*, note 12, p. 10; Centers for Disease Control and Prevention, Immunization of health-care workers, *supra*, note 38, p. 15.
- ⁸⁰ Santé Canada, Prévention et lutte contre l'hépatite C, *supra*, note 67, p. 15-16.
- ⁸¹ Centers for Disease Control and Prevention, Public health service guidelines, *supra*, note 2, à la p. 16.
- ⁸² Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, Protocols help protect against getting HIV, *supra*, note 23, à la p. 54.
- ⁸³ E.S. Daar et coll., « Diagnosis of primary HIV-1 infection », *Annals of Internal Medicine*, 134(1) : 25-29.
- ⁸⁴ Busch & Satten, *supra*, note 76, à la p. 123.
- ⁸⁵ 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, à la p. 51; Centers for Disease Control and Prevention, Revised Guidelines for HIV Counselling, *supra*, note 78, à la p. 57.
- ⁸⁶ Voir, p. ex. Santé Manitoba, Integrated Post-Exposure Protocol: Guidelines for Managing Exposures to Blood/Body Fluids; Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, Therapeutic Guidelines, *supra*, note 9.
- ⁸⁷ 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, à la p. 51.
- ⁸⁸ Centers for Disease Control and Prevention, Public health service guidelines, *supra*, note 2, à la p. 16.
- ⁸⁹ Santé Canada, Un protocole intégré, *supra*, note 2, à la p. 6.
- ⁹⁰ *Ibid.*
- ⁹¹ *Ibid.*
- ⁹² R. Elliott, R. Jürgens, *Dépistage rapide du VIH aux points de services : Questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2000, p. 38-39.
- ⁹³ Santé Canada, Un protocole intégré, *supra*, note 2, à la p. 7.
- ⁹⁴ A. Beardsell et coll., *supra*, note 60.
- ⁹⁵ Centers for Disease Control and Prevention, Glaxo Wellcome Inc., et Merck & Co., Inc., *supra*, note 57, à la p. 1.
- ⁹⁶ Centers for Disease Control and Prevention, Public health service guidelines, *supra*, note 2, à la p. 13.
- ⁹⁷ *Ibid.*, à la p. 21.
- ⁹⁸ Voir, p. ex. UK Health Departments, *supra*, note 31, à la p. 8.
- ⁹⁹ L. Solomon 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, à la p. 431.
- ¹⁰⁰ Onno, *supra*, note 16.
- ¹⁰¹ Hoffman et coll., *supra*, note 20, à la p. 912.
- ¹⁰² Voir, p. ex. T.L. Beauchamp et J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 4^e édition, New York, Oxford University Press, 1994, aux p. 142-146, 406-412 et 418-424.
- ¹⁰³ T. Myers 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, aux p. 30-32. [Sommaire en français : Myers, T., Haubrich, D., « Étude sur le vécu du test », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(4) : 29-32.]
- ¹⁰⁴ R. Elliott, « Un député réformiste propose le test obligatoire », *Bulletin canadien VIH/sida et droit* 2000, 5(2/3) : 24-27, à la p. 26, citant *Reibl c. Hughes*, [1980] 2 R.C.S. 880; *Hopp c. Lepp*, [1980] 2 R.C.S. 192; *Ciarllo c. Schachter*, [1993] 2 R.C.S. 119; *Malette c. Shulman* (1990), 37 O.A.C. 281 (C.A.); *Fleming c. Reid* (1991), 82 D.L.R. (4th) 298 (C.A. Ont.); *Videto c. Kennedy* (1981), 33 O.R. (2d) 497 (C.A.).
- ¹⁰⁵ Pour le texte qui suit, voir Elliott, *ibid.*, aux p. 26-27.

