



Chambre des communes
Canada

DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS AU PERSONNEL DES SERVICES D'INTERVENTION D'URGENCE

**RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE**

**BARBARA GREENE, DÉPUTÉE
PRÉSIDENTE**

Juin 1993

CHAMBRE DES COMMUNES

HOUSE OF COMMONS

Fascicule n° 18

Issue No. 18

Le mardi 20 avril 1993

Tuesday, April 20, 1993

Le mardi 1^{er} juin 1993

Tuesday, June 1, 1993

Le mardi 15 juin 1993

Tuesday, June 15, 1993

Présidente: Barbara Greene

Chair: Barbara Greene

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Santé et du

Health and Welfare,

**DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS
AU PERSONNEL DES SERVICES
D'INTERVENTION D'URGENCE**

Condition féminine

CONCERNANT:

RESPECTING:

À l'égard du projet de loi C-333, Loi modifiant la Loi
sur l'accès aux services

Respecting the subject matter of Bill C-333, An Act to
amend the Canada Health Act

Y COMPRIS:

INCLUDING:

**RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE**

**BARBARA GREENE, DÉPUTÉE
PRÉSIDENTE**



Jun 1993

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 18

Le mardi 20 avril 1993

Le mardi 1^{er} juin 1993

Le mardi 15 juin 1993

Présidence: Barbara Greene

Remerci HOUSE OF COMMONS

Issue No. 18

Tuesday, April 20, 1993

Tuesday, June 1, 1993

Tuesday, June 15, 1993

Chair: Barbara Greene

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

**Santé et du
Bien-être social, des
Affaires sociales, du
Troisième âge et de la
Condition féminine**

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing
Committee on*

**Health and Welfare,
Social Affairs,
Seniors and the
Status of Women**

CONCERNANT:

Au sujet du projet de loi C-333, Loi modifiant la Loi canadienne sur la santé

Y COMPRIS:

Neuvième rapport à la Chambre: Divulgence de renseignements au personnel des services d'intervention d'urgence

RESPECTING:

Respecting the subject matter of Bill C-333, An Act to amend the Canada Health Act

INCLUDING:

Ninth Report to the House: Disclosure of Information to Emergency Response Personnel

Troisième session de la trente-quatrième législature,
1991-1992-1993

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991-92-93

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET
DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES
SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA
CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Vice-présidents: Jean-Luc Joncas
Rey Pagtakhan

Membres

Edna Anderson
Jim Karpoff
Bobbie Sparrow
David Walker
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 5)

La greffière du Comité

Christine Fisher

Odette Madore
Margaret Young
Service de recherche
Bibliothèque du Parlement

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND
THE STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Vice-Chairmen: Jean-Luc Joncas
Rey Pagtakhan

Members

Edna Anderson
Jim Karpoff
Bobbie Sparrow
David Walker
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 5)

Christine Fisher

Clerk of the Committee

Odette Madore
Margaret Young
Research Branch
Library of Parliament

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre
des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Édition,
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Published under authority of the Speaker of the
House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Remerciements

Les membres du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, désirent exprimer leur reconnaissance aux responsables et représentants des organismes qui ont accepté de présenter des observations constructives sur les différentes questions traitées dans le rapport.

Notre reconnaissance aussi à Odette Madore et à Margaret Young, de la Bibliothèque du Parlement, pour leur collaboration empressée et compétente. Le Comité ne peut que se féliciter d'avoir pu compter sur des collaboratrices dont la rigueur et le talent lui ont été d'un précieux concours.

Nos remerciements à Christine Fisher, greffière du Comité, qui a fait preuve d'une patience et d'un dévouement indéfectibles pour organiser et coordonner les audiences, puis veiller à la publication du rapport.

Merci également aux personnels de la Direction des comités, du Bureau de la traduction du Secrétariat d'État, des Services de soutien de la Chambre des communes et du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement.

Les parlementaires invités à participer à nos travaux l'ont fait avec sérieux et application, en particulier Joy Langan, du Nouveau parti démocratique, l'instigatrice même de notre recherche. Nous souhaitons que la mise en oeuvre de nos recommandations atténuent l'inquiétude qu'éprouvent dans certaines situations les employés des services d'intervention d'urgence.

Notre Comité suivra la situation de près pour s'assurer que des mesures utiles sont prises pour réduire ce grave problème.

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine a l'honneur de présenter son

NEUVIÈME RAPPORT

1. INTRODUCTION	1
2. EXPOSITION PROFESSIONNELLE AUX MALADIES CONTAGIEUSES	3
Conformément à l'ordre de renvoi de la Chambre des communes du jeudi 10 décembre 1992, votre Comité a étudié la teneur du projet de loi C-333, <i>Loi modifiant la Loi canadienne de la santé</i> , et a convenu de présenter le rapport suivant :	
4. RISQUES D'EXPOSITION	6
5. RAISON D'ÊTRE D'UN PROTOCOLE D'INFORMATION SUR LES MALADIES INFECTIEUSES	8
6. FAUT-IL ÉTABLIR UN PROTOCOLE D'INFORMATION?	10
7. LOIS PROVINCIALES ET TERRITORIALES RELATIVES AUX MALADIES TRANSMISSIBLES	13
8. LE SYSTÈME ACTUEL EST-IL SATISFAISANT?	18
LISTE DES RECOMMANDATIONS	19
ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS	24
ANNEXE B : PROCÉDURE AMÉRICAINE D'INFORMATION	27
ANNEXE C : COMPÉTENCE FÉDÉRALE EN MATIÈRE DE NOTIFICATION DES EMPLOYÉS DES SERVICES D'INTERVENTION D'URGENCE	25
ANNEXE D : LES MALADIES INFECTIEUSES ET LES SERVICES D'INCENDIE ET D'INTERVENTION D'URGENCE	
ANNEXE E : DOCUMENT RÉDIGÉ PAR LE DR DEBORAH M. NATLEY POUR L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DES POMPIERS	31
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	37
PROCES-VERBAUX	39

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
2. EXPOSITION PROFESSIONNELLE AUX MALADIES CONTAGIEUSES : DÉFINITIONS	2
3. COMMENT PRÉVENIR L'EXPOSITION?	3
4. RISQUES D'EXPOSITION	6
5. RAISON D'ÊTRE D'UN PROTOCOLE D'INFORMATION SUR LES MALADIES INFECTIEUSES	8
6. FAUT-IL ÉTABLIR UN PROTOCOLE D'INFORMATION?	10
7. LOIS PROVINCIALES ET TERRITORIALES RELATIVES AUX MALADIES TRANSMISSIBLES	13
8. LE SYSTÈME ACTUEL EST-IL SATISFAISANT?	14
LISTE DES RECOMMANDATIONS	19
ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS	21
ANNEXE B : PROCÉDURE AMÉRICAINE D'INFORMATION	23
ANNEXE C : COMPÉTENCE FÉDÉRALE EN MATIÈRE DE NOTIFICATION DES EMPLOYÉS DES SERVICES D'INTERVENTION D'URGENCE	25
ANNEXE D : LES MALADIES INFECTIEUSES ET LES SERVICES D'INCENDIE ET D'INTERVENTION D'URGENCE	
ANNEXE E — DOCUMENT RÉDIGÉ PAR LE D ^R DEBORAH M. RATLIFF POUR L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DES POMPIERS	31
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	37
PROCÈS-VERBAUX	39

1	INTRODUCTION
2	EXPOSITION PROGRESSIVE AUX MALADIES CONTACTUÉES; DEFINITIONS
3	COMMENT PRÉVENIR L'EXPOSITION
4	RISQUES D'EXPOSITION
5	RAISON D'ÊTRE DU PROTOCOLE D'INFORMATION SUR LES MALADIES INFECTIEUSES
6	FAUT-IL ÉTABLIR UN PROTOCOLE D'INFORMATION?
7	LOIS PROVINCIALES ET TERRITORIALES RELATIVES AUX MALADIES TRANSMISSIBLES
8	LE SYSTÈME ACTUEL EST-IL SATISFAISANT?
9	LISTE DES RECOMMANDATIONS
10	ANNEXE A : LISTE DES TÉMOINS
11	ANNEXE B : PROCÉDURE AMÉRICAINNE D'INFORMATION
12	ANNEXE C : COMPÉTENCES PRÉVUES EN MATIÈRE DE NOTIFICATION DES EMPLOYES DES SERVICES D'INTERVENTION EN SCIENCE
13	ANNEXE D : LES MALADIES INFECTIEUSES ET LES SERVICES D'URGENCE ET D'INTERVENTION D'URGENCE
14	ANNEXE E — DOCUMENT RÉDIGÉ PAR LE DÉPARTEMENT M. RATIONNEL POUR L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DES POMPIERS
15	DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT
16	PROCESSUS

DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS AU PERSONNEL DES SERVICES D'INTERVENTION D'URGENCE

1. INTRODUCTION

Le 17 février 1992, Joy Langan, députée néo-démocrate de Mission—Coquitlam (C.-B.), a déposé le projet de loi privé C-333, Loi modifiant la Loi canadienne sur la santé. Ce projet de loi a pour but «d'inciter les provinces à veiller à ce que leur régime d'assurance-santé prévoie l'obligation pour les hôpitaux de divulguer aux employés d'un service d'intervention d'urgence qui apportent une aide médicale ou des secours d'urgence le nom et la nature d'une maladie infectieuse ou contagieuse qu'un malade pourrait leur avoir transmise»¹. Ce projet de loi vise les pompiers, les agents de police, les techniciens médicaux d'urgence, les auxiliaires médicaux ainsi que toute autre personne intervenant dans les situations d'urgence.

Le projet de loi ajoute un critère de plus aux conditions imposées aux provinces et aux territoires pour être admissibles aux contributions pécuniaires du gouvernement fédéral dans le cadre du Financement des Programmes Établis. Cette nouvelle condition ou «norme nationale» est la «divulgence des maladies infectieuses ou contagieuses». En d'autres termes, le projet de loi C-333 établit un mécanisme permettant au gouvernement fédéral d'imposer aux provinces et territoires l'établissement d'un protocole d'information pour les maladies infectieuses, sans toutefois proposer de protocole particulier.

Le 10 décembre 1992, par consentement unanime, le projet de loi C-333 a été retiré de la Chambre des communes et renvoyé pour examen au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine. En février et mars 1993, le Comité a entendu toute une gamme de témoins : Joy Langan, les représentants des organisations du personnel d'intervention d'urgence (pompiers, agents de police et ambulanciers), des associations de professionnels de la santé (médecins, infirmières et infirmiers), ainsi que des fonctionnaires de Santé et Bien-être social Canada. La liste des témoins figure à l'Annexe A.

Les membres du Comité ont décidé de ne pas limiter leur examen aux modifications proposées à la *Loi canadienne sur la santé*, mais d'envisager aussi diverses possibilités de régler le problème de l'établissement d'un protocole d'information du personnel d'intervention d'urgence. Ils reconnaissent tous l'importance de la protection de la santé et de la sécurité de ceux qui, en raison de la nature de leur travail, font face quotidiennement à des situations d'urgence. En outre, ils comprennent les principes qui ont mené à cette demande de divulgation de renseignements aux employés d'intervention d'urgence susceptibles d'avoir été exposés à des maladies contagieuses.

¹ Notes explicatives du projet de loi C-333.

2. EXPOSITION PROFESSIONNELLE AUX MALADIES CONTAGIEUSES : DÉFINITIONS

Avec les années, les maladies contagieuses professionnelles sont devenues de plus en plus inquiétantes pour le personnel d'intervention d'urgence. Ces maladies sont des maladies infectieuses contractées au travail. Celles qui inquiètent le plus les employés des services d'intervention d'urgence sont les maladies à diffusion aérogène, comme la tuberculose, qui est devenue de plus en plus répandue ces dernières années, ainsi que les maladies hématogènes comme le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus d'immunodéficience humaine (VIH), l'agent responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Il s'agit dans tous les cas de maladies contagieuses considérées comme potentiellement mortelles, étant donné que les personnes qui fournissent des services d'intervention d'urgence et qui contractent ces maladies risquent fort d'en mourir.

Les maladies aérogènes sont transmises de personne à personne par un agent infectieux en suspension dans l'air. L'exposition à une maladie aérogène peut se produire quand l'employé d'intervention d'urgence respire le même air qu'une victime infectée ou lui administre le bouche-à-bouche. Les maladies à diffusion hématogène, elles, peuvent être transmises par contact avec le sang ou les sécrétions corporelles, ou avec du matériel infecté. L'exposition professionnelle à ces maladies peut se produire de nombreuses façons : piqûres d'aiguilles, coupures par un objet tranchant, contact avec les muqueuses (de la bouche, des yeux et du nez) ou contact cutané, particulièrement quand la peau exposée est gercée ou quand le contact est prolongé ou implique une grande surface.

Les experts définissent une exposition importante à une maladie contagieuse comme celle dans laquelle le contact entre la personne infectée et l'employé du service d'intervention d'urgence est suffisant pour que l'infection puisse être transmise. Le degré d'exposition considéré comme important varie selon la maladie. Shirley Paton, infirmière conseil du Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles (Santé et Bien-être social Canada) a donné au Comité l'exemple suivant au sujet des maladies à diffusion aérogène :

Il faudrait qu'il y ait exposition directe pendant une longue période avant qu'il y ait danger de contamination. Par exemple, un policier qui transporte un client infecté par la tuberculose d'un bout à l'autre de la ville dans sa voiture n'aurait pas une exposition importante. Cependant, si ce transport s'était fait de Kenora à Winnipeg, si la personne infectée avait toussé sans arrêt et si les fenêtres avaient été fermées, il y aurait peut-être eu exposition importante².

Pendant les audiences, les témoins ont énuméré de nombreux facteurs pour expliquer les dangers d'exposition accrus du personnel d'intervention d'urgence. L'incidence des maladies contagieuses potentiellement mortelles a augmenté dans l'ensemble de la population, et, partant, chez les victimes secourues; en outre, le rôle de ceux qui interviennent en cas d'urgence s'est élargi au fil des années. Par conséquent, dans le cadre de leurs fonctions normales, ces gens fournissent maintenant régulièrement des traitements médicaux d'urgence aux victimes. Qui plus est, les situations auxquelles ils font face peuvent différer de celles que vivent les professionnels de la santé :

² Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine (ci-après appelés *Procès-verbaux*), fascicule n° 17, p. 17:7 et 17:8.

les services médicaux d'urgence sont fournis sur place, souvent dans des conditions non sanitaires. Doug Coupar, le directeur canadien de l'Association internationale des pompiers, a déclaré au Comité que :

C'est en partie dû à la nature du travail. Les pompiers ne sont plus uniquement des gens qui éteignent des incendies d'immeubles. On les appelle pour assumer toutes sortes de tâches, notamment [...] dégager les victimes d'accidents de la route, pour s'occuper de toutes sortes de victimes dans des situations différentes. Dans l'exercice de leurs fonctions, les pompiers sont exposés à certaines maladies aérogènes et hématogènes³.

Le Comité reconnaît que tous ces facteurs se conjuguent pour exposer le personnel d'intervention d'urgence à des risques de contracter des maladies contagieuses potentiellement mortelles.

3. COMMENT PRÉVENIR L'EXPOSITION?

Pendant ses audiences, le Comité s'est fait dire et répéter que la formation et l'éducation dans le domaine des précautions universelles et des protocoles de contrôle des infections étaient les moyens les plus appropriés et les plus efficaces de prévenir la transmission des maladies infectieuses. Bien que les protocoles de contrôle s'appliquent à plusieurs formes de contagion, les précautions universelles servent généralement à prévenir le contact avec du sang et des sécrétions corporelles qui risquent d'être infectés. Il est recommandé aux intervenants, par exemple, de toujours porter des gants quand leurs mains risquent de toucher des substances corporelles, une peau blessée ou des muqueuses. En outre, il leur est recommandé de protéger leurs vêtements en portant un tablier de plastique et de se protéger les yeux et les muqueuses quand ils craignent d'être éclaboussés ou salis. Les précautions universelles suggèrent aussi que les aiguilles et les seringues usées soient jetées dans un contenant pour articles pointus au point d'utilisation⁴.

