ISSN 1188-4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Date de publication : juillet 1998

Volume 24S4

Supplément

Compte rendu de la Conférence de concertation sur les professionnels de la santé infectés : Risque de transmission des pathogènes à diffusion hématogène

Santé Canada Health Canada

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé

Santé Canada

Le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada tient à remercier les commanditaires suivants : Merck Frosst Canada Inc. et SmithKline Beecham Pharma Inc., pour leur appui précieux.

Cette publication a été produite par la Division de la diffusion des documents au Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires ou pour vous abonner au Relevé des maladies transmissibles au Canada, veuillez communiquer avec le Centre des services aux membres, Association médicale canadienne, 1867 promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario), Canada K1G 3Y6.
Tél. : 888-855-2555 ou par télécopieur : (613) 731-9102.

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par Internet en utilisant un explorateur Web, à
http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc

Compte rendu de la Conférence de concertation sur les professionnels de la santé infectés : Risque de transmission des pathogènes à diffusion hématogène

Préparé par la Direction des infections
nosocomiales et professionnelles
Bureau des maladies infectieuses
Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection de la santé
Santé Canada

TABLE DES MATIÈRES

Résumé 1

Introduction 1

Objectifs généraux et particuliers et groupes de travail 2

Déroulement de la conférence de concertation. 2

Interventions propices aux expositions 3

Évaluation du risque 4

Méthodes pour réduire la transmission du VHB, VHC ou VIH
d'un travailleur de la santé infecté au patient. 7

Immunisation et dépistage 9

Orientation vers le comité d'experts pour l'évaluation du risque de transmission du VHB,
du VHC ou du VIH par les travailleurs de la santé infectés 10

Gestion du risque après modification de la pratique d'un travailleur de la santé infecté 12

Recherche rétrospective de la source et des patients exposés 13

Divulgation de l'information aux patients 15

Recyclage et soutien des travailleurs de la santé infectés 15

Définitions 18

Références 20

Réponse de l'Association médicale canadienne 22

Réponse de l'Association dentaire canadienne 24

Annexe 1
Liste des participants 26

Compte rendu de la Conférence de concertation sur les professionnels de la santé infectés : Risque de transmission des pathogènes à diffusion hématogène

RÉSUMÉ

Le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), de Santé Canada, a organisé une «Conférence de concertation sur les professionnels de la santé infectés : Risque de transmission des pathogènes à diffusion hématogène», les 20 et 21 novembre 1996. Cette conférence visait à obtenir l'avis d'intervenants issus d'horizons variés (voir la liste des participants à l'annexe 1). Le présent document donne un aperçu des consensus obtenus au terme de cette réunion.

INTRODUCTION

En décembre 1992 ont été publiées dans le *Relevé des maladies transmissibles au Canada*[1] (RMTC) des recommandations nationales formulées par les participants à une conférence nationale de concertation et à une série de réunions organisées par le LLCM touchant certains pathogènes à diffusion hématogène (virus de l'hépatite B [VHB] et le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]) transmis par des travailleurs de la santé à des patients dans les établissements de santé. En 1995 et en 1996, ces recommandations ont été élargies pour englober le virus de l'hépatite C (VHC). Au nombre des mesures recommandées figuraient les suivantes :

- Il n'est pas justifié d'exiger que les travailleurs de la santé subissent un test de dépistage obligatoire; la divulgation automatique de la séropositivité d'un travailleur de la santé n'est pas justifiée.

- On devrait inciter les travailleurs de la santé qui présentent des facteurs de risque professionnels ou personnels à subir volontairement un test de dépistage du VHB ou du VIH (et du VHC).

- Les travailleurs de la santé ont l'obligation morale de subir un test de dépistage à la suite d'une exposition importante (voir Définitions) d'un patient au sang ou à un liquide organique à risque élevé d'un travailleur de la santé.

- Le gouvernement, les associations professionnelles, les établissements d'enseignement dans le domaine des soins de santé et les établissements de santé devraient élaborer conjointement dans chacune des provinces des programmes de vaccination contre l'hépatite B à l'intention des travailleurs de la santé.

- Les travailleurs de la santé infectés par le VIH ou le VHB (ou le VHC) doivent considérer la demande d'évaluation médicale comme une règle éthique fondamentale.

- Tout travailleur de la santé atteint d'une maladie infectieuse qui pourrait présenter un danger pour les patients est invité à demander une évaluation médicale par le médecin de première ligne; on incite ce dernier à demander conseil relativement à l'évaluation du risque de transmission de l'infection en milieu de soins et à avoir recours, pour ce faire, à un mécanisme établi de consultation. Il faudrait mettre sur pied, de préférence dans chaque province, un mécanisme de consultation. Ce mécanisme devrait protéger la confidentialité. Il n'est pas nécessaire de connaître l'identité du travailleur de la santé en question.

- Parmi les critères d'évaluation du risque de transmission d'un pathogène à diffusion hématogène par le travailleur de la santé, citons l'évaluation médicale,

l'application des mesures de prévention des infections et le risque de blessures causées par des objets pointus ou tranchants.

- Il faudrait élaborer des programmes d'appui non menaçants, par l'entremise des organismes de réglementation ou des organisations professionnelles.

- Les interventions effractives (invasives) n'ont pas été associées à des interventions chirurgicales particulières mais ont été définies en fonction des considérations suivantes : les techniques chirurgicales, le milieu, la compétence du praticien, l'exposition et la coopération du patient.

Depuis la publication de ces recommandations, le LLCM a continué de recevoir des demandes des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, des médecins hygiénistes, des travailleurs de la santé et de la population concernant la nécessité ou non de limiter (et dans quelle mesure) la pratique des travailleurs de la santé infectés par un pathogène transmissible par le sang. C'est pour répondre à ces demandes de même qu'à d'autres demandes répétées en vue d'obtenir une définition plus précise du mécanisme de consultation recommandé en 1992 qu'a été organisée la Conférence de concertation de 1996.

Bien qu'on reconnaisse qu'il existe un risque important de transmission de pathogènes à diffusion hématogène de patients à des travailleurs de la santé, cette question n'a pas été abordée lors de la réunion. (Le lecteur trouvera une analyse approfondie de la question ainsi que des recommandations dans le guide *La prévention des infections transmissibles par le sang dans les établissements de santé et les services publics*, RMTC 1997, vol. 23S3. Pour le protocole post-exposition, prière de consulter *Un protocole intégré pour la prise en charge des travailleurs de la santé exposés à des pathogènes transmissibles par le sang*, RMTC 1997, vol. 23S2.)

OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET PARTICULIERS ET GROUPES DE TRAVAIL

Les objectifs généraux de la Conférence de concertation étaient les suivants :

a) comprendre l'épidémiologie de la transmission des pathogènes à diffusion hématogène de travailleurs de la santé infectés à des patients, et

b) réviser les recommandations en vue de prévenir la transmission et de gérer le risque de transmission de pathogènes à diffusion hématogène de travailleurs de la santé à des patients.

Les objectifs particuliers de la Conférence étaient les suivants :

a) présenter de l'information à jour sur la situation actuelle en ce qui concerne l'évaluation et la gestion du risque de transmission de pathogènes à diffusion hématogène à l'intérieur et à l'extérieur du Canada;

b) discuter des facteurs liés au contexte et de leur lien avec le risque de transmission de pathogènes à diffusion hématogène;

c) réviser, s'il y a lieu, les lignes directrices/modèles existants pour l'évaluation du risque et la gestion du risque en adoptant le point de vue des travailleurs de la santé, des consommateurs et des organismes responsables (p. ex., organismes de réglementation, associations professionnelles, employeurs).

Un certain nombre de groupes de travail ont été chargés de discuter des questions suivantes :

a) analyse du risque
b) immunisation et dépistage
c) recherche rétrospective des patients exposés à la source (*trace-back*) et recherche de la source de l'infection (*look-back*)
d) modifications à apporter à la pratique
e) divulgation
f) recyclage et soutien des travailleurs de la santé.

DÉROULEMENT DE LA CONFÉRENCE DE CONCERTATION

Ont été invitées à la Conférence de concertation les personnes qui avaient été identifiées par des groupes d'intervenants, des organisations professionnelles et des organismes gouvernementaux. On a toutefois reconnu lors de la conférence que les participants ont peut-être exposé leur opinion personnelle sur un sujet et non pas nécessairement celle des organisations qui les avaient choisis.

Pour les besoins de cette réunion, une définition assez large a été donnée au terme consensus, entendu comme la reconnaissance par les participants que la recommandation à l'étude, si elle n'était pas parfaite, était acceptable. L'unanimité n'était pas requise, mais la recommandation devait obtenir l'assentiment d'une proportion plus élevée de participants qu'une majorité simple. Durant la séance finale de «concertation», le président a déclaré qu'il y avait consensus lorsque 70 % à 80 % des participants indiquaient, à main levée, qu'ils appuyaient la recommandation à l'étude et qu'aucun participant ne s'objectait irréductiblement à la recommandation.

Plus de 70 recommandations ont été approuvées lors de la réunion. Bien qu'un consensus ait été obtenu pour ces recommandations, certaines ont reçu un plus fort appui que d'autres, et dans certains cas, il y avait désaccord. Par exemple, la recommandation concernant l'immunisation obligatoire contre l'hépatite B et le dosage obligatoire subséquent des anticorps pour déterminer si l'immunisation a été efficace (ou, si le vaccin ne provoque aucune réponse immunitaire, pour détecter la maladie) a fait l'objet d'une discussion approfondie et a été appuyée par 70 % à 80 % des participants. Après la réunion, la première ébauche du compte rendu a été revue par le Comité de direction, les présidents et rapporteurs des groupes de travail, et la deuxième ébauche par tous les participants. Durant l'examen de la seconde ébauche, l'Association dentaire canadienne (ADC) et l'Association médicale canadienne (AMC) ont exprimé des réserves concernant certaines recommandations et ont demandé que le compte rendu ne soit pas publié. En réponse à leur demande, le LLCM a consulté tous les participants à la conférence pour leur demander si l'on devait publier ou non les résultats de la réunion, compte tenu des réserves exprimées par l'ADC et l'AMC*. À la suite de cette consultation, Santé Canada a décidé de publier les recommandations formulées lors de la Conférence de concertation et de donner à l'ADC/AMC l'occasion de présenter leurs objections (voir aux pages 22 et 24).

Ces recommandations rendent compte des données présentées lors de la conférence et de l'état des connaissances des participants, qui ont été corroborées par un dépouillement systématique des publications (1987 à 1997). Les recommandations pourront être modifiées au gré de l'évolution des connaissances. Elles fournissent des détails sur la façon de prévenir la transmission des infections des travailleurs de la santé à des patients et décrivent de façon détaillée un cadre précis permettant aux travailleurs de la santé, aux employeurs, aux organismes de réglementation, aux services locaux de santé publique ou aux services de santé au travail d'évaluer et de gérer le risque que présentent pour les patients les travailleurs de la santé infectés.

Comme certaines de ces recommandations sont assez complexes, bon nombre d'entre elles devront être appliquées de façon graduelle si l'on veut que l'exercice soit efficace et efficient. De plus, pour que ces recommandations soient efficaces, les travailleurs de la santé doivent être sûrs que les renseignements indiquant qu'ils ont été infectés demeureront confidentiels. Ils devraient également avoir la garantie que même si ces recommandations visent à protéger les patients, toute décision concernant la pratique du travailleur de la santé infecté ne sera prise qu'une fois qu'on aura considéré tous les facteurs. Enfin, il faut leur garantir qu'au besoin, un système de soutien solide sera mis à leur disposition pour les informer sur les diverses options médicales, psychologiques, financières et professionnelles.

INTERVENTIONS PROPICES AUX EXPOSITIONS

Au moins deux autres pays ont tenté de prendre en charge de façon proactive les travailleurs de la santé infectés. En 1991, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) aux États-Unis ont publié des recommandations concernant la prévention de la transmission du VIH et du VHB aux patients[2]. Les États étaient tenus en vertu de la loi de démontrer qu'ils avaient appliqué les recommandations des CDC ou des recommandations équivalentes. Le soin de décider si les travailleurs de la santé séropositifs pour le VIH ou porteurs de l'antigène de surface de l'hépatite B (Ag HBs) et de l'antigène e de l'hépatite B (Ag HBe) devaient continuer de pratiquer des interventions propices aux expositions† était laissé à un comité d'experts. S'il était décidé qu'ils pouvaient continuer d'effectuer de telles interventions, il incombait alors aux travailleurs d'informer leurs patients avant une intervention qu'ils étaient séropositifs.