- ¹⁰⁶ *Hunter c. Southam*, [1984] 2 R.C.S. 145, à la p. 160.
- ¹⁰⁷ *R. c. Dymont*, [1988] 2 R.C.S. 417 aux p. 431-432.
- ¹⁰⁸ *R. c. Duarte*, [1990] 1 R.C.S. 30 à la p. 46. Voir également *R. c. Plant* (1993), 84 C.C.C. (3d) 203 (C.S.C.).
- ¹⁰⁹ Pour le texte qui suit, voir Elliott, « Un député réformiste propose le test obligatoire », *supra*, note 104, aux p. 26-27.
- ¹¹⁰ R. Elliott, déclaration faite au Comité permanent de la Justice et des Droits de la personne, 14 juin 2000.
- ¹¹¹ Elliott, « Un député réformiste propose le test obligatoire », *supra*, note 104 à la p. 27.
- ¹¹² *Ibid.*, à la p. 26.
- ¹¹³ *Ibid.*, à la p. 27.
- ¹¹⁴ Myers et coll., *supra*, note 103, aux p. 49-53.
- ¹¹⁵ J. Storch, « Exposure to body fluids », *Canadian Nurse*, 2000; 96(6) : 35-36, à la p. 36.
- ¹¹⁶ Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Énoncé de position sur les agents pathogènes à diffusion hémotogène*, novembre 2000.
- ¹¹⁷ Pour des lignes directrices à jour sur les pratiques de base, voir 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), disponible à www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/dpg_e.html#infection.
- ¹¹⁸ Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Code de déontologie des infirmières autorisées*, Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1997.
- ¹¹⁹ Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie/Canadian Association of Nurses in AIDS Care, *Prise de position : prévention et gestion de l'exposition professionnelle*, 28 avril 2000.
- ¹²⁰ *Supra*, note 1.
- ¹²¹ 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-tf/policybase. Sauf indication contraire, toutes les citations qui suivent sont tirées de ce document.
- ¹²² Association médicale canadienne, *Politique de l'AMC : Le syndrome d'immunodéficience acquise*, 11 décembre 2000, disponible à www.cma.ca/inside-tf/policybase.
- ¹²³ Communication personnelle, A Pizzino, Directeur, Services de santé et de sécurité, Syndicat canadien de la fonction publique, 20 mars 2001.
- ¹²⁴ Santé Canada, Lignes directrices nationales concertées, *supra*, note 27.
- ¹²⁵ Syndicat canadien de la fonction publique, *AIDS/HIV and the Workplace Information Kit: Overview Paper*, at 10.
- ¹²⁶ Syndicat canadien de la fonction publique, feuillet d'information sur la santé et la sécurité : *Prévention des piqûres accidentelles avec des aiguilles*.
- ¹²⁷ Syndicat canadien de la fonction publique, *supra*, note 125.
- ¹²⁸ Association internationale des pompiers, *supra*, note 28. Toutes les citations subséquentes sont tirées de ce document.
- ¹²⁹ Santé Canada, Lignes directrices nationales concertées, *supra*, note 27.
- ¹³⁰ Résolution de ACP publié à www.cpa-acp.ca/indexe.htm.
- ¹³¹ Voir 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.
- ¹³² Association canadienne des policiers, *Position sur le projet de loi C-244*.
- ¹³³ Lettre de Grant Obst, Président, Association canadienne des policiers à l'honorable Anne McLellan, Ministre de la Justice, le 10 décembre 1999, disponible à www.cpa-acp.ca/indexe.htm.
- ¹³⁴ Association canadienne des policiers, *Mémoire*, *supra*, note 131.
- ¹³⁵ *Ibid.*
- ¹³⁶ Santé Canada, Lignes directrices nationales concertées, *supra*, note 27 à la p. 171.
- ¹³⁷ P. Robillard et E. Roy « Blood and body fluid exposures among health care workers in acute care hospitals », dans M. Hagberg et coll., *Occupational health for health care workers*, Commission internationale de la santé du travail, 2^e Congrès international (mars 1994), Stockholm, 1995, 3.6: 158-165; cité dans Santé Canada, La prévention des infections transmissibles par le sang, *supra*, note 2.
- ¹³⁸ G.M. McCarthy et coll., « Occupational injuries and exposures among Canadian dentists: the results of a national survey », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 1999, 20(5) : 331-336, à la p. 333.
- ¹³⁹ E.H.S. Osborn et coll., « Occupational exposures to body fluids among medical students: a seven-year longitudinal study », *Annals of Internal Medicine*, 1999, 130(1) : 45-51, à la p. 49.
- ¹⁴⁰ J. Lorentz et coll., « Occupational needlestick injuries in a metropolitan police force », *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 18(2) : 146-150, aux p. 147-148.
- ¹⁴¹ R.U. Sidwell et coll., « Management of occupational exposure to HIV – what actually happens », *Communicable Disease and Public Health*, 1999, 2(4) : 287-290.

¹⁴² P. Braitstein et coll., « How much is it worth? Actual versus expected costs of a population-based post-exposure prophylaxis program », 10^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida, 2001 (abrégé 270P), *Journal canadien des maladies infectieuses* 2001, 12(Suppl B), 45B; voir également Robillard et coll., Follow-up of health care worker, *supra*, note 15.