Dans leurs témoignages, les organisations qui représentent le personnel d'intervention d'urgence ont laissé entendre qu'elles avaient leurs propres politiques et lignes directrices sur les maladies infectieuses, afin de prévenir la transmission de ces maladies et d'améliorer les pratiques de contrôle des infections. Ces organisations ont également indiqué qu'elles offrent à leurs membres des programmes de formation sur les précautions universelles à prendre à l'égard du sang et des sécrétions corporelles, et elles leur fournissent de l'équipement de protection ainsi que des installations de désinfection adéquates.

Néanmoins, les représentants des associations de pompiers et de policiers ont déclaré que les mesures de formation et de précaution sont insuffisantes pour prévenir l'exposition. Ainsi, Scott Newark, conseiller juridique de l'Association canadienne des policiers, a déclaré :

[...] je ne peux pas dénoncer assez fortement l'argument selon lequel le problème commande seulement une meilleure éducation et une plus grande prudence. C'est ignorer la réalité à laquelle font face les policiers et les secouristes de façon générale.

³ Procès-verbaux, fascicule n° 14, p. 14:24.

⁴ Lynne Downing, «Universal Precautions: A New Approach for Uncertain Times», *NZ Nursing Journal*, juin 1989, p. 15. Cet article a été déposé auprès du Comité par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Les choses ne sont pas aussi simples dans la pratique. Les précautions ne sont pas des garanties⁵.

En fait, les associations représentant les employés d'intervention d'urgence ont laissé entendre que, dans certaines circonstances, l'exposition est inévitable. Pour sauver la vie de la victime, ces employés peuvent agir à la hâte, sans égard à leur propre sécurité. L'équipement de protection — s'il est utilisé — peut faire défaut (les gants peuvent être déchirés ou coupés); il peut n'être pas facilement accessible, ou l'employé peut tout simplement ne pas avoir le temps de prendre les précautions nécessaires. Il s'ensuit que les secouristes peuvent subir une exposition importante à des maladies contagieuses ou infectieuses, même s'ils sont bien entraînés et bien équipés. Par exemple, Fred Nesbitt, de l'Association internationale des pompiers, a expliqué que :

Notre syndicat international a déployé beaucoup d'efforts pour ce qui est d'informer nos membres sur les maladies aérogènes et hématogènes infectieuses et contagieuses. Nous disposons d'une vaste documentation. Nous devons prendre certaines précautions. Lorsqu'il y a du sang, il faut obligatoirement porter des gants, mais lorsqu'il y a du verre, les gants peuvent facilement être coupés. Si vous vous trouvez dans un immeuble en feu avec quelqu'un qui suffoque, vous devez prendre certaines précautions. Parfois, vous n'avez pas le temps de les prendre, ou encore un pompier réagit immédiatement et oublie les précautions d'usage. Nous leur disons de ne pas le faire, mais ils le font. Dans ce cas particulier, il peut y avoir une exposition. Nous leur demandons de prendre des précautions. À notre avis, c'est une bonne habitude à prendre. Mais comme nous l'avons déjà mentionné, il y aura forcément des cas d'exposition. Il y aura des gants coupés, il y aura des expositions aérogènes⁶.

Les représentants des policiers ont fait état des mêmes inquiétudes. James M. Kingston, le président-directeur général de l'Association canadienne des policiers, a déclaré qu'il arrive parfois que les précautions ne soient pas pratiques :

Le malheur est que devant ce genre de situation, nos membres n'ont pas l'occasion de se protéger au moyen de gants spéciaux. Ce n'est pas une solution pratique pour eux. Premièrement, dans bien des cas, ils ne savent pas d'avance qu'il y aura une altercation. Ils ne savent pas d'avance que le sang sera versé, le leur ou celui de quelqu'un d'autre. De même, lorsque quelqu'un intervient sur la scène d'un accident, il ne commence pas par se demander si la victime a une maladie infectieuse. Il songe d'abord à sauver une vie. C'est le rôle que jouent nos membres, et tout le monde convient qu'ils sont les premiers à intervenir dans la grande majorité des urgences qui se présentent⁷.

Par contre, Heather Caloren, une experte-conseil en soins de santé de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, a maintenu que :

[. . .] l'instinct qui nous porte à secourir autrui peut parfois faire oublier la nécessité de se protéger soi-même, mais personne ne devrait avoir à risquer sa vie pour sauver la vie d'un autre. Au contraire, faire une chose pareille, c'est omettre d'accepter la

⁵ *Procès-verbaux*, fascicule n° 15, p. 15:5.

⁶ *Procès-verbaux*, fascicule n° 14, p. 14:28.

⁷ *Procès-verbaux*, fascicule n° 15, p. 15:4.

responsabilité que chacun a de prendre soin de sa santé, de celle de ses patients actuels et futurs⁸.

Le Comité reconnaît que les précautions universelles et les protocoles de contrôle des infections sont indispensables pour que le personnel d'intervention d'urgence puisse travailler en sécurité. Il partage les vues de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, à savoir que personne ne doit s'exposer à risquer sa vie dans le cadre de son travail. Les membres du Comité sont convaincus que, comme les situations d'urgence sont souvent imprévisibles, les pratiques sûres devraient faire partie intégrante du travail de chacun. Dans cette perspective, le Comité souscrit à l'énoncé de principes suivant du conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada :

[. . .] l'employeur a la responsabilité de protéger et de promouvoir la santé et la sécurité de ses employés. L'employeur doit mettre en place des stratégies d'éducation et de prévention ainsi que les correctifs et les mesures de protection nécessaires⁹.

Le Comité félicite les organisations qui représentent le personnel d'intervention d'urgence des efforts qu'elles ont déployés pour éduquer et former leurs membres dans le domaine des protocoles de contrôle des infections et des précautions universelles. Néanmoins, les témoignages des représentants de ces organisations laissent entendre que leurs membres peuvent parfois négliger de prendre des précautions. Une formation rigoureuse est indispensable pour qu'on comprenne les moyens de contrôler les infections et les précautions à prendre et pour qu'on les applique, et elle peut réduire au minimum le danger d'exposition aux maladies contagieuses. Des stratégies d'éducation efficaces peuvent garantir que le personnel d'intervention d'urgence adoptera toujours des pratiques de travail sûres. Le Comité recommande donc :

- 1. Que tous les employeurs de personnel d'intervention d'urgence appliquent des programmes rigoureux de formation sur les précautions universelles et les procédures de contrôle des infections;**
- 2. Que les employeurs de personnel d'intervention d'urgence fournissent l'équipement et le matériel nécessaires à l'application des précautions universelles et des procédures de contrôle des infections, et que ce personnel ait facilement accès à l'équipement en question;**
- 3. Que le personnel d'intervention d'urgence soit tenu d'appliquer rigoureusement les précautions universelles et les procédures de contrôle des infections dans toutes les situations.**

Des programmes rigoureux de formation sur les pratiques de travail sûres et sur l'utilisation d'équipements de protection bien conçus peuvent protéger efficacement le personnel d'intervention d'urgence contre les risques d'exposition. Il s'ensuit que les risques d'exposition à des maladies contagieuses potentiellement mortelles devraient demeurer très faibles. Néanmoins, le Comité reconnaît que, dans certaines circonstances, ou dans le cas de certains accidents, le personnel d'intervention d'urgence pourrait courir de grands risques d'exposition.

⁸ *Procès-verbaux*, fascicule n° 16, p. 16:5.

⁹ *Ibid.*

4. RISQUES D'EXPOSITION

Au cours des audiences, le Comité a obtenu des renseignements sur les risques d'exposition aux maladies infectieuses auxquels fait face le personnel d'intervention d'urgence. Par exemple, l'Association internationale des pompiers a présenté un rapport dans lequel elle précise que, en 1991, 1 pompier sur 27 au Canada et aux États-Unis a été exposé à une maladie transmissible (à diffusion tant aérogène qu'hématogène). Près de 15 % d'entre eux ont été exposés à la tuberculose, 17 % à l'hépatite B, 37 % au VIH et 31 % à d'autres maladies transmissibles¹⁰. Toutefois, ce rapport ne précise pas si les expositions ont été importantes, et si les intéressés ont utilisé un équipement de protection convenable au moment de leur exposition. De plus, les auteurs du rapport n'ont pas dit si les pompiers exposés sont devenus infectés. Les autres organisations qui représentent des employés de services d'intervention d'urgence et qui ont témoigné devant le Comité n'ont pas fourni de données analogues.