Au Royaume-Uni, les travailleurs de la santé qui obtiennent des résultats positifs aux tests de détection du VIH, de l'Ag HBe et du virus de l'hépatite C[3, 4] sont tenus de cesser de pratiquer des interventions invasives‡.

---

* Quarante-neuf des 75 participants (65 %) ont répondu : 63 % voulaient que le LLCM publie le document (22 % voulaient que les recommandations soient publiées, 33 % voulaient que le document publié fasse état des réserves de l'ADC/AMC, 8 % souhaitaient que les recommandations soient publiées une fois que l'on ait obtenu des commentaires additionnels de l'ADC/AMC); et 37 % désiraient qu'on attende avant de publier les recommandations que les questions soulevées par l'ADC/AMC aient été résolues.

† **Interventions propices aux expositions** (É.-U.) : «interventions associées à la transmission du VIH et du VHC d'un travailleur de la santé à un patient» ou «qui comportent la palpation avec les doigts de la pointe d'une aiguille dans une cavité du corps ou la présence simultanée des doigts d'un travailleur de la santé et d'une aiguille ou d'un autre instrument ou objet pointu ou tranchant dans une partie du corps peu visible ou très exiguë (...) [et en plus] qui présentent un risque connu de lésions percutanées pour le travailleur de la santé et - le cas échéant - un risque de contact entre le sang du travailleur de la santé et la cavité du corps, les tissus sous-cutanés ou les muqueuses du patient». (traduction) Il a été convenu plus tard que l'on déciderait dans chaque cas si une intervention était propice aux expositions.

‡ **Interventions invasives** (R.-U.) : «celles qui comportent la pénétration par voie chirurgicale dans des tissus, des cavités ou des organes; la réparation de lésions traumatiques importantes; le cathétérisme cardiaque et l'angiographie; les accouchements par voie vaginale ou les césariennes ou d'autres interventions obstétricales qui peuvent s'accompagner d'une perte de sang; la manipulation, la section ou l'ablation de tout tissu buccal ou péribuccal, y compris des structures dentaires, qui peuvent s'accompagner de saignements». (traduction)

La **nouvelle définition canadienne de l'expression «interventions propices aux expositions»**[¶] est utilisée dans le cadre de la gestion du risque associé aux pathogènes transmissibles par le sang au Canada. Il s'agit d'interventions au cours desquelles la transmission du VHB, du VHC ou du VIH d'un travailleur de la santé à des patients est très probable et inclut notamment :

a) la palpation avec le doigt de la pointe d'une aiguille dans une cavité du corps (espace creux à l'intérieur du corps ou d'un de ses organes)[5] ou la présence simultanée des doigts du travailleur de la santé et d'une aiguille ou d'un autre instrument ou objet pointu ou tranchant dans une zone du corps cachée ou très exiguë, p. ex., durant les chirurgies abdominales, cardiothoraciques, vaginales ou orthopédiques lourdes, ou

b) la réparation d'importants traumatismes, ou

c) une section importante ou l'ablation de tout tissu buccal ou péribuccal, y compris des structures dentaires[§],

au cours desquelles les tissus exposés du patient peuvent entrer en contact avec le sang d'un travailleur de la santé blessé.

Certains ont trouvé que cette définition n'était pas assez précise. Nous reconnaissons qu'il est difficile de définir chaque situation qui comporte un risque important de transmission d'un pathogène à diffusion hématogène; cette définition vise donc à servir de cadre pour aider le praticien ou un comité d'experts à prendre une décision éclairée concernant les facteurs qui interviennent dans un cas précis.

ÉVALUATION DU RISQUE

Estimation du risque de transmission du VHB, du VHC ou du VIH d'un travailleur de la santé infecté à un patient après une exposition importante

L'évaluation du risque de transmission d'un pathogène à diffusion hématogène d'un travailleur de la santé infecté à un patient constitue la première étape dans la planification des mesures de lutte contre l'exposition et de réduction de l'incidence de la transmission.

Selon des modèles mathématiques du risque, si l'on prend comme dénominateur le chiffre de 1 000 000 d'interventions effectuées par un travailleur de la santé infecté, le risque de transmission est le suivant :

1. de 240 à 2 400 transmissions du VHB;

2. de 50 à 500 transmissions du VHC[6];

3. de 2,4 à 24 transmissions du VIH (risque sporadique moyen)[7]; toutefois, ce risque serait plus élevé lorsqu'on sait qu'un travailleur de la santé a transmis l'infection au moins une fois déjà[6].

Comme le montrent des rapports de cas, en tout 42 travailleurs de la santé aux États-Unis et dans d'autres pays industrialisés ont transmis le VHB à environ 375 patients entre les années 1970 et la fin de 1994[8]. Parmi ces 42 travailleurs de la santé se trouvait un chirurgien orthopédique porteur de l'Ag HBe en Nouvelle-Écosse qui a demandé qu'on lui enlève son droit d'opérer après avoir été mis en cause dans deux cas d'hépatite B parmi des patients qu'il avait opérés[9]. Un lien a par la suite été établi entre deux autres patients infectés qui avaient été opérés par le même chirurgien[10].

Au cours d'une éclosion d'hépatite B survenue dans la région de Toronto entre 1992 et 1996, au moins 75 personnes ont développé une hépatite B après une électroencéphalographie pratiquée au moyen d'électrodes-aiguilles sous-dermiques. Le décès d'une personne classée comme cas possible a été la complication la plus grave observée. La cause de l'éclosion a été attribuée à des mesures déficientes de lutte contre l'infection et à un électroencéphalographiste porteur de l'Ag HBe[11]. Le séquençage de l'ADN viral a confirmé que le VHB présent chez l'électroencéphalographiste était identique à celui incriminé dans quatre cas où il a été possible de réaliser des tests. Les électroencéphalographistes exercent une profession de la santé non réglementée et on dispose de peu d'information concernant les risques dans cette industrie et dans d'autres secteurs de service non réglementés tels que le tatouage, le perçage de la peau et l'électrolyse.

Récemment au Royaume-Uni, 20 patients ont présenté une hépatite B après une chirurgie cardio-vasculaire pratiquée par un chirurgien Ag HBe positif[12]. La séquence d'ADN du VHB était identique dans 14 des 16 cas et seul un nucléotide était différent dans deux cas. En

---

¶ L'expression «interventions invasives» a été utilisée durant la Conférence de concertation. Elle a été remplacée après examen par un sous-groupe, qui a déclaré que les «interventions propices aux expositions» sont des interventions invasives où le patient risque également d'être exposé au sang du travailleur de la santé.

§ L'idée n'est pas d'inclure toutes les interventions dentaires invasives parmi les interventions propices aux expositions, bien que ce soit théoriquement possible; l'objectif est plutôt d'identifier les interventions qui s'accompagnent d'une importante effraction des tissus buccaux ou péribuccaux.

outre, un chirurgien porteur de l'Ag HBe a transmis le VHB à deux patients qui, à leur tour, ont infecté leurs partenaires sexuels, comme l'a confirmé le séquençage de l'ADN du VHB[13]. En Angleterre, il a été démontré par séquençage de l'ADN que 4 chirurgiens Ag HBe négatifs qui présentaient cependant des mutations non-sens avant la nucléocapside (incapables génétiquement de produire l'antigène e)[8] avaient transmis l'infection à un patient chacun[14, 15]. Des tests subséquents ont mis en évidence deux autres cas de transmission imputables à l'un des chirurgiens. Les CDC n'ont reçu aucun rapport de transmission du VHB d'un dentiste à un patient depuis 1987, année où les précautions universelles ont été mises en place[8, 16]. Toutefois, les études n'ont pas fait état d'une réduction de la transmission du VHB des chirurgiens aux patients depuis l'introduction des précautions universelles[8].

On a signalé récemment deux cas de transmission probable du VHC de travailleurs de la santé à des patients, durant une chirurgie cardio-thoracique. Au Royaume-Uni, un patient a été infecté par son chirurgien[4]; en Espagne, 5 patients ont été infectés, et l'on a remonté la filière jusqu'à leur chirurgien[17].

La transmission du VIH d'un travailleur de la santé à des patients a été documentée pour la première fois en 1990; il s'agissait d'un dentiste de la Floride qui avait transmis le virus à 6 patients[18, 19]. Un patient, suivi de 1987 à 1989, qui ne s'était pas fait enlever une dent ni n'avait subi de traitement de canal, a produit des anticorps en l'absence d'autres facteurs de risque. Plus récemment, en France, un patient a été infecté par le VIH après une chirurgie orthopédique de longue durée[20].

Des études rétrospectives menées pour le compte des CDC ont montré qu'en date du 1er janvier 1995, 113 des 22 171 patients traités par 51 travailleurs de la santé infectés (29 dentistes et étudiants en dentisterie, 8 médecins et étudiants en médecine, 13 chirurgiens ou obstétriciens et 1 podiatre) avaient contracté une infection à VIH, mais dans aucun de ces cas, des données n'avaient été consignées sur la chaîne de transmission du travailleur de la santé infecté au patient. Trois enquêtes sont encore en cours[21]. À noter que les personnes qui ont subi des tests ne représentaient que 17 % de l'ensemble des patients traités par les travailleurs de la santé infectés. Le cas de transmission qui a été signalé en France récemment confirme que le risque de transmission n'est pas hypothétique.

Trois paramètres du risque qui influent sur la transmission d'une infection d'un travailleur de la santé à un patient[7, 22]

a) Le risque d'exposition percutanée

Parmi les types de chirurgie qui comportent le risque le plus élevé de transmission de pathogènes à diffusion hématogène d'un travailleur de la santé blessé à un patient figurent les interventions chirurgicales lourdes, par exemple les opérations d'urgence, les opérations pour traumatismes, les chirurgies cardiaques, intravasculaires, gynécologiques, intra-abdominales et orthopédiques[23]. Dans ces exemples, les travailleurs de la santé peuvent se blesser en manipulant des aiguilles, des instruments pointus ou tranchants ou en fermant des plaies avec du fil métallique.

Comme le montrent les données scientifiques disponibles, le VHB peut être transmis d'un travailleur de la santé au patient même si l'on respecte intégralement les précautions universelles et adopte de bonnes mesures de lutte contre l'infection[24]. L'éclosion citée décrit le cas d'un chirurgien infecté d'une hépatite B aiguë 6 mois auparavant qui a transmis l'infection. Dans une étude de laboratoire, il a effectué des sutures pendant 1 heure tout en portant des gants. On a découvert de fines coupures sur ses doigts, et un lavage avec du sérum physiologique de l'espace entre les gants et les mains a révélé la présence de l'Ag HBs[8]. Les estimations du taux de lésions percutanées subies par les chirurgiens durant une opération varient entre 1,3 % et 15,4 %[8].

b) Le risque de contact répété avec le patient

Si le travailleur de la santé infecté se blesse, il peut remplacer ses gants ou l'instrument chirurgical dès qu'il découvre sa blessure. Si le matériel ou les gants ne sont pas changés, le patient peut être remis en contact avec l'instrument et être exposé à un pathogène transmissible par le sang. Dans une étude, le taux de contact répété s'établissait à 2 % des interventions observées dans 4 hôpitaux. Le taux s'élevait à 4,2 % dans le service de gynécologie et atteignait 8,5 % dans le cas des hystérectomies par voie vaginale qui comportent souvent une suture «à l'aveugle» et un contact direct possible entre le sang du chirurgien et celui du patient. Une autre étude a révélé qu'après une blessure subie en salle d'opération, le taux de contact répété de l'objet acéré avec la plaie du patient s'établissait à 32 %.

c) Le risque de séroconversion

Cela dépend de la prévalence de l'infection chez les chirurgiens et les dentistes, et le risque de séroconversion après exposition à un pathogène particulier transmissible par le sang.

i) Prévalence de l'infection chez les chirurgiens et les dentistes

On dispose de peu de données sur la prévalence des pathogènes transmissibles par le sang chez les

chirurgiens et les dentistes canadiens. Des données américaines sont présentées au tableau 1.

milieu de travail, le sang est le seul liquide auquel le patient risque d'être exposé.