¹⁴³ P. Braitstein et coll., « Determinants of receiving three-drug post-exposure prophylaxis against HIV in a population-based setting », 10^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida, 2001 (abrégé 269P), *Journal canadien des maladies infectieuses* 2001, 12(Suppl B), 45B.

¹⁴⁴ P. Braitstein et coll., « Determinants of receiving three-drug post-exposure prophylaxis », *supra*, note 143, commentaires faits à la conclusion de la présentation; voir également PR. Grime et coll., « A survey of the use of post-exposure prophylaxis for occupational exposure to human immunodeficiency virus », *Occupational Medicine*, 2000, 50(3) : 164-166.

¹⁴⁵ Observations faites à une séance sur l'exposition accidentelle au sang et aux liquides organiques : épidémiologie, aspects éthiques et juridiques, prévention et stratégie post-exposition, 9^e Conférence annuelle de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie 2001.

¹⁴⁶ Santé Canada, La prévention des infections transmissibles par le sang, *supra*, note 2.

¹⁴⁷ G. Pugliese, J. Perry, « The Needlestick Safety and Prevention Act (H.R. 5178): what does it require? », *Advances in Exposure Prevention*, 2000, 5(4) : 41-42, à la p. 46. Pour connaître les détails de cette loi, voir « Occupational Exposure to Bloodborne Pathogens; Needlestick and Other Sharps Injuries: Final Rule », *Federal Register*, 2001, 66 : 5317-5325.

¹⁴⁸ Pugliese et Perry, *supra*, note 147, à la p. 46.

¹⁴⁹ Voir *supra*, notes 99 à 101.

¹⁵⁰ U.K. Health Departments, *supra*, note 31, à la p. 8.

¹⁵¹ Myers et coll., *supra*, note 103, à la p. 31.

¹⁵² *Ibid.*, à la p. 30.

¹⁵³ Sur la notification des partenaires au Canada, voir R. Jürgens, *Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité : Rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1998, aux p. 263-279.

¹⁵⁴ R. Jürgens, M. Palles, *Le test de sérodiagnostic du VIH et la confidentialité : Document de travail*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1997 aux p. 54-56 et notes 164 et 165.

Bibliographie

Jurisprudence

Ciarlrello c. Schachter, [1993] 2 R.C.S. 119.

Fleming c. Reid (1991), 82 D.L.R. (4th) 298 (Ont. C.A.).

Hopp c. Lepp, [1980] 2 R.C.S. 192.

Hunter c. Southam, [1984] 2 R.C.S. 145.

Malette c. Shulman (1990), 37 O.A.C. 281 (C.A.).

R c. Dymment, [1988] 2 R.C.S. 417.

R c. Duarte, [1990] 1 R.C.S. 30.

R c. Plant (1993), 84 C.C.C. (3d) 203 (C.S.C.).

Reibl c. Hughes, [1980] 2 R.C.S. 880.

Videto c. Kennedy (1981), 33 O.R. (2d) 497 (C.A.).

Livres, articles, rapports, abrégés, etc.

Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie/Canadian Association of Nurses in AIDS Care, *Prise de position : prévention et gestion de l'exposition professionnelle*, 28 avril 2000.

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 canadienne des policiers, *Position sur le projet de loi C-244*.

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

- Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Énoncé de position sur les agents pathogènes à diffusion hématogène*, novembre 2000.
- 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.
- Association médicale canadienne, *Politique de l'AMC : Le syndrome d'immunodéficience acquise*, 11 décembre 2000, disponible à www.cma.ca/inside-f/policybase.
- 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.
- Beardsell, A. et coll., « Utilization and adherence of a population-based post-exposure prophylaxis program », 6^e conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes 1999 (abrégé 214).
- Beauchamp, T.L. et Childress, J.F., *Principles of Biomedical Ethics*, 4^e édition, New York, Oxford University Press, 1994.
- Bell, D.M., Gerberding, J.L., « Human immunodeficiency virus postexposure management of healthcare workers: report of a workshop », *American Journal of Medicine*, 1997, 102(5B) : 1-3.
- Benn, P.D. et coll., « Prophylaxis with a nevirapine-containing triple regimen after exposure to HIV-1 », *Lancet*, 2001, 357(9257) : 687-688.
- Böttinger, D. et coll., « Prevention of simian immunodeficiency virus, SIV, or HIV-2 infection in cynomolgus monkeys by pre- and post-exposure administration of BEA-005 », *AIDS*, 1997, 11 : 157-162.
- Boxwell, D. et coll., « Serious adverse events attributed to nevirapine regimens for postexposure prophylaxis after HIV exposures – worldwide, 1997-2000 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2001, 49 (51 & 52) : 1153-1156.
- Braitstein, P. et coll., « Determinants of receiving three-drug post-exposure prophylaxis against HIV in a population-based setting », 10^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida, 2001 (abrégé 269P), *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12(Suppl B) : 45B.
- Braitstein, P. et coll., « How much is it worth? Actual versus expected costs of a population-based post-exposure prophylaxis program », 10^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida, 2001 (abrégé 270P), *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12(Suppl B) : 45B.
- Braitstein, P. et coll., « Side effects associated with post-exposure prophylaxis in a population-based setting », 10^e Conférence canadienne annuelle de recherche sur le VIH/sida, 2001 (abrégé 271P), *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, 12 (Suppl B) : 46B.
- 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.
- 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.
- 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.