L'Association médicale canadienne a elle aussi présenté des documents au Comité. En ce qui concerne le VIH, elle a déclaré que, bien que les responsabilités du personnel d'intervention d'urgence peuvent lui faire courir des risques d'exposition, les risques de transmission du VIH sont infimes, à telle enseigne qu'aucun cas de transmission dans ces conditions n'a été relevé¹¹. De plus, l'Association a souligné que, même dans le milieu de travail des professionnels de la santé, le risque que quelqu'un soit infecté par le VIH est très faible, quoiqu'il ne soit pas inexistant¹². Sans produire de statistiques, elle a soutenu que le risque qu'un professionnel de la santé contracte l'hépatite B d'un patient est plus élevé que le risque de transmission du VIH dans des conditions analogues, et qu'on a relevé des cas, au Canada, où un patient avait transmis l'hépatite B à un travailleur de la santé¹³. Par ailleurs, l'Association n'a pas présenté de données sur les risques de transmission par une victime de l'hépatite B à un employé d'un service d'intervention d'urgence.

Le Comité a aussi obtenu des renseignements sur le programme de Surveillance nationale des cas d'exposition professionnelle au VIH, une étude coordonnée par le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé et Bien-être social Canada, qui a pour objet d'évaluer les risques d'infection par le VIH des travailleurs exposés à du sang et à d'autres sécrétions corporelles contaminés. Les 414 travailleurs (principalement mais pas exclusivement des professionnels de la santé) qui ont participé à l'étude l'ont fait volontairement. L'étude a révélé que 38 % des travailleurs ne portaient pas d'équipement de protection au moment de leur exposition, et que 39 % des expositions auraient pu être prévenues si les travailleurs avaient pris les précautions de rigueur. Globalement, il n'y a pas eu de séroconversion par suite des 414 expositions (le fait qu'un des participants était séropositif n'a pas été imputé à une exposition professionnelle); les auteurs de l'étude ont donc conclu que, au Canada, le risque d'infection par suite d'une exposition professionnelle au VIH était très faible. Néanmoins, ce risque n'est pas inexistant, car les données recueillies aux États-Unis ont révélé que, sur 1200 travailleurs de la santé, 7 ont été infectés après s'être piqués accidentellement, 2 après s'être coupés avec des objets tranchants, 3 après un contact cutané et 1 après que ses muqueuses eurent été exposées à du sang ou à des sécrétions contenant du sang. L'étude fait aussi état de 6 autres

¹⁰ Association internationale des pompiers, *Les maladies infectieuses et les services d'incendie et d'intervention d'urgence*, Washington, 1992, p. 1.

¹¹ Association médicale canadienne, *CMA Position Paper — HIV Infection in the Workplace*, Annexe 7, 1^{er} mai 1992, p. 144.

¹² *Ibid.*, p. 145.

¹³ Association médicale canadienne, *Position Paper on Hepatitis B in the Health Care Workplace*, Annexe 8, 14 mai 1992, p. 151.

séroconversions à l'échelle mondiale : 2 employés de France, 1 du Royaume-Uni, 1 de la Martinique et 1 d'Australie ont été infectés après s'être piqués accidentellement, tandis que le 6e cas de séroconversion a résulté de l'exposition des muqueuses¹⁴.

De plus, le Comité a appris que le Laboratoire de lutte contre la maladie a lancé l'an dernier un programme national de surveillance du virus de l'hépatite B. Il faudra toutefois attendre quelques années avant que ce programme ne génère des données valables pour le Canada.

Dans son témoignage, Shirley Paton a déclaré qu'il y a un plus grand nombre de cas d'hépatite B chez les techniciens médicaux d'urgence que dans l'ensemble de la population, alors que ce n'est pas le cas chez les pompiers et les policiers. Elle a toutefois reconnu que certains pompiers et policiers peuvent fréquemment agir comme techniciens médicaux d'urgence, auquel cas ils devraient à son avis être vaccinés contre l'hépatite B. C'est le Comité consultatif national de l'immunisation qui a recommandé que tous ceux qui sont appelés à faire office de techniciens médicaux d'urgence soient vaccinés contre cette maladie¹⁵.

Mme Paton a aussi informé le Comité que la Conférence nationale sur la méningococcie tenue en février dernier avait conclu que cette maladie ne représentait pas un risque infectieux grave pour le personnel d'intervention d'urgence, sauf dans des circonstances extraordinaires (lorsqu'il y a eu contamination directe de la bouche lors du bouche-à-bouche). À sa connaissance, il n'y a pas eu au Canada de cas prouvés de méningococcie associés à une exposition professionnelle¹⁶.

À ce moment-ci, le Comité tient à soulever les trois points suivants. Premièrement, il estime que la vaccination pourrait être la meilleure défense contre l'hépatite B, et il souscrit à la proposition du Comité consultatif national de l'immunisation, à savoir que tous ceux qui sont appelés à travailler comme techniciens médicaux d'urgence devraient être vaccinés contre l'hépatite B. Comme il reconnaît que ce domaine est principalement de compétence provinciale et territoriale, et que le coût de la vaccination est élevé, le Comité recommande :

4. Que Santé et Bien-être social Canada entame des discussions avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec les associations d'employés des services d'intervention d'urgence en vue de la mise sur pied d'un programme de vaccination contre l'hépatite B pour les employés qui travaillent régulièrement comme techniciens médicaux d'urgence. La nécessité de la vaccination devrait être évaluée en fonction de sa rentabilité.

Deuxièmement, le Comité estime que les programmes de surveillance nationale sont très utiles pour contrôler la fréquence des expositions professionnelles à des maladies contagieuses potentiellement mortelles. Il craint toutefois que, à l'heure actuelle, l'information générée par ces programmes ne reflète pas la situation particulière dans laquelle oeuvrent les employés d'intervention d'urgence. Par exemple, sur les 414 participants au programme de surveillance du VIH, il n'y a eu que 3 policiers, 3 ambulanciers, 1 pompier et 1 agent de sécurité en cas d'incendie. Il s'ensuit que cette étude a peut-être sous-estimé les risques réels encourus par les employés

¹⁴ M. Ricketts, L. Deschamps, K. Elmslie et M. O'Shaughnessy, «National Surveillance of Occupational Exposure to the Human Immunodeficiency Virus», *Canadian Journal of Infectious Diseases*, Vol. 3, n° 6, novembre-décembre 1992, p. 290 à 294.

¹⁵ *Procès-verbaux*, fascicule n° 17, p. 17:6.

¹⁶ *Ibid.*, p. 17:6 et 17:7.

d'intervention d'urgence. Le Comité est d'avis que la participation de ces employés doit être accrue, grâce à une grande campagne d'information. Par ailleurs, il est heureux qu'un programme de surveillance des cas d'hépatite B vienne d'être lancé, et il espère qu'un nombre suffisant d'employés d'intervention d'urgence participeront à cette nouvelle étude. Par conséquent, le Comité recommande :

- 5. Que Santé et Bien-être social Canada, par l'intermédiaire du Laboratoire de lutte contre la maladie, organise une campagne d'information sur les programmes nationaux de surveillance du VIH et de l'hépatite B à l'intention de tous les employés des services d'intervention d'urgence, de façon à favoriser la participation de ces employés à la suite d'une exposition potentielle.**

Troisièmement, le Comité craint que l'information sur les risques d'infection du personnel d'intervention d'urgence ne soit très limitée, sur une base nationale dans le cas d'autres maladies potentiellement mortelles. Par conséquent, il recommande :

- 6. Que Santé et Bien-être social Canada conçoive et réalise, de concert avec les provinces et territoires, une étude épidémiologique exhaustive en vue de déterminer le risque que le personnel d'intervention d'urgence du Canada ne contracte des maladies contagieuses potentiellement mortelles et d'évaluer les causes des expositions professionnelles de ces employés.**

Le Comité est convaincu qu'une étude d'envergure nationale conçue expressément à l'intention des employés des services d'intervention d'urgence est indispensable à l'évaluation des risques d'exposition que ces employés courent.