Tableau 1 : Données non représentatives sur la prévalence des anticorps aux États-Unis recueillies par les CDC[26]

Groupe dans l'échantillon	Infection à VHB	Anticorps anti-VHC	Anticorps anti-VIH
Chirurgiens	10 % à 18 %	Chirurgiens stomatologistes-dentistes de la ville de N.Y. 9,3 % Autres dentistes de la ville de N.Y. 1% Autres chirurgiens aux É.-U. 0,8 %	0 % à 0.1 %
Anesthésistes	13 % à 49 %		

ii) Risque connu de séroconversion après exposition à une personne-source infectée par le VHC, le VHB ou le VIH

Le titre viral, la durée de contagiosité de la personne-source et le taux de séroconversion influent sur le taux de transmissibilité (tableau 2).

Si la personne-source est porteuse de l'Ag HBe, la charge virale est alors très élevée et le VHB est environ 100 fois plus transmissible que le VIH après une exposition percutanée importante à du sang. Par contre, si la personne-source ne possède pas l'Ag HBe mais est Ag HBs positive, le risque est alors plus faible : le VHB a un pouvoir infectant environ 20 fois plus grand que le VIH[28]. Le risque de transmission du VHC après une exposition importante est à peu près 10 fois plus élevé que dans le cas du VH[27].

Le taux de séroconversion après une exposition muqueuse (0,09 % pour le VIH) est inférieur à celui observé pour une exposition percutanée (0,3 % pour le VIH). Bien qu'environ 50 % des expositions d'un patient à un chirurgien en salle d'opération empruntent la voie muqueuse et cutanée[29], il est probable que le taux d'exposition cutanéo-muqueuse des travailleurs de la santé aux patients est plus faible, car le champ opératoire du patient est complètement entouré de linges stériles. En

Perception du risque par la population

Lorsqu'on détermine le risque acceptable, il faut tenir compte à la fois des risques réels de transmission du VHB, du VHC ou du VIH de même que du risque tel que perçu par la population. L'idée que se fait un non-professionnel du degré de risque peut l'amener à croire que

a) si une mesure permet de sauver même une seule vie, elle mérite d'être prise, et

b) tout risque de transmission identifiable est inacceptable[30].

Lorsqu'il est impossible d'atteindre le niveau de risque zéro, il faut formuler des recommandations qui représentent un juste compromis entre les droits et les attentes raisonnables de la population et les droits et responsabilités de chacun des travailleurs de la santé, des établissements de soins, des organisations professionnelles, des organismes de réglementation professionnelle et des ministères de la Santé. La population a des droits qu'il faut protéger, mais elle a aussi des responsabilités. Dans une telle situation, les responsabilités de la population consistent entre autres à :

Tableau 2 : Facteurs qui influent sur le risque de séroconversion

	Virus		
	VHC	**VHB**	**VIH**
Particules virales/mL de plasma/sérum	10-1 000,000[27]	Ag HBe positif 100-1 000 000 000[27]	10-1 000[27]
Quand la personne-source est-elle le plus contagieuse?	Pendant toute sa vie une fois qu'elle est infectée	6 à 12 semaines après le début de la maladie Porteurs chroniques = risque à vie	Titres les plus élevés lors de la séroconversion et durant le stade clinique du sida
Taux de séroconversion si exposé au virus	2,7 % à 6,0 %[27]	Si l'on n'a pas immunisé contre l'hépatite B la personne exposée Ag HBe positive : 19 % à 30 % Ag HBe négative : < 5 %[27]	0,31 %[27]

a) fonder ses perceptions sur des données fiables et des principes scientifiques rigoureux, et

b) bien considérer les droits des travailleurs de la santé infectés.

MÉTHODES POUR RÉDUIRE LA TRANSMISSION DU VHB, VHC OU VIH D'UN TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ INFECTÉ AU PATIENT

Préambule

Il importe de réduire le nombre de situations où les chirurgiens peuvent exposer un patient à leur sang infecté. Une fois qu'on a effectué une analyse des tâches, l'attention peut alors être concentrée sur les interventions nécessaires et des mesures de lutte contre l'infection peuvent être mises en place dans le cas des interventions qui présentent un risque pour le patient.

Les participants à la Conférence de concertation ont discuté du modèle de lutte contre l'infection utilisé en hygiène industrielle (contrôles techniques, mesures administratives, méthodes de travail et matériel de protection individuelle, etc.) dont on pourrait s'inspirer pour réduire les expositions à des pathogènes transmissibles par le sang[31]. Les éléments classés aux premiers rangs de la liste de contrôle, comme les contrôles techniques, sont plus efficaces, car la décision risque moins de revenir aux praticiens au moment de l'intervention auprès du patient.

Les contrôles techniques peuvent consister à modifier le design d'instruments pointus ou tranchants afin de les rendre plus sûrs - par exemple l'utilisation d'aiguilles à pointe mousse plutôt que d'aiguilles à pointe acérée[32].

Au nombre des mesures administratives possibles figurent l'adoption de politiques appropriées, p. ex., l'immunisation des travailleurs de la santé contre l'hépatite B, l'exigence du vaccin contre l'hépatite B comme condition d'emploi et un protocole à suivre dans le cas des travailleurs de la santé infectés.

Le contrôle des méthodes de travail peut inclure des changements dans les méthodes usuelles en salle d'opération en vue de réduire les manipulations d'instruments pointus ou tranchants. Par exemple, on peut annoncer son intention de passer un instrument acéré, on peut utiliser des bacs de transfert ou la technique «mains libres» (voir Définitions)[33].

En 1987, les travailleurs de la santé ont adopté les précautions universelles en salle d'opération afin de protéger l'équipe chirurgicale contre l'exposition au sang du patient; ces précautions devaient également assurer la protection du patient en réduisant l'exposition au sang d'un travailleur de la santé infecté[34]. Les précautions universelles sont maintenant considérées comme la norme minimale de pratique et illustrent bien comment les méthodes de travail peuvent être modifiées. Des études montrent que le respect des précautions universelles varie et que le taux de conformité est généralement faible. Kelen a fait état d'un taux de conformité dans le service des urgences de 55 % en cas de saignement abondant et durant les interventions lourdes[35]. En 1991, Courington chiffrait le taux de conformité des travailleurs de la santé dans la salle d'opération à 25 %[36]. Une étude canadienne des travailleurs de la santé dans les services des urgences, les cliniques dentaires et les cliniques de chirurgie esthétique ont révélé que 31,3 % des travailleurs de la santé respectaient les précautions universelles[37]; toutefois, cette étude ne se limitait pas aux interventions propices aux expositions. Dans une étude portant sur le personnel chirurgical en exercice et les résidents dans les hôpitaux d'enseignement de soins secondaires et tertiaires affiliés à l'Université de Toronto, on a constaté que moins de 5 % du temps, les chirurgiens utilisaient des précautions pratiques pour prévenir des blessures causées par des objets pointus ou tranchants, telles que la technique «sans contact» (voir Définitions), des mesures pour éviter d'avoir à manipuler des objets acérés et le recours accru à du matériel moins dangereux[38]. Le piètre respect des précautions universelles implique que le patient et le travailleur de la santé ne sont plus protégés et sape les efforts visant à prévenir les blessures et, partant, l'exposition à du sang potentiellement contaminé.

Le matériel de protection individuelle constitue le dernier recours dans le modèle d'hygiène industrielle car, dans chaque situation, pour assurer la conformité, il faut modifier le comportement du travailleur[38]. Le matériel de protection individuelle, par exemple les gants, devrait être utilisé chaque fois qu'un patient peut être exposé au sang d'un travailleur de la santé et qu'un travailleur de la santé risque d'être exposé au sang d'un patient. Le port d'une double paire de gants a été recommandé pour de nombreuses interventions chirurgicales, vu qu'il contribue à réduire la quantité de sang auquel le patient est exposé[39].

Les participants à la Conférence de concertation appuyaient fortement l'idée de soutenir davantage les initiatives en vue d'accroître le respect des mesures de lutte contre l'infection.

Recommandations

1. *Il faut promouvoir et appuyer vigoureusement le respect des méthodes actuelles de lutte contre l'infection afin de réduire le risque de blessure et de transmission de pathogènes à diffusion hématogène du patient au travailleur de la santé et également du travailleur de la santé au patient.*

2. *Le respect des précautions universelles devrait faire l'objet d'une surveillance, qui pourra, par exemple, être exercée lors de l'évaluation du rendement de l'employé ou varier selon que le travailleur de la santé a des droits de traitement ou n'est soumis à aucune réglementation.*

3. *Les précautions universelles devraient être élargies, à la lumière des résultats d'une analyse des risques associés à l'intervention, pour inclure les contrôles techniques, administratifs, le contrôle des méthodes de travail et le port de matériel de protection individuelle afin de prévenir la transmission d'un pathogène à diffusion hématogène de travailleurs de la santé à des patients.*

4. *Il faut miser fortement sur les contrôles techniques afin de réduire le risque d'exposition à du sang.*

5. *Il faudrait, entre autres mesures administratives, prévoir un mécanisme de déclaration des expositions dans chaque organisation ou province/territoire.*

6. *Dans le but de réduire le nombre d'incidents, il faut passer en revue régulièrement les rapports d'exposition afin de déterminer les facteurs qui contribuent à leur survenue.*

7. *Il faut modifier les méthodes de travail afin de réduire le risque de transmission de pathogènes à diffusion hématogène, en adoptant par exemple la technique «sans contact».*

8. *Le matériel de protection individuelle, par exemple les gants, devrait être porté s'il existe un risque d'exposition à du sang[1]. Le port d'une double paire de gants devrait être envisagé si le travailleur de la santé pratique une intervention propice aux expositions.*

9. *L'éducation des travailleurs de la santé concernant les infections transmissibles par le sang ainsi que les principes et avantages des précautions universelles et d'autres mesures de lutte contre l'infection devrait débuter au moment où ils reçoivent leur première formation comme étudiants et devrait se poursuivre*

tout au long de leur carrière de façon à garantir la conformité. Cette éducation devrait comporter également de l'information sur l'évaluation du risque associé aux interventions et les mesures de lutte contre l'infection, visant à prévenir la transmission d'agents pathogènes à diffusion hématogène à d'autres personnes.

10. *Il faut vérifier la compétence des étudiants comme des travailleurs de la santé en ce qui concerne les mesures de lutte contre l'infection.*

11. *Des normes de formation relatives aux mesures de lutte contre l'infection devraient être établies pour les travailleurs de la santé non réglementés, p. ex., les sages-femmes.*

IMMUNISATION ET DÉPISTAGE

Préambule

Comme l'un des principaux principes de l'exercice de la médecine est de «ne pas causer de tort», il est essentiel que les travailleurs de la santé qui effectuent des interventions propices aux expositions prennent des mesures pour prévenir la transmission des infections. Il est également possible que les travailleurs de la santé infectés par un pathogène transmissible par le sang qui effectuent des interventions propices aux expositions ne connaissent pas leur état.

Hépatite B

En 1992, les participants à la Conférence de concertation sur les pathogènes à diffusion hématogène ont convenu que tous les travailleurs de la santé exposés à du sang ou à des produits sanguins ou qui risquent dans le travail de se blesser au contact d'objets pointus ou tranchants devraient recevoir le vaccin contre l'hépatite B[1]. Des données américaines indiquent que les travailleurs de la santé n'ont pas obtempéré à cette recommandation[40], mais nous ne disposons d'aucune donnée sur la situation au Canada.

Les participants à la Conférence de 1996 ont discuté des tests à faire subir aux travailleurs de la santé après l'immunisation afin d'identifier les non-répondeurs[41]. Ils ont également abordé la question de l'évaluation du statut infectieux des travailleurs qui effectuent des interventions propices aux expositions et qui ne présentent pas des taux décelables d'anticorps contre l'antigène de surface de l'hépatite B (anti-HBs). Jusqu'à 50 % des travailleurs de la santé n'auraient pas produit des taux suffisants d'anticorps dans les 7 années qui suivent l'immunisation[42], soit en raison d'un déclin du titre des anticorps chez les personnes qui possèdent toujours une mémoire immunologique ou d'un échec de la primovaccination. Dans le cas des travailleurs de la santé qui n'ont pas subi de dosage des anticorps dans les 4 à 8 semaines qui suivent leur dernier vaccin contre l'hépatite B et qui pratiquent ou pratiqueront des inter-ventions propices aux expositions, les services de santé au travail peuvent procéder de diverses manières, aucune méthode n'ayant été privilégiée par les participants à la Conférence. En l'absence de données sur le titre d'anticorps d'un travailleur, ils peuvent administrer une dose de rappel et rechercher ensuite les anticorps anti-HBs, ou encore ils peuvent rechercher les anticorps anti-HBs chez les personnes qui n'ont pas subi de tests sérologiques après l'immunisation, administrer au besoin une dose de rappel du vaccin, puis effectuer une sérologie après le rappel.