- « 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.
- Centers for Disease Control and Prevention, *Exposure to Blood: What Health-Care Workers Need to Know*, 1999, disponible à www.cdc.gov/ncidod/hip/blood/hiv.htm.
- Centers for Disease Control and Prevention, *HIV/AIDS Surveillance Report* 2000, 12(1), table 17, disponible à www.cdc.gov/hiv/stats.
- Centers for Disease Control and Prevention, « Immunization of health-care workers: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1997, 46 (RR-18) : 1-42.
- 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.
- 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.
- Centers for Disease Control and Prevention, *Revised Guidelines for HIV Counselling, Testing, and Referral* (Draft), 17 octobre 2000, disponible à www.cdc.gov/hiv/frn/hivctr.pdf.
- Centers for Disease Control and Prevention, Glaxo Wellcome Inc. et Merck & Co., Inc., *HIV Postexposure Prophylaxis Registry: Final Report*, mars 1999.
- Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, « Les protocoles protégent contre l'acquisition de l'infection à VIH – mais encore faut-il les appliquer », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1996, 22(7) : 54-59.
- Centre d'excellence pour le VIH/sida de la Colombie-Britannique, *Therapeutic Guidelines*, Section 7: Management of Accidental Exposure to HIV, Appendix S7-2a, disponible à <http://cfeweb.hivnet.ubc.ca/guide>.
- Ciesielski, C.A., Metler, R.P., « Duration of time between exposure and seroconversion in healthcare workers with occupationally acquired infection with human immunodeficiency virus », *The American Journal of Medicine* 1997, 102 (5B) : 115-116.
- Comité consultatif national sur l'immunisation, « Déclaration sur le vaccin contre l'hépatite B », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1993, 19 : 104-115.
- Daar, E.S., et coll., « Diagnosis of primary HIV-1 infection », *Annals of Internal Medicine*, 134(1) : 25-29.
- Elliott, R., « Un député réformiste propose le test obligatoire », *Bulletin canadien VIH/sida et droit* 2000, 5(2/3) : 25-27.
- Elliott, R., déclaration faite au Comité permanent de la Justice et des Droits de la personne, 14 juin 2000.
- Elliott, R., Jürgens, R., *Dépistage rapide du VIH aux points de services : Questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2000.
- Gerberding, J.L., « Management of occupational exposures to blood-borne viruses », *New England Journal of Medicine*, 1995, 332(7) : 444-451.
- Grime, P.R., et coll., « A survey of the use of post-exposure prophylaxis for occupational exposure to human immunodeficiency virus », *Occupational Medicine*, 2000, 50(3) : 164-166.

- Henderson, D.K., « HIV postexposure prophylaxis in the 21st century », *Emerging Infectious Diseases*, 2001, 7(2) : 254-258, disponible à www.cdc.gov/ncidod/eid.
- Hoffman, R.E. et coll., « Occupational exposure to human immunodeficiency virus (HIV)-infected blood in Denver, Colorado, police officers », *American Journal of Epidemiology*, 1994, 139(9) : 910-917.
- Jochimsen, E.M. et coll., « Investigations of possible failures of postexposure prophylaxis following occupational exposures to human immunodeficiency virus », *Archives of Internal Medicine*, 1999, 159(19) : 2361-2363.
- Jürgens, R., Palles, M., *Le test de sérodiagnostic du VIH et la confidentialité : document de travail*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1997.
- Jürgens, R., *Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1998.
- Lamy, O., « Tout ce que vous voulez savoir sur les expositions professionnelles au VIH », *L'Infirmière du Québec*, 1999, 7(2) : 28-32.
- Laporte, A., et coll., « Impact of recommendations on prescription of prophylaxis following non-occupational exposure to HIV in France », 8^e conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, 2001 (abrégé 264).
- Lorentz, J. et coll., « Occupational needlestick injuries in a metropolitan police force », *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 18(2) : 146-150.
- McCarthy, G.M., et coll., « Occupational injuries and exposures among Canadian dentists: the results of a national survey », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 1999, 20(5): 331-336.
- 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.
- Morin, H. et coll., « L'exposition accidentelle au sang et aux liquides biologiques », 9^e conférence annuelle de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie 2001.
- 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.]
- Occupational Exposure to Bloodborne Pathogens, « Needlestick and Other Sharps Injuries: Final Rule », *Federal Register* 2001, 66 : 5317-5325.
- Onno, S., exposé oral à la 9^e Conférence annuelle de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie, 2001.
- Osborn, E.H.S. et coll., « Occupational exposures to body fluids among medical students: a seven-year longitudinal study », *Annals of Internal Medicine*, 1999, 130(1) : 45-51.
- Otten, R.A. et coll., « Efficacy of postexposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human-derived retrovirus (human immunodeficiency virus type 2) », *Journal of Virology* 2000, 74(20) : 9771-9775.