5. RAISON D'ÊTRE D'UN PROTOCOLE D'INFORMATION SUR LES MALADIES INFECTIEUSES

Comme les employés des services d'intervention d'urgence courent des risques d'infection dans l'exercice de leurs fonctions, ils font pression pour savoir si les victimes sont infectées ou pas. Ceux qui craignent d'être infectés au travail ont proposé que les gouvernements établissent une procédure grâce à laquelle ils pourraient être informés si la victime secourue était infectée ou pas. Cette approche est fondée sur des raisons individuelles et collectives. Premièrement, les employés des services d'intervention d'urgence maintiennent qu'ils ont le droit d'avoir accès aux meilleurs renseignements possibles pour savoir s'ils risquent d'avoir été infectés. Deuxièmement, ils soutiennent que c'est une question de santé publique, étant donné que l'information réduirait les risques de transmission de maladies infectieuses ou contagieuses à d'autres. Troisièmement, étant donné que le système de soins de santé est financé en grande partie par les gouvernements, ils allèguent que prévenir la propagation d'une maladie contagieuse coûte moins cher que de traiter la maladie. Quatrièmement, ils sont convaincus qu'une procédure d'information pourrait concilier leurs droits et la protection du caractère confidentiel de l'état de santé de la victime, étant donné que les renseignements divulgués se limiteraient au fait qu'ils ont été exposés ou pas à une infection, sans que la victime ne soit identifiée.

On a aussi laissé entendre que la procédure d'information devrait être établie par le gouvernement fédéral plutôt que par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Ceux qui préconisent un protocole national plutôt que des protocoles provinciaux ou territoriaux distincts

justifient l'intervention du gouvernement fédéral en considérant la divulgation des renseignements comme des soins de santé élémentaires pour le personnel d'intervention d'urgence. Un protocole national éliminerait les différences entre les régimes des provinces et des territoires, de façon à donner au personnel d'intervention d'urgence de tout le pays des chances égales d'en profiter.

Joy Langan, qui a parrainé le projet de loi C-333, a déclaré au Comité qu'une situation dans laquelle chaque province aurait son propre protocole serait insatisfaisante. À son avis, la divulgation de tels renseignements répond à un besoin de soins de santé élémentaires pour tous les employés des services d'intervention d'urgence. Par conséquent, elle soutient qu'il serait inacceptable que ces employés soient «protégés» dans une province, mais pas dans une autre. Elle conclut donc que le protocole doit être national, pour qu'il y ait une norme uniforme dans tout le pays¹⁷.

Doug Coupar, de l'Association internationale des pompiers, a aussi maintenu qu'un protocole national s'impose parce que la situation peut différer d'une région à l'autre ou être différente dans un grand centre et dans une petite ville :

Pour vous donner un exemple, la tuberculose semble être plus fréquente dans certaines régions du pays, et l'hépatite B fait rage ailleurs. En raison de l'approche disparate adoptée pour avertir les intervenants d'urgence sur ce qui pourrait se passer ou non, on n'a pas vraiment d'approche générale en vue. Il ne faut pas espérer que les gouvernements provinciaux aborderont ce problème de leur propre initiative. Dans leurs secteurs de compétence respectifs, on ne constate aucune approche générale sur cette question des grandes et des petites villes. C'est la raison pour laquelle nous avons insisté depuis le début sur le fait qu'il s'agit véritablement d'une question que doit aborder le gouvernement fédéral afin de pouvoir commencer à mettre ces éléments en place. Il s'agit d'une situation très inégale¹⁸.

Pendant les audiences, les témoins ont souvent cité la législation américaine comme exemple de l'intervention du gouvernement central dans le domaine de la divulgation d'information au personnel d'intervention d'urgence. En effet, les États-Unis ont récemment promulgué la loi Ryan White (*Ryan White CARE Act*), qui autorise les hôpitaux à informer les employés d'intervention d'urgence si un patient avec qui ils ont été en contact était infecté ou pas. Pour chaque employeur de personnel d'intervention d'urgence, un agent désigné fait office d'intermédiaire entre l'intervenant et l'établissement médical. Quand elle existe, l'information médicale divulguée comprend le nom de la maladie et le traitement médical recommandé. La loi américaine interdit d'examiner les patients sans leur consentement et n'oblige l'hôpital à divulguer que l'information qu'il possède déjà. De plus, elle est structurée de façon à ne pas révéler l'identité des patients. L'Annexe B présente un résumé de la loi américaine.

Cela dit, les témoins ne croient pas que le Canada devrait copier cette loi. M. Coupar l'a expliqué en ces termes :

J'hésiterais à recommander que l'on prenne la loi Ryan White comme modèle au Canada. J'estime que c'est un document de référence capitale pour nous étant donné que les problèmes sont analogues dans les deux pays pour nos membres. Si j'hésite à

¹⁷ *Procès-verbaux*, fascicule n° 14, p. 14:16.

¹⁸ *Ibid.*, p. 14:30.

recommander cette loi comme modèle, c'est en raison des différends qui existent depuis toujours au Canada entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux à propos des questions de compétence¹⁹.

De plus, Heather Caloren, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, a affirmé qu'il serait peut-être prématuré pour le Canada d'établir dès maintenant une procédure d'information comme celle qui est en vigueur aux États-Unis. Elle a expliqué qu'il y avait déjà une structure sous-jacente en place là-bas avant la promulgation de la loi Ryan White (mesures de prévention, équipements et fournitures nécessaires et vérification auprès des employés pour s'assurer qu'ils comprennent bien et qu'ils respectent toutes les exigences). D'après elle, le Canada n'a pas encore établi une structure qui lui permettrait d'adopter une loi comme celle-là maintenant²⁰.

Un point critique a été soulevé au cours des témoignages : qu'il y ait un système d'information ou pas, c'est à l'intervenant d'urgence qu'il revient de prendre l'initiative pour limiter le risque de propagation d'une maladie. Shirley Paton, de Santé et Bien-être social Canada, l'a précisé de la façon suivante :

Aussitôt après l'exposition, cet homme ou cette femme doit commencer à protéger sa famille, que l'infection soit confirmée ou non. Si une infirmière a été exposée à du sang, s'est blessée, et ce sont des choses qui arrivent, elle doit alors aussitôt protéger sa famille [. . .] En cas d'exposition importante, elle est obligée de se comporter ainsi. La divulgation de renseignements ne changera rien²¹.

En d'autres termes, l'employé d'un service d'intervention d'urgence doit partir du principe que la victime était peut-être infectée, quand il estime avoir eu une exposition importante. Il doit partir du principe qu'il a été exposé à une maladie contagieuse potentiellement mortelle jusqu'à preuve du contraire. Par conséquent, le Comité estime que les employés eux-mêmes sont responsables au premier chef d'éviter que la maladie ne se répande. Il recommande donc :

- 7. Que, à la suite d'une exposition importante, tous les employés des services d'intervention d'urgence commencent immédiatement à prendre des précautions personnelles et continuent à le faire jusqu'à ce qu'ils aient la preuve qu'ils n'ont pas été infectés.**

Prendre des mesures immédiates, autrement dit des précautions, par suite d'une exposition, constitue la façon la plus efficace de limiter les risques de transmission à sa famille, à ses amis, à ses collègues et à ses futurs clients.

6. FAUT-IL ÉTABLIR UN PROTOCOLE D'INFORMATION?

Ceux qui réclament l'adoption d'un protocole national d'information veulent que le personnel d'intervention d'urgence soit informé par l'hôpital (ou par l'intermédiaire d'un mécanisme spécial) si les victimes secourues sont infectées ou pas, quand ces renseignements existent déjà ou qu'ils sont obtenus dans le cours normal des traitements faisant suite à l'urgence.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ *Procès-verbaux*, fascicule n° 16, p. 16:10 et 16:19.