Les participants reconnaissaient en général la nécessité d'imposer une immunisation contre l'hépatite B suivie d'un test de contrôle et d'un dépistage chez les non-répondeurs et les personnes infectées par le VHB. Par contre, ils ont exprimé certaines réserves concernant la vaccination obligatoire par opposition à la vaccination volontaire. Cette pratique pourrait amener certains praticiens à refuser d'obtempérer, qu'ils soient infectés ou non. Au dire de certains, les praticiens peuvent vouloir faire passer des tests aux patients avant une opération et peuvent refuser d'effectuer une intervention lorsque ceux-ci sont porteurs d'agents pathogènes transmissibles par le sang.

Hépatite C et infection à VIH

Les participants ont discuté de l'état des connaissances touchant la recherche des anticorps anti-VHC et des anticorps anti-VIH chez les travailleurs de la santé, de l'utilité pour ceux-ci de connaître leurs résultats au test sérologique et de l'utilité d'informer le comité d'experts (voir la prochaine section) lorsqu'un travailleur de la santé effectue des interventions propices aux expositions.

Les participants à la Conférence ont reconnu que des modifications législatives s'imposent afin que les résultats des tests subis par les travailleurs de la santé puissent être envoyés aux organismes de réglementation (dans le cas des travailleurs de la santé réglementés) ou au service local de santé publique (dans le cas des travailleurs de la santé non réglementés). Il faut préserver le caractère confidentiel de ces renseignements pendant tout le processus de notification et d'évaluation.

Recommandations

1. *Tous les travailleurs de la santé qui sont exposés à du sang ou à des produits sanguins (transformés) ou qui risquent dans leur travail de se blesser au contact d'objets pointus ou tranchants devraient recevoir le vaccin contre l'hépatite B[1] pour leur propre protection.*

2. *L'immunisation contre l'hépatite B devrait être obligatoire pour tous les travailleurs de la santé qui effectuent ou effectueront des interventions propices aux expositions. L'immunisation obligatoire contre l'hépatite B s'applique également aux étudiants dans le domaine de la santé qui effectuent ou effectueront des interventions propices aux expositions.*

3. *Les travailleurs de la santé et les étudiants qui effectuent ou effectueront des interventions propices aux expositions devraient obligatoirement subir des tests 4 à 8 semaines après leur vaccin contre l'hépatite B pour vérifier si leur titre d'anticorps leur confère une protection suffisante (anti-HBs $\geq$ 10 unités internationales par litre [UI/L]).*

4. *Les travailleurs de la santé et les étudiants dans le domaine qui effectuent ou effectueront des interventions propices aux expositions et qui ne présentent aucune réponse immunitaire après une immunisation contre l'hépatite B, de même que les travailleurs de la santé et les étudiants dans le domaine qui refusent d'être vaccinés ou qui ne peuvent l'être à cause d'une contre-indication médicale valide devraient faire l'objet d'un dépistage régulier de l'infection à VHB (Ag HBs, anticorps dirigés contre l'antigène de la nucléocapside [anti-HBc]), p. ex., chaque année (voir recommandation 9).*

5. *Un counselling pré-test et post-test éclairé constitue un volet essentiel de tout programme de dépistage.*

6. *Les travailleurs de la santé et les étudiants dans le domaine qui effectuent ou effectueront des interventions propices aux expositions et qui sont Ag HBs positifs devraient subir un test de détection de l'Ag HBe. S'ils sont **Ag HBe positifs**, ils devraient être adressés à un comité d'experts (voir la prochaine section) pour une évaluation et **cesser d'exercer** tant que le comité n'aura pas formulé de recommandations.*

7. *Les travailleurs de la santé et les étudiants dans ce domaine qui effectuent ou effectueront des interventions propices aux expositions et qui sont **Ag HBe négatifs** devraient également être adressés au comité d'experts mais **ne sont pas obligés de cesser d'exercer** en attendant les recommandations du comité.*

8. *Les travailleurs de la santé et les étudiants dans ce domaine qui effectuent ou effectueront des interventions propices aux expositions et qui **refusent de subir un test de dépistage** seront considérés comme étant Ag HBe positifs, **cesseront d'exercer** et seront adressés au comité d'experts.*

9. *La recherche de l'Ag HBs est de l'Ag HBe, telle que spécifiée dans les recommandations 4 et 6, devrait être effectuée après l'embauche mais avant le placement ou avant l'obtention de privilèges de traitement et au moment du renouvellement de ces privilèges, p. ex., chaque année.*

10. *Les établissements qui emploient des travailleurs de la santé ou les établissements d'enseignement qui forment de futurs travailleurs de la santé devraient tenir des dossiers où sont consignées les données sur l'immunisation et les tests.*

ORIENTATION VERS LE COMITÉ D'EXPERTS POUR L'ÉVALUATION DU RISQUE DE TRANSMISSION DU VHB, DU VHC OU DU VIH PAR LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ INFECTÉS

Préambule

Lorsqu'un travailleur de la santé est infecté par un pathogène transmissible par le sang et pratique des interventions propices aux expositions, d'autres mesures doivent être prises pour évaluer le risque de transmission dans le cadre des tâches exécutées et selon la méthode utilisée. Il est alors possible d'appliquer les mesures adéquates pour réduire le risque additionnel d'infection que pourrait faire courir cette personne.

Les participants à la Conférence de concertation ont convenu que le mécanisme de consultation devrait comporter l'orientation vers un comité d'experts dans le cas de tout travailleur de la santé ou étudiant dans le domaine qui est infecté par un pathogène transmissible par le sang et qui effectue ou effectuera des interventions propices aux expositions. Le mandat du comité serait d'évaluer le risque de transmission de l'infection du travailleur de la santé aux patients durant des interventions propices aux expositions et de formuler des recommandations concernant les tâches du travailleur de la santé.

Les participants ont jugé nécessaire que le comité d'experts ait de l'expérience dans les domaines suivants : santé publique locale, santé au travail, lutte contre l'infection et maladies infectieuses. Il doit également compter un professionnel de la même spécialité que le travailleur de la santé infecté. Certains participants estiment également important qu'un microbiologiste ou un virologiste siège au comité et certains croyaient qu'un non-professionnel ayant une expertise en analyse du risque, en éthique ou dans l'élaboration de politiques pourrait jouer un rôle important. D'autres trouvaient inutile d'inclure un autre membre pour présenter le risque tel que perçu par des personnes qui ne dispensent pas des soins. Il se peut qu'un membre du comité ait une expertise dans plus d'un domaine. De nombreux participants jugeaient nécessaire que l'on fasse appel aux mêmes membres chaque fois qu'un cas était soumis à l'attention du comité, mais d'autres trouvaient cette solution peu pratique.

Si la plupart des participants étaient d'avis que le comité d'experts devait se réunir dans les 7 jours suivant une demande, certains trouvaient cette exigence irréaliste dans le contexte actuel. Il importe que l'examen effectué par le comité soit terminé avant que les prestations d'invalidité à court terme du travailleur de la santé n'arrivent à échéance.

De l'avis d'un grand nombre de participants, le travailleur de la santé infecté qui le désire devrait pouvoir assister aux débats du comité d'experts, mais certains participants s'y objectaient.

Recommandations

1. *Tous les travailleurs de la santé qui effectuent des interventions propices aux expositions ont l'obligation morale de savoir s'ils sont infectés par des pathogènes transmissibles par le sang comme le VHB, le VHC et le VIH.*

2. *Les travailleurs de la santé qui effectuent des interventions propices aux expositions et qui apprennent qu'ils sont infectés par un pathogène transmissible par le sang ont l'obligation morale d'en faire part à leur organisme de réglementation professionnelle, p. ex., le Collège des médecins et chirurgiens du Canada ou à l'Ordre des infirmières et infirmiers, conformément à la réglementation provinciale, ou à l'organisme local de santé publique ou au service de santé au travail si leur profession n'est régie par aucun organisme de réglementation.*

3. *Les organismes de réglementation devraient participer activement à la surveillance de la pratique des travailleurs de la santé dans le cadre de leur mandat de réglementation de leurs membres pour assurer la protection de la population.*

4. *Des comités d'experts devraient être créés par les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation* en consultation avec les organes provinciaux et territoriaux et d'autres organisations professionnelles. Les comités d'experts fonctionneraient à l'échelle régionale ou provinciale et territoriale, suivant les besoins et la taille de la population.*

5. *Le comité d'experts devrait être consulté lorsqu'un travailleur de la santé qui effectue des interventions propices aux expositions s'avère infecté par le VHB, le VHC ou le VIH.*

6. *Le comité d'experts devrait comprendre à tout le moins un spécialiste en santé publique locale, un spécialiste en santé au travail, un expert de la même spécialité que le travailleur de la santé infecté, un expert de la lutte anti-infectieuse, un spécialiste des maladies infectieuses et un expert en évaluation du risque, en éthique ou en élaboration de politiques.*

7. *Le comité d'experts peut être contacté par le travailleur de la santé infecté ou son médecin de première ligne, son organisme de réglementation, un responsable de la santé publique, le service de santé au travail, l'employeur (s'il n'existe pas de service de santé au travail) ou un représentant du travailleur de la santé, selon le cas.*

8. *Le comité d'experts doit se réunir dans les 7 jours si la pratique du travailleur est restreinte en attendant la décision du comité et devrait terminer son examen le plus tôt possible; il devrait notamment aviser rapidement le travailleur de la santé touché de sa décision.*

9. *Le comité d'experts devrait dépouiller les publications existantes sur le pathogène transmissible par le sang mis en cause. Lorsqu'il lui faut trancher la question de savoir si le travailleur de la santé peut en toute sécurité continuer d'effectuer des interventions*

* Il ressort des discussions qui ont lieu à la Conférence de concertation que le ministre de la Santé devrait veiller à ce que le comité d'experts soit créé de concert avec les organisations professionnelles ou les organismes de réglementation et qu'ils rendent des comptes à l'organisme de réglementation. Selon les participants, il est préférable que l'organisme de réglementation ait la responsabilité de créer le comité d'experts et il n'est pas possible, pour le moment, que le ministre de la Santé supervise comment l'organisme de réglementation constituera les comités d'experts.

propices aux expositions, le comité devrait prendre en considération les points suivants :

a) l'infection particulière et la charge virale, p. ex., sujet Ag HBe positif

b) l'analyse des risques associés aux activités professionnelles et plus particulièrement aux interventions propices aux expositions

c) les techniques d'intervention

d) l'habilité et l'expérience du travailleur de la santé

e) les données sur la transmission antérieure d'infections par le travailleur de la santé

f) le respect des précautions universelles et d'autres mesures de lutte contre l'infection

g) la mesure dans laquelle les recommandations touchant la pratique ont été respectées

h) les principes éthiques pertinents.

10. Les travailleurs de la santé infectés peuvent assister à la réunion du comité pour présenter leur cas et ils peuvent être accompagnés d'un (de) conseiller(s) dans le domaine médical, juridique ou éthique.

11. Le travailleur de la santé devrait pouvoir faire appel rapidement de la décision.

12. Le médecin de première ligne est responsable de la prise en charge médicale du travailleur de la santé infecté.

GESTION DU RISQUE APRÈS MODIFICATION DE LA PRATIQUE D'UN TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ INFECTÉ

Préambule

Les participants ont discuté du problème du travailleur de la santé qui s'est vu imposer des modifications à sa pratique par le comité d'experts et qui ne peut plus pratiquer des interventions propices aux expositions parce qu'il risque réellement d'exposer le patient à des pathogènes transmissibles par le sang. L'application de la réglementation et la protection de la population sont deux responsabilités qui relèvent des organismes de réglementation, dans le cas des travailleurs de la santé réglementés, et de l'organisme de santé publique ou du service de santé au travail, dans le cas des travailleurs de la santé non réglementés.