- PHLS AIDS and STD Centre at the Communicable Disease Surveillance Centre & Collaborators, *Occupational Transmission of HIV: Summary of Published Reports*, décembre 1999, disponible à www.phls.co.uk/facts/HIV/hivoct99.pdf.
- PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, « Surveillance of health care workers exposed to bloodborne viruses at work: July 1997 to June 2000 », *Communicable Disease Report Weekly*, 2000, 10(33) : 293.
- Pugliese, G., Perry, J., « The Needlestick Safety and Prevention Act (H.R. 5178): what does it require? », *Advances in Exposure Prevention*, 2000, 5(4) : 41-42.
- Puro, V. et Ippolito, G., « Antiretroviral post-exposure prophylaxis », 6^e conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes 1999 (abrégé 212).
- Puro, V., « Post-exposure prophylaxis for HIV infection », *Lancet*, 2000, 355 (9214) : 1556-1557.
- Ramsay, M.E., « Guidance on the investigation and management of occupational exposure to hepatitis C », *Communicable Disease and Public Health*, 1999, 2, 258-262.
- Robillard, P. et coll., « Follow-up of health care workers (HCWs) and prophylaxis after an occupational exposure to HIV: a no show », Conférence internationale sur le sida, 1998, 12 : 627 (abrégé 33177).
- Robillard, P. et coll., « Trends in blood and body fluid (BBF) exposures in acute care hospitals (ACHs) », National HIV Prevention Conference 1999 (abrégé 174).
- Robillard, P. et Roy, E., « Blood and body fluid exposures among health care workers in acute care hospitals », dans M. Hagberg et coll., *Occupational health for health care workers*, Commission internationale de la santé du travail, 2^e Congrès international (mars 1994), Stockholm, 1995, 3.6: 158-165.
- 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.
- Santé Canada, « Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousses de dépistage rapide : Guide pour les professionnels de la santé », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 2000, 26(7) : 49-59.
- 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, disponible à www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/dpg_e.html#infection.
- 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), disponible à www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/dpg_e.html#infection.
- 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 23S3).
- Santé Canada, « Prévention et lutte contre l'hépatite C : Lignes directrices et recommandations », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1995, 21 (Suppl 21S2).
- 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.

- 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.
- Sidwell, R.U. et coll., « Management of occupational exposure to HIV – what actually happens », *Communicable Disease and Public Health*, 1999, 2(4) : 287-290.
- 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.
- Storch, J., « Exposure to body fluids », *Canadian Nurse*, 2000, 96(6) : 35-36.
- Syndicat canadien de la fonction publique, *AIDS/HIV and the Workplace Information Kit: Overview Paper*.
- Syndicat canadien de la fonction publique, feuillet d'information sur la santé et la sécurité : *Prévention des piqûres accidentelles avec des aiguilles*.
- Tsai, C.C. et coll., « Effectiveness of postinoculation (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl) adenine treatment for prevention of persistent simian immunodeficiency virus SIV_{mne} infection depends critically on timing of initiation and duration of treatment », *Journal of Virology*, 1998, 72(5) : 4265-4273.
- U.K. Health Departments, *HIV Post-Exposure Prophylaxis: Guidance from the UK Chief Medical Officers' Expert Advisory Group on AIDS*, juillet 2000.
- 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.
- Watson, A., « Occupational exposure to HIV, Issue Brief », Health Policy Tracking Service, National Conference of State Legislatures, mars 2000, disponible à <http://stateserv.hpts.org>.