²¹ *Procès-verbaux*, fascicule n° 17, p. 17:13.

Les partisans de l'adoption d'un tel protocole ont dit au Comité qu'il n'y a actuellement aucun moyen d'obtenir les renseignements nécessaires. Fred Nesbitt, de l'Association internationale des pompiers, a déclaré que :

C'est de nos expériences qu'est née notre idée de créer ce protocole concernant les maladies infectieuses. Il existe des tas d'exemples, aussi vrais aux États-Unis qu'au Canada, de pompiers qui ont été exposés à une maladie infectieuse et transmissible, au sujet de laquelle ils n'ont pas obtenu de renseignements ou ont été incapables de les obtenir. Un certain fardeau pèse donc sur leurs épaules. Il y a des cas d'expositions véritables et légitimes²².

M. Nesbitt a cité les exemples suivants :

Un de nos pompiers a dégagé une femme d'une automobile, lors d'un accident spectaculaire ayant causé beaucoup de débris de verre et l'épanchement de sang. Il portait des gants. Nos pompiers sont bien entraînés. Ses mains n'ont pas été exposées mais il y avait beaucoup de sang. Lors du transport de la femme de la voiture sur le brancard de l'ambulance, après quoi elle a été transportée par quelqu'un d'autre à l'hôpital, il a ressenti des picotements dans un orteil. Il a poursuivi son travail. En fin de compte, il s'est assis au bord du camion, a retiré sa botte et a trouvé une aiguille pour injection intraveineuse plantée dans son orteil. Elle avait traversé sa botte. Le personnel ambulancier l'avait laissé tomber. Il a téléphoné à l'hôpital pour dire qu'il avait participé au dégagement de cette femme et qu'il avait été piqué par une aiguille pour injection intraveineuse. Il a demandé s'il avait été exposé à une quelconque maladie infectieuse et transmissible. Le personnel de l'hôpital lui a répondu que cela ne le regardait pas²³.

Dans l'autre cas, les pompiers ont sorti une femme d'un bois, où elle avait été blessée par une flèche. Elle saignait énormément. Ils ont dû la transporter sur plus d'un kilomètre et demi, la mettre dans une ambulance, la transporter jusqu'à la salle d'urgence de l'hôpital. En ouvrant leur capote, ils ont constaté que leurs sous-vêtements étaient trempés de sang, et qu'ils collaient à leur peau. En sortant de l'hôpital, ils ont surpris la conversation de deux infirmières disant qu'elles connaissaient cette dame et qu'elle était séropositive. Ce sont là des renseignements obtenus par hasard. L'hôpital était au courant mais pas nous. Le personnel hospitalier travaille dans les conditions les plus sanitaires et les mieux contrôlées qui soient, mais nous, nous travaillons dans les conditions les moins sanitaires et les moins contrôlées qui soient²⁴.

Par ailleurs, certains témoins ne s'entendaient pas sur les avantages d'une procédure d'information. Premièrement, le Comité s'est fait dire qu'un protocole de divulgation des renseignements ne ferait rien pour éviter la transmission des maladies infectieuses et contagieuses. Selon Heather Caloren, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, des dispositions de

²² *Procès-verbaux*, fascicule n° 14, p. 14:25.

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*, p. 14:26.

divulgaration «après coup» ne contribueraient nullement à éviter l'infection²⁵. Deuxièmement, Shirley Paton, de Santé et Bien-être social Canada, a souligné qu'il n'y a pas de données susceptibles d'étayer l'hypothèse qu'un système d'information accroîtrait la sécurité ou réduirait les inquiétudes des intervenants d'urgence. Par contre, dans un document produit à la demande de l'Association internationale des pompiers, le Dr Deborah M. Ratliff, M.D., M.P.H., interne en médecine professionnelle au *John Hopkins School of Hygiene and Public Health*, a cité et appuyé une étude qui conclut que le fait de savoir qu'une victime obtient un test négatif pour le VIH, la tuberculose ou l'hépatite B ou C par suite d'une exposition importante réduit l'anxiété et élimine le besoin d'un suivi et d'un traitement prophylactique.²⁶ Selon le Dr Ratliff, un système d'information devrait être combiné au recours des précautions universelles.

Troisièmement, et Mme Caloren, et Mme Paton ont dit estimer qu'une procédure d'information risquerait de faire oublier l'importance des pratiques sûres. Mme Caloren a déclaré que :

Les initiatives après coup que propose le projet de loi C-333 ne feront que générer un faux sentiment de sécurité, ce qui encouragera les travailleurs et leurs employeurs à omettre leurs responsabilités dans l'observation des pratiques sécuritaires²⁷.

Pour sa part, M^{me} Paton a soutenu que :

Personne n'a su démontrer que l'identification du patient porteur d'une maladie infectieuse mettrait les techniciens médicaux d'urgence à l'abri de toute contamination. En fait, si l'on dépendait d'un système de surveillance, quand il est possible qu'on ne soit pas conscient du statut infectieux d'un patient, on aurait peut-être tendance à ne pas vraiment mettre en application les protocoles, et la situation pourrait vraiment devenir dangereuse²⁸.

Bien que le Comité reconnaisse la possibilité qu'un système d'information entraîne un relâchement des précautions universelles, il se dit confiant qu'il n'en serait pas ainsi avec des organisations professionnelles bien informées. Comme l'a mentionné le Dr Ratliff, les précautions universelles sont reconnues comme une méthode fondamentale de prévention des maladies contagieuses. Tous les experts, ainsi que le Comité, qui favorisent un système d'information, perçoivent ce système comme une mesure supplémentaire dans les situations où des expositions importantes peuvent avoir lieu en dépit du recours aux précautions universelles.

Quatrièmement, on a soutenu que les intervenants d'urgence devraient être traités comme tous les autres professionnels de la santé, autrement dit qu'ils ne devraient pas être automatiquement informés du statut infectieux des patients. Cet argument est fondé sur le principe que la notification ne change rien, car les intervenants d'urgence doivent agir de la même façon après une exposition, que la victime secourue soit infectée ou pas. Shirley Paton a affirmé au Comité que :

Le suivi ne doit pas dépendre de l'état de santé du patient. Il y a trop de facteurs inconnus. Vous devez faire exactement la même chose, que vous soyez au courant d'un danger d'infection ou pas. Le risque le plus important auquel les travailleurs de la santé

²⁵ *Procès-verbaux*, fascicule n° 16, p. 16:10.

²⁶ Mémoire soumis au Comité, p. 2.

²⁷ *Ibid.*, p. 16:7 et 16:8.

²⁸ *Procès-verbaux*, fascicule n° 17, p. 17:10.

sont exposés, y compris des techniciens médicaux d'urgence, provient des patients porteurs de maladies infectieuses dont l'état de santé n'est pas connu. [...] La moitié des gens qui souffrent d'hépatite B ne manifestent aucun symptôme. Les porteurs du VIH peuvent être infectieux pendant des années sans le savoir. Celui qui souffre d'une toux chronique peut être un fumeur ou peut avoir la tuberculose. Tous ces gens peuvent transmettre une maladie sans que personne ne le sache. Les techniciens médicaux d'urgence et les autres travailleurs de la santé doivent accepter qu'ils ont peut-être été exposés à des maladies infectieuses²⁹.

Enfin, et c'est le plus important, on a souligné qu'il existe déjà des mécanismes grâce auxquels le problème de l'information pourrait être résolu. Le docteur David Walters, de l'Association médicale canadienne, l'a précisé :

[...] nous disons que nous ne pensons pas que le risque d'exposition soit très élevé en l'occurrence. Nous pensons cependant qu'il existe bel et bien et que l'éducation est très importante. Plutôt que d'élaborer de nouveaux mécanismes, de nouvelles lois, ou de modifier des lois existantes, nous devrions plutôt voir comment le système actuel et les mécanismes existants peuvent être appliqués. Il y a déjà beaucoup de choses en place, selon nous³⁰.

Comme d'autres témoins, le docteur Walters a fait référence aux dispositions sur les maladies transmissibles des lois provinciales et territoriales de la santé publique.