A également été abordée lors de la Conférence de concertation la question des techniques permettant de protéger la vie privée et d'assurer la confidentialité, cette dernière constituant un principe essentiel. Dans la mesure du possible, il faut préserver la confidentialité des renseignements tout au long du processus de consultation du comité d'experts. Si le travailleur de la santé infecté décide de ne pas assister à la réunion du comité, et si ce dernier décide de ne pas modifier la pratique du travailleur de la santé, seul l'organisme ou la personne qui a soumis le cas au comité n'a à connaître l'identité du travailleur. Si l'on impose des modifications à la pratique du travailleur, il faut dévoiler l'identité de celui-ci à l'organisme responsable de la surveillance ou de l'application des modifications. Le problème des renseignements personnels sur la santé a également été soulevé; ces renseignements ne devraient être communiqués que si c'est vraiment nécessaire.

D'autres approches ont été mentionnées, notamment la possibilité d'administrer le vaccin contre l'hépatite B à tous les patients en attente d'une chirurgie lors de leur admission à l'hôpital ou le traitement précoce en salle d'opération des patients qui peuvent avoir été exposés à des pathogènes transmissibles par le sang à cause d'une blessure subie par le travailleur de la santé. Les participants n'ont pas réussi à s'entendre sur l'approche à privilégier.

Recommandations

1. *Les mécanismes utilisés pour communiquer avec le comité d'experts et diffuser ses conclusions doivent garantir la confidentialité des renseignements; il n'est pas nécessaire que le comité d'experts connaisse l'identité du travailleur de la santé infecté à moins qu'il ne recommande de modifier la pratique de ce dernier (ou à moins que le travailleur de la santé décide d'assister à la réunion).*

2. *Lorsqu'on recommande des modifications à la pratique, l'organisme qui a soumis le cas doit révéler l'identité du travailleur de la santé infecté au comité d'experts et à l'organisme de réglementation, si le travailleur de la santé est réglementé, ou à l'organisme local de santé publique ou au service de santé au travail, si le travailleur de la santé n'est pas réglementé.*

3. *Ces organismes auront la responsabilité de mettre sur pied un programme complet de surveillance continue et générale pour s'assurer que les recommandations formulées par le comité d'experts sont respectées par le travailleur de la santé infecté.*

4. *L'organisme de réglementation, dans le cas d'un travailleur de la santé réglementé, et l'organisme de santé publique ou le service de santé au travail, dans le cas d'un travailleur de la santé non réglementé, devraient examiner les pratiques modifiées et non modifiées du travailleur de la santé et voir si ces modifications continuent à s'appliquer à mesure que l'état de santé du travailleur évolue.*

5. *Lorsque le comité d'experts recommande que la pratique d'un travailleur de la santé soit modifiée et que le travailleur ne respecte pas cette décision, la personne chargée de surveiller le travailleur doit informer l'organisme de réglementation ou le service local de santé publique ou de santé au travail (dans le cas d'un travailleur de la santé non réglementé) de la situation. En cas de non-respect des recommandations, le cas doit être soumis à l'attention de l'organisme de réglementation ou du service local de santé publique, qui prendra des mesures pour révoquer/restreindre le permis d'exercice du travailleur.*

6. *Les renseignements personnels sur la santé ne devraient être communiqués qu'aux personnes qui ont «besoin de savoir».*

7. *L'individu (p. ex., l'employeur) responsable de la surveillance des modifications apportées à la pratique n'a pas besoin de connaître le diagnostic exact qu'a reçu le travailleur de la santé, c'est-à-dire le pathogène à l'origine de l'infection. Il a seulement besoin de savoir les modifications ou restrictions imposées.*

8. *Les comités d'experts provinciaux et territoriaux peuvent décider, s'ils le désirent, d'uniformiser leurs méthodes d'évaluation et de prise en charge.*

9. *Le LLCM devrait pouvoir apporter une aide aux comités d'experts, à l'organisme de réglementation, au service de santé publique ou de santé au travail en leur communiquant les dernières données scientifiques sur la transmissibilité des pathogènes à diffusion hématogène.*

RECHERCHE RÉTROSPECTIVE DE LA SOURCE ET DES PATIENTS EXPOSÉS

Préambule

Les programmes de notification aux patients qui ont reçu des soins d'un travailleur de la santé infecté peuvent servir non seulement à identifier, à traiter ces patients et à empêcher que l'agent pathogène ne soit transmis à d'autres mais également à recueillir d'autres données de recherche, à clarifier les questions d'ordre juridique ou éthique, à évaluer le risque ou encore à rassurer la population. Les travailleurs de la santé infectés peuvent être identifiés d'une des manières suivantes :

a) information transmise par le travailleur de la santé lui-même,

b) identification par le biais d'un programme de dépistage volontaire ou obligatoire, ou

c) identification durant le suivi d'un autre patient infecté.

Il faut toujours effectuer des enquêtes soigneusement conçues afin de pouvoir décrire avec exactitude le niveau ou les paramètres de la transmission d'un pathogène à diffusion hématogène d'un travailleur de la santé infecté à un patient. Les participants ont discuté de la nécessité ou non d'entreprendre une recherche rétrospective de la source de l'infection si seulement un patient répondait aux critères, de l'ampleur de la recherche de la source ou des patients exposés (jusqu'à quand remonter dans le temps), du type de surveillance requise pour une identification optimale, et de la personne responsable d'amorcer une recherche des patients exposés à la source. Le processus de notification englobe un certain nombre d'autres étapes indispensables : colliger les noms des personnes à aviser, veiller à ce que l'équipe d'intervention soit en place et prête à agir, aviser tous les patients en même temps, et être prêt à répondre aux décisions de la population, peut-être au moyen d'un service d'assistance téléphonique. Certains participants estimaient qu'il n'était pas toujours possible d'aviser tous les patients en même temps. Dans un tel cas, il faudrait peut-être aviser les derniers patients traités en premier, puis les autres patients le plus tôt possible. De l'avis de certains participants, les résultats de tests accumulés devraient être centralisés.

Comme il existe très peu d'évaluations publiées sur les programmes de notification au Canada, les recommandations présentées dans ce document s'appuient uniquement sur l'opinion d'experts. Les participants ne s'accordaient pas sur la longueur de la période visée par la recherche des patients exposés à la source si l'on ignorait la date de l'infection; elle devra être déterminée après analyse du cas particulier. Les responsables du financement des soins de santé devraient évaluer les coûts additionnels associés aux installations ou organismes voués à la protection du public, car les programmes de notification sont nouveaux au Canada et pourraient nécessiter un investissement considérable de ressources.

Recommandations

1. *Il faut rechercher la source de l'infection si un patient infecté au cours des 12 derniers mois ne présente aucun risque personnel identifiable d'infection mais a subi une intervention propice aux expositions à l'intérieur de la période à risque normale.*

2. *Il faut rechercher la source de l'infection si deux patients ou plus sont infectés par un pathogène particulier transmissible par le sang à l'intérieur d'une période de plus de 12 mois et ne présentent aucun facteur de risque personnel identifiable d'infection mais ont subi une intervention propice aux expositions au même hôpital ou aux mains de la même personne à l'intérieur de la période d'incubation normale. De plus, une recherche de la source est nécessaire lorsqu'un clinicien qui effectue des interventions découvre une infection transmissible par le sang chez un ou des patients dans les 12 mois qui suivent une intervention.*

3. *Durant la recherche rétrospective de la source, il faut identifier les travailleurs de la santé infectés au cours de brefs entretiens sur ce sujet précis avec les travailleurs les plus susceptibles d'avoir été à l'origine de l'infection, et ceux-ci devraient subir des tests sérologiques. Des méthodes virologiques de pointe devraient permettre d'établir plus précisément le lien épidémiologique.*

4. *Le laboratoire de santé publique devrait participer, chaque fois que c'est possible, à cette recherche afin de veiller à la bonne exécution des activités d'analyse, de présentation de rapports et de reddition de comptes.*

5. *Si un travailleur de la santé est mis en cause durant la recherche rétrospective de la source d'une infection mais refuse de subir des tests, il devra être traité comme s'il était porteur du pathogène visé et être adressé au comité d'experts.*

6. *Pour que l'identification de la source soit le plus efficace possible, la surveillance des nouvelles infections exercée par le service local de santé publique devrait être de grande qualité :*

   a) *les infections dues à ces pathogènes transmissibles par le sang (y compris le VIH) devraient être signalées à l'organisme local de santé publique;*

   b) *au cours des entrevues, il faut identifier les facteurs de risque de toutes les personnes chez lesquelles on vient de découvrir une infection, notamment les interventions antérieures propices aux expositions;*

   c) *il faut passer constamment en revue les données, c.-à-d. les cas traités par un travailleur de la santé ou un établissement; et*

   d) *il faut maintenir une bonne communication entre les cliniciens et l'organisme de santé publique.*

7. *Il faut effectuer une recherche rétrospective des patients exposés à la source et entreprendre un programme de notification lorsque la pratique professionnelle d'un travailleur de la santé infecté est modifiée ou restreinte parce que celui-ci risque de transmettre son infection. Si l'on modifie la pratique d'un travailleur, c'est qu'on reconnaît que celui-ci a pu transmettre un agent pathogène depuis qu'il a été infecté.*

8. *Aucun programme de recherche de la source de l'infection ou de notification n'est requis si le comité d'experts qui évalue le travailleur de la santé ne recommande pas de modifier ou de limiter la pratique du travailleur.*

9. *Lorsqu'on détermine la période rétrospective visée par le programme de notification, il faut tenir compte de la date où le travailleur de la santé a contracté l'infection, si on la connaît, et les occasions où des interventions propices aux expositions ont été effectuées.*

10. *L'établissement qui emploie le travailleur de la santé infecté ou l'établissement où ce travailleur exerce sa profession devrait être le principal maître d'oeuvre du programme de notification et être secondé par l'organisme local de santé publique.*

11. *Si le travailleur de la santé n'est pas réglementé, le principal organisme responsable du programme de notification est l'organisme local de santé publique.*

12. *La notification peut se faire dans plusieurs provinces ou territoires si le travailleur de la santé a travaillé à plusieurs endroits durant la période visée par la recherche rétrospective des patients exposés à la source.*

13. *Il faut encourager les médecins ainsi que le médecin hygiéniste ou son équivalent à permettre qu'on utilise leurs systèmes d'information dans le cadre des programmes de recherche rétrospective des patients exposés. Il est souvent difficile d'obtenir les adresses les plus récentes, et leurs bases de données devraient grandement faciliter la recherche.*

14. *Dans le cadre des programmes de notification, on devrait prendre toutes les mesures raisonnables pour encourager les patients à subir des tests, pour leur propre bien et celui de leur famille. Citons entre autres mesures le recours aux médias, des lettres de notification très claires, l'information des praticiens locaux et la formulation de recommandations spécifiques concernant les tests; la confidentialité devra être respectée en tout temps.*

15. *Dans le cadre également du processus de notification, il faudrait colliger le nom des personnes à aviser, veiller à ce que l'équipe d'intervention soit en place et prête à agir, aviser tous les patients en même temps et être prêt à répondre aux questions de la population, peut-être au moyen d'un service d'assistance téléphonique.*

DIVULGATION DE L'INFORMATION AUX PATIENTS

Préambule

Les participants ont discuté de la nécessité de dévoiler l'identité du travailleur de la santé après une exposition importante du patient et de la mesure dans laquelle le travailleur de la santé infecté doit informer le patient avant d'effectuer une intervention qui pourrait entraîner une exposition importante à un pathogène transmissible par le sang.

Aux États-Unis, les CDC ont recommandé que «les travailleurs de la santé qui sont infectés par le VIH ou le VHB [et sont AG HBE positifs] ne pratiquent pas d'interventions propices aux expositions à moins (...) d'aviser les patients de leur séropositivité avant une intervention propice aux expositions»[2]. (traduction) Rares sont les États, cependant, qui ont mis en pratique cette recommandation.