Dans l'ensemble, le Comité comprend parfaitement les préoccupations et l'angoisse ressenties par les intervenants d'urgence à la suite d'une exposition importante et est sensible à leur désir d'être informé. Il reconnaît cependant que les règles actuelles portant sur la confidentialité n'autorisent pas les hôpitaux à communiquer le dossier médical d'une victime directement au personnel d'intervention d'urgence.

7. LOIS PROVINCIALES ET TERRITORIALES RELATIVES AUX MALADIES TRANSMISSIBLES

Dans la plupart des provinces, les dispositions applicables aux maladies transmissibles figurent dans les lois de la santé publique et les règlements qui en découlent. Ces lois et règlements prévoient généralement l'identification, la notification, le signalement et le contrôle de certaines maladies transmissibles.

Plus précisément, les lois et les règlements provinciaux et territoriaux stipulent que les autorités doivent être informées quand un cas de maladie transmissible est confirmé. Les cas de maladies transmissibles sont signalés par les médecins, les administrateurs hospitaliers ou les exploitants de laboratoire au médecin hygiéniste ou au directeur d'un service de santé communautaire, qui doivent eux-mêmes les signaler à l'agent provincial de la santé (ou au ministère de la Santé).

²⁹ *Ibid.*, p. 17:8 et 17:9.

³⁰ *Procès-verbaux*, fascicule n° 15, p. 15:22.

La quantité de renseignements à communiquer au médecin hygiéniste varie selon la province et le territoire. Dans la plupart des cas, la loi protège le caractère confidentiel des renseignements en matière de santé, sauf lorsqu'elle exige expressément leur divulgation. Il est généralement reconnu qu'aux fins épidémiologiques, un rapport indiquant l'âge, le sexe du malade et la municipalité où le cas a été constaté suffit.

Les autorités provinciales et territoriales de la santé disposent aussi de grands pouvoirs pour obliger une personne soupçonnée d'être infectée par une maladie transmissible à subir un examen médical. Les conditions d'application de cette réglementation varient selon la province.

Bien que les procédures pour retracer des individus n'y soient pas expressément prévues, certaines lois provinciales et territoriales contiennent des dispositions conçues pour limiter la propagation des maladies transmissibles. Par exemple, en Ontario, le médecin hygiéniste peut ordonner à l'unité sanitaire de prendre des mesures pour éliminer ou réduire le risque pour la santé causé par une maladie transmissible³¹. En Alberta, l'agent d'hygiène publique doit prendre toutes les mesures raisonnables pour éliminer la maladie, identifier les personnes exposées à des risques, protéger celles qui ne sont pas encore protégées, rompre la chaîne de transmission de la maladie et prévenir sa propagation³². Au Québec, le «chef du département de santé communautaire doit prendre les mesures nécessaires pour prévenir et enrayer la contagion ou l'épidémie et protéger la santé de la population³³».

Bien que ces lois ne prévoient pas expressément la divulgation de renseignements concernant des personnes souffrant de maladies contagieuses particulièrement au personnel d'intervention d'urgence, il est généralement reconnu qu'elles autorisent le médecin hygiéniste à retracer les contacts. Par exemple, le ministère ontarien de la Santé a récemment écrit à tous les médecins hygiénistes de la province pour leur rappeler de poser les questions qui s'imposent afin de déterminer si les intervenants d'urgence ont été exposés de façon importante à des personnes souffrant de maladies contagieuses à déclaration obligatoire.

8. LE SYSTÈME ACTUEL EST-IL SATISFAISANT?

Alors que l'Association internationale des pompiers ne semblait pas savoir qu'il existait déjà des mécanismes d'information pour le personnel d'intervention d'urgence en cas d'exposition à des maladies contagieuses, les représentants d'autres associations d'intervenants d'urgence se sont dits d'avis que le système actuel fonctionne mal, et ils ont exprimé leurs inquiétudes quant au «silence» ou au manque d'information sur les cas d'exposition. James M. Kingston, de l'Association canadienne des policiers, a soutenu que :

L'Ontario fait apparemment appel aux médecins hygiénistes des services de santé provinciaux, mais dans la pratique, rien ne se fait. Ils en ont déjà assez à faire. Il n'y en a

³¹ Ontario, *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, article 22.

³² Alberta, *Communicable Diseases Regulation*, article 8.

³³ Québec, *Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique*, article 38.

pas dans tous les hôpitaux [. . .] Nos membres nous disent que bien que l'Ontario déclare avoir un protocole en place, en réalité, il ne se passe rien³⁴.

Bud Shiaro, directeur intérimaire de la Santé et de la sécurité au Syndicat canadien de la fonction publique, a témoigné dans la même veine :

Nous nous inquiétons de l'absence de responsabilisation à l'échelon provincial et régional en ce qui concerne le signalement et le dépistage de ces cas d'exposition, qu'ils soient dérisoires ou significatifs. Moins ils sont significatifs, plus il semble difficile de les repérer³⁵.

Au cours des audiences, d'autres témoins ont dit le contraire, par exemple Shirley Paton :

À notre avis, il est erroné de penser que le système actuel ne permet pas d'aviser les membres du personnel d'intervention d'urgence qu'ils ont été exposés de façon significative à une maladie infectieuse. Dans chaque province, les lois sur la santé publique ont été mises en place en partie pour calmer les craintes de ceux qui, à leur insu, auraient été exposés à des maladies infectieuses. Aux termes des lois sur la santé des diverses provinces, le personnel d'intervention d'urgence, tout comme les autres Canadiens, sera avisé si une intervention s'impose à la suite d'une exposition significative à une maladie infectieuse. Des protocoles particuliers ont été adoptés dans toutes les provinces pour identifier les personnes qui pourraient être infectées par une maladie à déclaration obligatoire importante, soit par des contacts au travail, dans leur collectivité ou dans leur famille³⁶.

Mme Paton estime que le système d'information actuel fonctionne généralement bien. Les employés des services d'intervention d'urgence peuvent avoir l'impression qu'ils ne sont pas informés plus souvent des cas d'exposition, mais, selon elle, cela pourrait signifier qu'il y a rarement des expositions importantes :

C'est là une des raisons pour lesquelles les techniciens médicaux d'urgence n'ont pas été avertis des contacts avec des porteurs de maladies infectieuses. Nombre de leurs expositions n'auront pas été suffisamment importantes pour qu'il y ait danger de contamination. Diverses études indiquent que les pompiers et les policiers ont rarement une exposition importante au sang malgré qu'ils travaillent dans des situations horribles³⁷.

Néanmoins, il peut se produire des situations où il est simplement impossible pour le médecin hygiéniste d'informer les intervenants d'urgence de leurs expositions professionnelles. Dans certaines provinces, par exemple, le rapport envoyé au médecin hygiéniste ne précise pas le nom de la personne infectée. Par conséquent, il est impossible de la retracer. De plus, comme nous l'avons déjà dit, un certain nombre de victimes secourues par des intervenants d'urgence peuvent être infectées sans le savoir par une maladie contagieuse potentiellement mortelle. En pareil cas, les médecins hygiénistes sont incapables de déterminer si un intervenant d'urgence a eu une exposition importante à une maladie contagieuse.

³⁴ *Procès-verbaux*, fascicule n° 15, p. 15:11.

³⁵ *Procès-verbaux*, fascicule n° 17, p. 17:23.

³⁶ *Ibid.*, p. 17:6.

³⁷ *Ibid.*, p. 17:8.

Même si les mécanismes existant en vertu des lois et des règlements provinciaux et territoriaux sont satisfaisants, il y aura inévitablement des cas d'exposition importante pour lesquels l'état de santé de la victime ne sera pas connu par le médecin hygiéniste. Pour surmonter cette difficulté, on a recommandé l'établissement d'un protocole de traitement post-exposition des personnes susceptibles d'avoir été exposées à des maladies contagieuses. Cette recommandation reflète le consensus de toute une série d'organismes canadiens ayant participé à la Conférence nationale sur les pathogènes à diffusion hématogène organisée par le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé et Bien-être social Canada. Toutes les résolutions et recommandations adoptées au cours de cette Conférence sont reproduites dans le *Relevé des maladies transmissibles au Canada* du 25 décembre 1992. Ce document stipule notamment que :

Un protocole de traitement et de suivi post-exposition des personnes exposées à des pathogènes à diffusion hématogène pourrait s'appliquer de façon générale à tous les pathogènes à diffusion hématogène et être adapté à une gamme d'établissements de santé. Des personnes aisément accessibles seraient chargées du traitement et du suivi des travailleurs de la santé et des patients exposés, conformément aux protocoles actuellement en vigueur³⁸.