Si les travailleurs de la santé voient la divulgation de ces renseignements comme un élément pouvant menacer leur gagne-pain, ils seront moins désireux de connaître leur statut sérologique ou hésiteront davantage à subir volontairement des tests. De l'avis des participants, si les comités d'experts prennent des décisions valables qui tiennent compte de toutes les données disponibles sur l'ampleur du risque posé par des travailleurs de la santé infectés effectuant des interventions propices aux expositions et si les modifications ou les restrictions qu'ils imposent touchant la pratique de ces travailleurs sont respectées par ces derniers, il ne serait pas nécessaire de divulguer cette information.

À l'heure actuelle, il est vrai, les organismes de réglementation ou les organismes locaux de santé publique dans certaines provinces et territoires au Canada ne sont pas habilités à surveiller l'application des modifications ou des limites imposées à la pratique des travailleurs de la santé réglementés ou non réglementés. Des changements d'ordre législatif peuvent s'imposer.

Recommandations

1. *Si l'état de santé du travailleur de la santé infecté et les interventions propices aux expositions ont fait l'objet d'une évaluation par le comité d'experts et si toutes les recommandations de ce comité sont respectées, il n'est pas nécessaire de dévoiler l'état infectieux d'un travailleur de la santé à des patients avant une intervention propice aux expositions afin de protéger ces derniers contre des pathogènes transmissibles par le sang.*

2. *Après une exposition importante au sang d'un travailleur de la santé, le patient doit être avisé qu'il a été exposé au sang d'un membre de l'équipe soignante (il n'est pas nécessaire de donner le nom du travailleur de la santé).*

3. *Le travailleur de la santé est tenu de passer des tests après qu'un patient a subi une exposition importante. Si le travailleur de la santé est porteur du VHB, du VHC ou du VIH, le patient a le droit de savoir à quel pathogène il a été exposé afin de pouvoir suivre le protocole post-exposition approprié*[41].

RECYCLAGE ET SOUTIEN DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ INFECTÉS

Préambule

Les travailleurs de la santé qui soupçonnent ou savent qu'ils sont infectés par un pathogène transmissible par le sang devraient être persuadés qu'en passant des tests ou en signalant l'infection, ils recevront des conseils et des traitements adéquats de même que le soutien et l'encouragement dont ils ont besoin pour continuer d'exercer leurs tâches de façon jugée sûre pour leurs patients. Les politiques qui visent à soutenir les travailleurs de la santé risquent plus d'être efficaces que celles qui tendent de les exclure ou de les punir.

Les participants ont discuté des éléments d'un système de soutien de même que des responsabilités de l'établissement employeur et de l'organisme de réglementation qui régit le travailleur de la santé infecté. Les modifications ou les restrictions recommandées par le comité d'experts peuvent avoir un profond retentissement sur la vie professionnelle et la situation financière du travailleur de la santé. Certains participants estimaient que les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient favoriser le recyclage lorsque c'est nécessaire.

Recommandations

1. *Il faut établir un système de soutien pour les travailleurs de la santé infectés par un pathogène transmissible par le sang. Les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation devraient veiller à ce que les principaux éléments suivants soient mis en place :*

   a) *un point d'accès bien défini, de préférence au sein d'une association professionnelle, d'un organisme de réglementation ou d'un autre groupe indépendant de l'employeur qui peut défendre les intérêts du travailleur de la santé;*

   b) *des mesures pour préserver l'anonymat du travailleur de la santé;*

   c) *une personne ressource au point d'accès qui veillera à ce que le soutien nécessaire soit offert sur-le-champ et de façon continue et qui facilitera l'accès du travailleur de la santé*

      i) *à des soins médicaux et des services de counselling appropriés,*

      ii) *à un soutien social et psychologique,*

      iii) *à des conseils professionnels sur le maintien au tableau de l'association professionnelle,*

      iv) *aux diverses options en ce qui a trait à la sécurité du revenu et au recyclage.*

2. *Chaque ministère provincial et territorial de la Santé devrait collaborer avec les associations professionnelles et les organismes de réglementation compétents à la mise en place d'un système de soutien et à l'élaboration d'une politique touchant son utilisation. Les associations professionnelles ont la responsabilité d'informer l'ensemble de leurs membres de l'existence de ces services, y compris ceux qui travaillent en cabinet privé ou dans un établissement comptant un petit nombre d'employés.*

3. *Une fois qu'il a été établi qu'il a été infecté par un pathogène transmissible par le sang et en attendant que le comité d'experts présente ces recommandations, le travailleur de la santé devrait demeurer membre de l'association professionnelle et continuer de recevoir sa rémunération et ses avantages sociaux, s'il y a lieu.*

4. *Dans la mesure du possible, il faudrait s'efforcer de trouver des tâches utiles à faire aux travailleurs de la santé si leurs activités ont été restreintes pendant la période d'attente.*

5. *Les organismes de réglementation, les associations professionnelles et les établissements de santé devraient encourager leurs membres ou employés à examiner la possibilité de demander des prestations d'invalidité pour cause d'infection par un pathogène transmissible par le sang. Un régime d'assurance-invalidité privé ou collectif peut couvrir une telle éventualité. Si l'infection a été contractée au travail, il est possible de solliciter une indemnisation de la Commission des accidents du travail.*

6. *Les associations professionnelles devraient informer leurs membres des types de couverture qui existent.*

7. *Les organismes de réglementation, les associations professionnelles et les établissements de la santé devraient informer leurs membres ou employés des critères d'admissibilité à de telles polices d'assurance (tels que les rapports d'accident pour les blessures causées par un instrument, les tests de référence, etc.).*

8. *Il faut encourager les compagnies d'assurance à offrir aux travailleurs de la santé des polices d'assurance-invalidité pour les infections par des pathogènes transmissibles par le sang contractées au travail.*

9. *Cette protection devrait être offerte également aux personnes qui ne peuvent identifier la source de leur infection ou ont été infectées en dehors de leur travail.*

10. *Il faut faire comprendre aux étudiants dans le domaine de la santé que s'ils contractent une infection transmissible par le sang, leurs tâches pourraient être modifiées.*

11. *Les travailleurs non réglementés devraient obtenir des conseils par l'entremise de leur organisme de santé publique.*

DÉFINITIONS

Interventions propices aux expositions*
(Définition canadienne)

Cette expression est utilisée dans le cadre de la gestion du risque associé aux pathogènes transmissibles par le sang au Canada. Il s'agit d'interventions au cours desquelles la transmission du VHB, du VHC ou du VIH des travailleurs de la santé à des patients est très probable et englobent les actes suivants :

a) la palpation avec le doigt de la pointe d'une aiguille dans une cavité du corps (espace creux à l'intérieur du corps ou d'un de ses organes[5]) ou la présence simultanée des doigts du travailleur de la santé et d'une aiguille ou d'un autre instrument ou objet pointu ou tranchant dans une zone du corps cachée ou très exiguë, p. ex., durant les chirurgies abdominales, cardiothoraciques, vaginales ou orthopédiques lourdes, ou

b) la réparation d'importants traumatismes, ou

c) une section importante ou ablation de tout tissu buccal ou péribuccal, y compris des structures dentaires†

au cours desquelles les tissus exposés du patient peuvent entrer en contact avec le sang d'un travailleur de la santé blessé.

Il est difficile de déterminer toutes les situations où il existe un risque important de transmission d'un pathogène à diffusion hématogène; cette définition vise donc à orienter le praticien ou le comité d'experts lorsque vient le temps de prendre une décision éclairée concernant les facteurs à considérer dans un cas précis.

Exposition importante

Situation où le sang ou un autre liquide organique à risque élevé d'une personne entre en contact avec une cavité du corps d'une autre personne, un tissu sous-cutané ou une écorchure, une éraflure ou de la peau non intacte ou encore une muqueuse[1]. En milieu de soins, un instrument contaminé par le sang d'un travailleur de la santé infecté ou une goutte de sang du travailleur tombée dans une cavité de l'organisme d'un patient peuvent causer une exposition importante.

Technique «mains libres»

Méthode qui permet au «chirurgien et à l'infirmière de salle d'opération de ne pas toucher au même instrument en même temps. Une zone neutre est prévue où l'on place l'instrument pointu ou tranchant à distance des autres instruments»[33]. (traduction)

Recherche rétrospective des patients exposés à la source de l'infection (*look-back*)

Si l'on découvre qu'un travailleur de la santé a été infecté par le VHB, le VHC ou le VIH et qu'il a effectué des interventions propices aux expositions qui auraient pu mettre un patient en contact avec un agent infectieux, l'organisme qui emploie le travailleur de la santé ou l'organisme local de santé publique communique alors avec les patients à risque pour leur fournir des renseignements sur les tests et les traitements possibles et, s'il est établi qu'ils ont été infectés, pour discuter des méthodes de prévention.

---

* L'expression «interventions invasives» a été utilisée durant la Conférence de concertation. Après étude par un sous-groupe, elle a été remplacée par «interventions propices aux expositions», considérée comme plus générique.

† Nous n'avons pas l'intention de considérer tous les actes dentaires invasifs comme propices aux expositions bien que ce soit théoriquement possible; notre objectif est plutôt d'identifier les interventions comportant une effraction importante du tissu buccal ou péribuccal.

Technique «sans contact»

L'utilisation d'un instrument, tel qu'une pince porte-éponge, plutôt que les mains, pour manipuler ou toucher du matériel contaminé ou pour manipuler ou toucher du matériel stérile[43].

Non-répondeur

Travailleur de la santé qui a reçu deux séries complètes (trois doses) du vaccin contre l'hépatite B et qui a obtenu des résultats négatifs au test de détection des anticorps anti-HBs (< 10 UI/L) 4 à 8 semaines après chaque série vaccinale[41].

Recherche rétrospective de la source de l'infection (*trace-back*)

Si une infection à VBH, VHC ou VIH a été détectée chez un patient et si, de l'avis du médecin ou de l'organisme local de santé publique, ce patient ne présente aucun facteur de risque identifiable d'infection par ce pathogène à part le fait qu'il a subi une intervention propice aux expositions durant la période d'incubation normale, l'organisme local de santé publique cherchera alors à identifier le travailleur de la santé qui a effectué des interventions propices aux expositions et d'autres patients infectés ou potentiellement infectés afin de leur offrir un traitement et des conseils sur la façon de prévenir la transmission des pathogènes.

RÉFÉRENCES

1. Santé Canada, LLCM. *Risques de transmission des pathogènes à diffusion hématogène dans les établissements de soins de santé.* RMTC 1992;18:177-84.

2. CDC. *Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patients during exposure-prone procedures.* MMWR 1991;40:1-9.

3. Joint Working Party of the Hospital Infection Society and the Surgical Infection Study Group. *Risks to surgeons and patients from HIV and hepatitis: guidelines on precautions and management of exposure to blood or body fluids.* BMJ 1992;305:1337-43.

4. PHLS. *Hepatitis C virus transmission from HCW to patient.* CDR Review 1995;5(26):R121.

5. *Dorland's illustrated medical dictionary.* 27th edition. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1988.

6. Bell DM, Shapiro CN, Culver DH et coll. *Risk of hepatitis B and human immunodeficiency virus transmission to a patient from an infected surgeon due to percutaneous injury during an invasive procedure: estimates based on a model.* Infect Agents Dis 1992;263-69.

7. Bell D. *Human immunodeficiency virus transmission in health care settings: risk and risk reduction.* Am J Med 1991;3B-294S–3B-300S.

8. Bell DM, Shapiro CN, Ciesielski CA, Chamberland ME. *Preventing bloodborne pathogen transmission from health-care workers to patients.* Surg Clin North Am 1995;75:1189-1203.

9. Santé Canada, LLCM. *Transmission nosocomiale de l'hépatite B associée à une chirurgie orthopédique - Nouvelle-Écosse.* RMTC 1992;18:89-90.

10. Johnson BL, Langille DB, LeBlanc JC et coll. *Transmission of hepatitis B related to orthopedic surgery.* Infect Control Hosp Epidemiol 1994;15:352.

11. Johnson I. *Hepatitis B - EEG clinics outbreak investigation.* Toronto: Ontario Ministry of Health. 1997. Rapport final.

12. PHLS. *Lessons from two linked clusters of acute hepatitis B in cardiothoracic surgery patients.* CDR Rev 1996;6:R119-R125.

13. PHLS. *Response to the discovery of two practicing surgeons infected with hepatitis B.* CDR Rev 1996;6:R126-R128.

14. The Incident Investigation Team and Others. *Transmission of hepatitis B to patients from four infected surgeons without hepatitis B e antigen.* N Engl J Med 1997;336:178-84.

15. Heptonstall J. Communication présentée lors de la Conférence de concertation sur les professionnels de la santé infectés : Risque de transmission des pathogènes à diffusion hématogène. Ottawa : 19 novembre 1996.

16. Mast E. Communication présentée lors de la Conférence de concertation sur les professionnels de la santé infectés : Risque de transmission des pathogènes à diffusion hématogène. Ottawa : 19 novembre 1996.

17. Esteban JI, Gomez J, Martell M et coll. *Transmission of hepatitis C virus by a cardiac surgeon.* N Engl J Med 1996;334:555-60.

18. CDC. *Transmission of HIV infection during an invasive dental procedure, Florida.* MMWR 1991;40:21-27,33.

19. CDC. *Update: investigations of persons treated by HIV-infected health care workers - United States.* MMWR 1993;42:329-31.

20. Dorozynski A. *French patient contracts AIDS from surgeon.* BMJ 1997;314:250.

21. Robert L, Chamberland ME, Cleveland J et coll. *Investigations of patients of health care workers infected with HIV: CDC database.* Ann Intern Med 1995;122:653-57.

22. Robillard P. Communication présentée lors de la Conférence de concertation sur les professionnels de la santé infectés : Risque de transmission des pathogènes à diffusion hématogène. Ottawa : 19 novembre 1996.

23. Gerberding JL. *Procedure-specific infection control for preventing intraoperative blood exposures.* Am J Infect Control 1993;21:364-7.

24. Harpaz R, Von Seidlein L, Averhoff FM et coll. *Transmission of hepatitis B virus to multiple patients from a surgeon without evidence of inadequate infection control.* N Engl J Med 1996;334:549-54.

25. Tokars JI, Bell DM, Culver DH et coll. *Percutaneous injuries during surgical procedures.* JAMA 1992;267:2899-904.

26. Short LJ, Bell DM. *Risk of occupational infection with blood-borne pathogens in operating and delivery room settings.* Am J Infect Control 1993;21:343-50.

27. Lanphear BP. *Trends and patterns in the transmission of bloodborne pathogens to HCW.* Epidemiol Rev 1994;6:437-50.

28. Shapiro CN. *Occupational risk of infection with hepatitis B and hepatitis C virus.* Surg Clin North Am 1995;75:1047-56.

29. Pugliese G. *Should blood exposures in the operating room be considered part of the job?* Am J Infect Control 1993;21:337-42.

30. Paltiel D. *Perception of risk.* Communication présentée lors de la Conférence de concertation sur les professionnels de la santé infectés : Risque de transmission des pathogènes à diffusion hématogène. Ottawa : 19 novembre 1996.

31. National Safety Council. Plog B, éd: *Fundamentals of industrial hygiene.* 3e édition. Chicago: National Safety Council, 1988;457-474.

32. CDC. *Evaluation of blunt suture needles in preventing percutaneous injuries among health-care workers during gynecologic surgical procedures — New York City, March 1993-June 1994.* MMWR 1997;46:25-9.

33. Raahave D. *Operative precautions in HIV and other bloodborne virus diseases.* Infect Control Hosp Epidemiol 1996;17:529-31.

34. Gerberding JL, Lewis FR, Schecter WP. *Are universal precautions realistic?* Surg Clin North Am 1995;75: 1091-104.

35. Kelen GD, Green GB, Hexter DA et coll. *Substantial improvement in compliance with universal precautions in an emergency department following institution of policy.* Arch Intern Med 1991;151:2015-56.

36. Courington KR, Patterson SL, Howard RJ. *Universal precautions are not universally followed.* Arch Surg 1991;126:93-6.

37. Wright JG, Young NL, Stephens D. *Reported use of strategies by surgeons to prevent transmission of bloodborne diseases.* Can Med Assoc J 1995;152:1089-95.

38. Osterman JW. *Beyond universal precautions.* Can Med Assoc J 1995;152:1051-95.

39. Schaffner W, Mishu-Allos B. *Protecting patients when their surgeon or dentist is infected with a blood-borne virus.* J Hosp Infect 1995;30S:156-62.

40. Hersey JC, Martin LS. *Use of infection control guideline by workers in healthcare facilities to prevent occupational transmission of HBV and HIV: results from a national survey.* Infect Control Hosp Epidemiol 1994;15:243-52.

41. Santé Canada, LLCM. *Un protocole intégré pour la prise en charge des travailleurs de la santé exposés à des pathogènes transmissibles par le sang.* RMTC 1997;23S2:1-14.

42. Mast EE, Alter MJ. *Prevention of hepatitis B virus infection among HCW.* Dans : Ellis RW, éd. *Hepatitis B vaccines in clinical practice.* New York: Dekker, 1993:295-307.

43. AORN. *Standards, recommended practices, and guidelines.* 1997:303.

RÉPONSE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

La prévention de la transmission d'agents pathogènes à diffusion hématogène en milieu de travail constitue un objectif stratégique très important. L'Association médicale canadienne (AMC) a tout comme Santé Canada à coeur de continuer de protéger la population. L'AMC félicite Santé Canada et le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) de leur vigilance dans ce dossier et de la tenue de la conférence au cours de laquelle les présentes recommandations ont été formulées.

Toutefois, l'AMC croit qu'il serait trompeur de laisser entendre que les participants à la conférence se sont entendus sur ces questions. Bien que ces discussions aient permis de connaître l'avis des intervenants, aucun consensus n'a pu être établi. Plus du tiers des participants interrogés récemment n'étaient pas en faveur de la publication de ces recommandations, compte tenu des objections formulées par l'AMC et d'autres.

Les recommandations contenues dans ce compte rendu remplacent celles publiées par le LLCM à l'issue d'une conférence de concertation similaire organisée en 1992 et en divergent à certains importants égards. L'AMC n'appuie pas ces nouvelles recommandations. En passant d'un système volontaire d'immunisation et de dépistage à un système obligatoire dans le cas de l'hépatite B, et ou introduisant un nouveau système de prise en charge de tous les travailleurs de la santé infectés par le virus de l'hépatite B (VHB), le virus de l'hépatite C ou le virus de l'immunodéficience humaine, on se trouve à violer d'importants droits à la vie privée, à la confidentialité et à l'autonomie et à imposer de nouvelles charges et responsabilités. Les recommandations révisées n'expliquent pas clairement pourquoi ces changements sont nécessaires ou justifiés. L'AMC ne croit pas qu'ils le soient.

Voici les principales réserves de l'AMC concernant ces nouvelles recommandations :

- le système obligatoire proposé, en particulier l'accent sur le concept d'«interventions propices aux expositions» risque de protéger encore moins bien la population qu'un programme volontaire soigneusement mis en oeuvre;
- les recommandations portent trop exclusivement sur un groupe à risque particulier, et les mesures très ciblées ne contribueront guère à prévenir la transmission comparativement à d'autres mesures plus globales, telles que l'immunisation universelle;
- les données ne prouvent pas qu'on ait besoin de mesures qui empiètent plus sur la vie privée et l'autonomie que les recommandations précédentes;
- pour ce qui est du VHB, il est peu probable que le régime réglementaire proposé permette de réduire beaucoup plus le risque que les recommandations de 1992; les gains minimes qui pourraient être réalisés dans le cadre du régime réglementaire proposé ne compensent pas, tout bien considéré, les coûts moraux, sociaux et financiers engendrés;
- les raisons invoquées à l'appui de ces recommandations ne sont pas claires, en particulier pour ce qui est des principes qui les sous-tendent;
- le respect de l'autonomie et de la vie privée n'est pas suffisamment pris en compte;
- la façon d'aborder l'évaluation et la gestion du risque manque au mieux de clarté et, dans le pire des cas, est embrouillée.

Si les responsables de la santé veulent sérieusement protéger la population, ils devraient prendre en considération les mesures suivantes :

- l'immunisation universelle contre l'hépatite B;
- des tests plus poussés auxquels se soumettraient volontairement les professionnels de la santé;
- les précautions universelles;
- une campagne d'éducation s'adressant à la population et aux professionnels de la santé.

L'AMC croit qu'un système volontaire bien mis en oeuvre, complété par un programme d'éducation, assurerait une meilleure protection que les recommandations formulées par les participants à la conférence et auraient de plus le mérite de moins empiéter sur la vie privée et l'autonomie.

Dans le cas du VHB, l'immunisation contribue certainement de façon importante à prévenir la transmission de l'infection du travailleur de la santé au patient (c'est également une précaution à prendre pour protéger le travailleur de la santé lui-même). Il serait bon d'immuniser le plus grand nombre possible de travailleurs de la santé qui peuvent transmettre le VHB. Toutefois, l'AMC pense que cet objectif pourrait être atteint en utilisant des moyens moins contraignants,

notamment en encourageant la vaccination dans le cadre d'un vaste effort d'éducation des travailleurs de la santé ou en facilitant l'accès au vaccin. Les étudiants en médecine, en sciences infirmières et en dentisterie, en particulier, et d'autres professionnels de la santé en formation devraient se voir offrir le vaccin contre l'hépatite B à l'intérieur de leur programme d'études.

L'AMC est d'avis qu'un système volontaire pour l'immunisation comme pour le dépistage n'a jamais été vraiment essayé. Si la couverture vaccinale des travailleurs de la santé n'a jamais été aussi élevée qu'on le souhaitait, ce n'est pas parce que l'approche volontaire adoptée après les recommandations de 1992 est inefficace. C'est plutôt parce que le système volontaire n'a jamais été vraiment bien implanté.

Quant au dépistage obligatoire de l'infection à VHB, il importe de noter que dans le document de 1992, on ne recommandait même pas d'effectuer des tests après la vaccination. Ceci étant dit, la décision soudaine d'imposer des tests dans les nouvelles recommandations n'est pas justifiée. Avant d'envisager un système obligatoire, on devrait, dans le cadre d'un essai, recommander fortement aux professionnels de la santé de se faire vacciner et de procéder à des tests de contrôle après la vaccination, le tout s'inscrivant dans une campagne d'éducation où l'on explique bien les risques et les avantages de la vaccination et de la connaissance de son état sérologique.

Il y a tout lieu de croire qu'une approche volontaire, activement mise en oeuvre, pourrait s'avérer aussi efficace pour prévenir la transmission du VHB en milieu de travail que le mécanisme de dépistage et de prise en charge proposé dans les recommandations révisées. L'AMC a élaboré récemment une politique détaillée en ce sens et exhorte les professionnels de la santé, les établissements de santé, les autorités sanitaires et les gouvernements à examiner sérieusement le système volontaire efficace qu'elle propose. Compte tenu des progrès enregistrés dans le traitement de l'infection à VHB, on a beaucoup plus intérêt à connaître aujourd'hui son état sérologique que dans le passé. De plus, l'AMC considère que les travailleurs de la santé ont la responsabilité de connaître leur état sérologique s'ils peuvent faire courir un risque important à leurs patients. Cette responsabilité s'appuie sur le principe déontologique de la profession médicale, à savoir de «ne pas nuire». Le système de santé dépend et doit dépendre dans une large mesure de l'intégrité morale des travailleurs de la santé. Une approche volontaire qui fait expressément appel à la responsabilité professionnelle miserait sur l'intégrité morale individuelle de tous les travailleurs de la santé.

Il serait possible de réduire davantage le risque si cette approche volontaire intensive s'accompagnait d'un meilleur emploi des précautions universelles ou de l'utilisation d'autres mesures prophylactiques. La mise en place de programmes de vaccination des patients avant une opération, dans les cas où c'est possible, contribuerait également à réduire de façon importante le risque de transmission professionnelle.

Enfin, l'AMC a de sérieuses réserves concernant l'accent mis dans les recommandations sur la transmission *professionnelle* du VHB. Des données montrent clairement que les risques de transmission en milieu de travail sont infimes comparativement aux risques associés à d'autres sources d'infection, telles que les maladies transmises sexuellement et l'usage de drogues injectables. Un programme de vaccination et de dépistage obligatoire qui cible les travailleurs de la santé ne réglera guère les graves problèmes de santé publique causés par le VHB. Une initiative plus énergique visant à vacciner l'ensemble de la population, par exemple, contribuerait davantage à réduire le risque de transmission sans pointer du doigt et stigmatiser un groupe particulier dans la société.

L'AMC reconnaît qu'une telle initiative serait coûteuse. Toutefois, le régime obligatoire proposé dans les recommandations serait également coûteux sur les plans social et moral de même que financier. La transmission de pathogènes à diffusion hématogène en milieu de travail est un élément mineur mais non négligeable d'un problème beaucoup plus vaste en santé publique. On peut se demander si certaines ou même toutes les nouvelles mesures présentées dans les recommandations révisées sont rentables (car l'argent aurait pu être utilisé autrement pour prévenir la transmission). L'AMC croit que l'immunisation universelle contre le VHB serait probablement plus rentable. Abstraction faite des coûts, il ne fait aucun doute que si l'on veut apporter une réponse sérieuse et globale au problème du VHB, l'immunisation universelle serait la solution la plus efficace.

L'AMC a à coeur de protéger la population des maladies et poursuivra ses efforts au nom de ses membres et du grand public.

RÉPONSE DE L'ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE

L'Association dentaire canadienne (ADC) appuie l'objectif général du compte rendu de la Conférence de concertation sur les travailleurs de la santé infectés, du LLCM, qui vise à mettre davantage l'accent sur les mesures de prévention et à réduire les risques de transmission de pathogènes à diffusion hématogène par les praticiens. Il reste qu'à notre avis, les tests obligatoires et les autres exigences connexes imposées aux praticiens pour fournir la preuve d'une séroconversion sont peu pratiques parce qu'ils peuvent être contestés sur le plan juridique et poser d'autres graves problèmes. L'ADC croit que l'objectif général du rapport et les objectifs particuliers de ces recommandations peuvent être atteints de façon beaucoup plus efficace et efficiente en mettant davantage l'accent sur les mesures de prévention dans le cadre d'un système volontaire administré par des organismes de réglementation professionnelle.

L'ADC encourage actuellement les professionnels en santé dentaire à se faire vacciner (volontairement) contre l'hépatite B. Une étude récente effectuée en 1994 et 1995 par G.M. McCarthy et J.K. MacDonald montre que cette politique a été couronnée de succès : 93 % à 94 % des dentistes de l'Ontario ont ainsi été immunisés et 1 % de plus ont acquis une immunité naturelle[1]. Une étude plus récente auprès des dentistes du Canada entier, effectuée par les mêmes auteurs et subventionnée par Santé Canada, indique que 94 % des dentistes répondants avaient été vaccinés contre le VHB.

Depuis 1986, aucun cas de transmission de l'hépatite B d'un dentiste à un patient n'a été signalé. Il est difficile de justifier la vaccination obligatoire des dentistes lorsque, manifestement, les approches volontaires sont pratiques et peuvent fonctionner.

Le *Code de déontologie* de l'ADC, auquel font référence plusieurs organismes provinciaux de réglementation de la profession dentaire, dit dans l'article 2 sur la compétence :

> Il incombe au dentiste d'informer son organisme de réglementation de toute blessure, dépendance, infection ou autre incapacité grave, qui pourrait, dans l'immédiat ou éventuellement, affecter sa capacité d'exercer en toute sécurité et avec compétence.

Le but d'une telle disposition est d'encourager un mécanisme volontaire, administré par l'organisme de réglementation de la profession dentaire, de travailler avec les praticiens à l'identification des restrictions (et de délimiter un champ d'activité adéquat après consultation).

L'imposition du régime proposé créera des problèmes plutôt qu'elle ne les réglera. L'ADC a obtenu une opinion juridique préliminaire indiquant que les dispositions relatives aux tests obligatoires ou à la preuve d'une séroconversion pourraient être contestées en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés*. Les organismes de réglementation professionnelle seront alors placés dans une situation difficile : avec, d'un côté, les recommandations contenues dans le rapport du LLCM et, de l'autre, la possibilité de poursuites s'ils respectent ces recommandations.

Ces recommandations posent des problèmes tant sur le plan pratique que juridique. Une des principales difficultés tient à la «nouvelle définition canadienne» de l'expres-sion «interventions propices aux expositions» dans le domaine de la dentisterie. Comme rien ne prouve que des maladies peuvent être transmises à des patients dans un cabinet dentaire, il est techniquement impossible d'iden-tifier une intervention dentaire qui serait plus «à risque» que d'autres. La définition tente malgré tout d'établir un lien entre le risque et la «nature invasive» de l'inter-vention dentaire, bien qu'on ne dispose d'aucune donnée directe établissant ce lien.

La recommandation qui vise à imposer aux praticiens de fournir des preuves de séroconversion pose un autre problème pratique. Après le vaccin contre l'hépatite B, les titres d'anticorps sériques mesurés par les tests sérologiques déclinent. Malgré la baisse graduelle du titre d'anticorps, il n'est pas nécessaire - comme pour de nombreux vaccins administrés durant l'enfance - de recevoir un rappel. En fait, les rappels ne sont pas recommandés. Il n'est pas actuellement recommandé d'effectuer des tests après l'immunisation à cause du coût et du nombre élevé de séroconversions observées, en particulier chez les jeunes. Si ces recommandations dans le rapport du LLCM ne peuvent être modifiées, il faudra les examiner plus à fond et clarifier ces questions.

Bien que la publication de ces recommandations ne puisse être assimilée à l'adoption d'une nouvelle politique par le gouvernement fédéral, elles peuvent être considérées comme une référence juridique dans le domaine médical ayant une valeur en soi. L'ADC expose ses réserves pour faciliter l'évaluation du rapport et de ses recommandations.

Malgré tout, l'ADC trouve que le compte rendu de la Conférence de concertation montre qu'il est *nécessaire de mettre à nouveau l'accent sur les approches volontaires, dirigées par les organismes de réglementation professionnelle, en vue de prévenir la transmission de maladies des praticiens aux patients.*

L'ADC s'engage à cet égard à inclure les objectifs immédiats suivants :

- encourager davantage les dentistes à se faire volontairement vacciner et encourager plus particulièrement la vaccination du personnel auxiliaire en soins dentaires qui travaille auprès des patients;

- faire prendre conscience aux professionnels qu'ils ont la responsabilité de connaître les résultats de l'immunisation;

- prendre des mesures pour sensibiliser les professionnels aux mesures susmentionnées et à leur lien avec l'article 2 du *Code de déontologie* de l'ADC (et les dispositions connexes dans les codes de chacune des provinces);

- lancer des initiatives en vue de sensibiliser les professionnels à l'importance permanente des précautions universelles et de leur respect intégral et constant.

Référence

1. McCarthy GM, MacDonald JK. *Improved compliance with recommended infection control practices in the dental office between 1994 and 1995*. Am J Infect Control 1998;26:24-8.

Annexe 1
LISTE DES PARTICIPANTS

Abbott, Dr Lewis
Queen Elizabeth Hospital

Amos, Mme Anita
Canadian Association of Nephrology Nurses & Technologists

Archibald, Dr Chris
Division de la recherche épidémiologique sur le VIH

***Armstrong**, Mme Nicole
Bureau des maladies infectieuses

Baines, Dr Andrew
Faculty of Medecine/University of Toronto

Beaty, M. Jeremy
Société des survivants de l'hépatite C

Bertolini, M. Renzo
Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail

Blaney, Mme Sharon
Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé du travail

Bouchard, Mme Françoise
Association pour la santé et la sécurité du travail

Bragg, Mme Dorothy
Fédération nationale des syndicats d'infirmières/infirmiers

Brazeau, Dr Michel
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Chadsey, Dr Don
College of Physicians & Surgeons of Alberta

Chartrand, Mme Valérie
Northside Harbor View Hospital

Cheung, Dr Lily
Association canadienne de la médecine du travail et de l'environnement

Clottey, Dr Clarence
Saskatchewan Health Department

Cogan, Mme Patricia
Comité des patients de l'Hôpital général de Montréal

Conly, Dr John
Toronto Hospital

Coshan, Mme Rita
Occupational Health and Safety Association, Regina

Demshar, D^{re} Helen
Ministère de la Santé de l'Ontario, Direction des services de laboratoire

***Deschamps**, Mme Linda
Division de la recherche épidémiologique sur le VIH

Douville-Fradet, D^{re} Monique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Ellis, Mme Cathy
Canadian Confederation of Midwives

Fast, D^{re} Margaret
Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba

Galvon, D^re^ Fran
Nova Scotia, Northern Regions

Garber, Dr Gary
Hôpital général d'Ottawa

*†**Gill**, Dr John
Southern Alberta Clinic

Gilmore, Dr Norbert
Centre de Médecine, d'Éthique et de Droit
de l'Université McGill

*†**Godsoe**, Dale
Comité consultatif des règlements relatifs au sang

Gray, Mme Shelley
Nova Scotia Department of Labour

Grimsrud, D^re^ Karen
Alberta Health

***Gully**, Dr Paul
LLCM

***Gumpert**, Mme Suzanne
Association des infirmières et infirmiers du Canada

Hamilton, M. Rod
Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario

Hart, Dr Brom
Dentiste, Halifax

Hay, Mme Vija
Operating Room Nurses Association of Canada

Heptonstall, D^re^ Julia
Communicable Disease Surveillance Center, R.-U.

Honish, Mme Agnes
Association pour la prévention des infections à
l'hôpital et dans la communauté - Canada

Johnston, D^re^ Lynn
Victoria General Hospital

Jorundson, Dr Edward
Services de santé au travail et d'hygiène du milieu,
Santé Canada

Kinch, Dr Robert
Société des obstétriciens et gynécologues
du Canada

King, D^re^ Susan
The Hospital for Sick Children

Knoppers, Mme Bartha
McMaster Meighen

Kolbinson, Dr Dean
University of Saskatchewan

***Lapensée**, Mme Katherine
LLCM

Legault, D^re^ Diane
Ordre des dentistes du Québec

Liss, Dr Gary
Ministère du Travail de l'Ontario

Losos, Dr Joe
LLCM

Mah, D^re^ Stéphanie
Workers Compensation Board of B.C.

Malawski, D^re^ Anna
Hôpital général d'Ottawa

Mast, Dr Eric
Centers for Disease Control & Prevention, É.-U.

McCarthy, Major Anne
Centre d'information sur la sécurité et l'hygiène
au travail, Santé Canada

McCarthy, D^re^ Gillian
Association des facultés dentaires du Canada

***McLaren**, Mme Ruth
Association canadienne de soins de santé

McLean, Mme Patricia
Société de protection des infirmières et infirmiers
du Canada

McGinnis, Dr Randall
Alberta Medical Association

Mestery, Mme Kathy
Ministère de la Santé du Manitoba

Meyers, Mme Jane
Hépatite C

***Mindorff**, Mme Catherine
Community & Institutional Infection Prevention
& Control

***Muirhead,** M. Paul
Williams, McEnery & Davis

Novik, Dr Alvin
Yale University

***Onno,** Mme Sharon
LLCM

Paliotti, Mme Rosa
Association canadienne des soins de santé

Paltiel, Dr David
Yale School of Medicine

***Paton,** Mme Shirley
LLCM

Petty, Dr Trey
Association dentaire canadienne

Potkonjak, Mme Billie
Fondation canadienne des maladies du foie

Randall-Wood, Mme Deborah
Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie

Rebbeck, D[re] Patricia
College of Physicians and Surgeons of B.C.

Rebryna, D[re] Diane
Alberta Dental Association

Redekop, Dr Ted
Ministère du Travail du Manitoba

Ricketts, D[re] Maura
LLCM

Robertson, M. Gerald
University of Alberta

***Robillard,** Dr Pierre
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Rowand, M. Scott
Hamilton Health Sciences Corporation

Spika, Dr John
LLCM

Stein, D[re] Minna
Collège royal des chirurgiens-dentistes de l'Ontario

Stone, Mme Karen
I.W.K. Grace Health Centre

Stratton, D[re] Faith
Department of Health, St. John's

Stringer, Mme Bernadette
Commission de contrôle de l'énergie atomique

Tepper, Dr Martin
LLCM

Vogel, D[re] Anne
Vancouver Health Board

Wallace, D[re] Evelyn
Ministère de la Santé de l'Ontario

***Walters,** Dr David
Association médicale canadienne

White, Mme Wanda
Department of Health and Social Services

Yeo, M. Michael
Association médicale canadienne

Zack, Mme Elisse
Société canadienne du sida

---

* Membre du comité de direction
† N'a pas participé à la conférence