Le document recommande en outre que :

Toutes les expositions importantes devraient être signalées par l'entremise d'un mécanisme proactif :

- a) qui soit d'accès et d'utilisation faciles;
- b) qui protège la confidentialité des renseignements;
- c) qui présente de façon claire et succincte les données fournies par les travailleurs de la santé;
- d) que les experts intéressés pourraient consulter;
- e) qui permette la mise en oeuvre d'un protocole de suivi inspirant confiance au travailleur exposé³⁹.

Dans son témoignage, Shirley Paton a insisté pour que cette résolution et cette recommandation s'appliquent aussi au personnel d'intervention d'urgence, en disant que :

L'une des principales recommandations concerne la nomination d'une personne ressource pour le travailleur. Cette personne devrait, dans les circonstances idéales, faire partie du programme de santé professionnelle de l'employé. Les membres du programme de santé au travail des techniciens médicaux d'urgence doivent être disponibles afin d'évaluer l'exposition. Ils doivent également établir des liens avec les hôpitaux locaux afin d'obtenir le consentement du patient pour le dépistage si cela s'avérait nécessaire. Il faudra également assurer la formation du personnel local à l'égard de l'identification de l'exposition importante et des mesures à suivre. Si on

³⁸ Santé et Bien-être social Canada, «Risques de transmission des pathogènes à diffusion hématogène dans les établissements de soins de santé», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 25 décembre 1992, p. 181.

³⁹ *Ibid.*, p. 182.

obtient le consentement du patient, le représentant du technicien médical d'urgence sera mis au courant des résultats du test de dépistage. Il ne faut pas oublier, cependant, que le dépistage ne peut être fait qu'avec l'autorisation du patient, et le travail du technicien médical d'urgence ne change pas qu'il soit au courant de la situation ou pas⁴⁰.

En somme, le Comité reconnaît que les lois provinciales et territoriales applicables aux maladies transmissibles contiennent des dispositions garantissant que les intervenants d'urgence seront informés, si le médecin hygiéniste est en mesure de savoir qu'ils ont eu une exposition importante à une maladie contagieuse potentiellement mortelle. Cependant, le Comité reconnaît qu'il peut y avoir des situations où le médecin hygiéniste ne dispose pas de l'information nécessaire et où, par conséquent, il est incapable de juger s'il y a effectivement eu une exposition importante. Par conséquent, le Comité exhorte qu'un protocole de traitement et de suivi post-exposition du personnel d'intervention d'urgence soit établi. En outre, il recommande que le protocole soit élargi pour couvrir à la fois les expositions aux maladies à diffusion aérogène et les expositions aux maladies hématogènes.

En ce qui concerne les questions de juridiction, Joy Langan a déclaré dans son témoignage :

J'espère bien que les ministres fédéral et provinciaux de la Santé se concerteront en vue d'établir un protocole qui soit acceptable à toutes les provinces et au gouvernement fédéral. Mais quelqu'un devra administrer le protocole, et j'imagine que ce seront probablement les provinces qui le feront, mais le gouvernement fédéral devrait voir à son application⁴¹.

En outre, tous les témoins ont souligné au Comité qu'une initiative fédérale quelconque ne devrait être envisagée qu'après consultation complète des provinces et des parties intéressées.

Le Comité reconnaît qu'une initiative législative fédérale obligeant l'établissement d'un protocole de traitement et de suivi post-exposition du personnel d'intervention d'urgence soulèverait plusieurs préoccupations légales et constitutionnelles. Par exemple, le contrôle des hôpitaux, la santé publique et la santé et la sécurité des employés soumis à une réglementation provinciale sont tous des domaines de compétence provinciale. Un document de recherche produit pour le Comité par un avocat du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement (voir Annexe C) conclut que le gouvernement fédéral ne pourrait constitutionnellement légiférer pour obliger l'établissement d'un protocole. Cependant, le Comité conclut que, bien que le domaine soit sans doute de compétence provinciale et territoriale, le gouvernement fédéral pourrait avoir un rôle à jouer pour faire en sorte que le personnel d'intervention d'urgence de tout le pays ait un accès uniforme au protocole établi par les provinces et territoires, et, par conséquent, il recommande :

- 8. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise de Santé et Bien-être social Canada, encourage les gouvernements provinciaux et territoriaux à concevoir et à mettre en oeuvre dans leur secteur de compétence un protocole de suivi et de traitement post-exposition du personnel d'intervention d'urgence exposé à des maladies hématogènes ou à diffusion aérogène;**

⁴⁰ Procès-verbaux, fascicule n° 17, p. 17:9.

⁴¹ Procès-verbaux, fascicule n° 14, p. 14:15.

9. Que Santé et Bien-être social Canada collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour faire en sorte que le personnel d'intervention d'urgence de tout le pays ait des chances égales de bénéficier d'un tel protocole.

Enfin, le Comité considère qu'il faudrait assurer un suivi au niveau du développement d'un tel protocole par les provinces et territoires et, par conséquent, il recommande :

10. Que, dans un délai d'un an, Santé et Bien-être social Canada présente un rapport au Comité permanent approprié relatant les progrès dans l'établissement d'un tel protocole et, de plus, que le Comité permanent réexamine la question à ce moment-là.

obtient le consentement du patient, le représentant du technicien médical d'urgence sera mis au courant des résultats du test de dépistage. Il ne faut pas oublier, cependant, que le dépistage ne peut être fait qu'avec l'autorisation du patient, et le travail du technicien médical d'urgence ne change pas qu'il soit au courant de la situation ou pas⁴⁰.

En somme, le Comité reconnaît que les lois provinciales et territoriales applicables aux maladies transmissibles contiennent des dispositions garantissant que les intervenants d'urgence seront informés, si le médecin hygiéniste est en mesure de savoir qu'ils ont eu une exposition importante à une maladie contagieuse potentiellement mortelle. Cependant, le Comité reconnaît qu'il peut y avoir des situations où le médecin hygiéniste ne dispose pas de l'information nécessaire et où, par conséquent, il est incapable de juger s'il y a effectivement eu une exposition importante. Par conséquent, le Comité exhorte qu'un protocole de traitement et de suivi post-exposition du personnel d'intervention d'urgence soit établi. En outre, il recommande que le protocole soit élargi pour couvrir à la fois les expositions aux maladies à diffusion aérogène et les expositions aux maladies hématogènes.

En ce qui concerne les questions de juridiction, Joy Langan a déclaré dans son témoignage :

J'espère bien que les ministres fédéral et provinciaux de la Santé se concerteront en vue d'établir un protocole qui soit acceptable à toutes les provinces et au gouvernement fédéral. Mais quelqu'un devra administrer le protocole, et j'imagine que ce seront probablement les provinces qui le feront, mais le gouvernement fédéral devrait voir à son application⁴¹.

En outre, tous les témoins ont souligné au Comité qu'une initiative fédérale quelconque ne devrait être envisagée qu'après consultation complète des provinces et des parties intéressées.

Le Comité reconnaît qu'une initiative législative fédérale obligeant l'établissement d'un protocole de traitement et de suivi post-exposition du personnel d'intervention d'urgence soulèverait plusieurs préoccupations légales et constitutionnelles. Par exemple, le contrôle des hôpitaux, la santé publique et la santé et la sécurité des employés soumis à une réglementation provinciale sont tous des domaines de compétence provinciale. Un document de recherche produit pour le Comité par un avocat du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement (voir Annexe C) conclut que le gouvernement fédéral ne pourrait constitutionnellement légiférer pour obliger l'établissement d'un protocole. Cependant, le Comité conclut que, bien que le domaine soit sans doute de compétence provinciale et territoriale, le gouvernement fédéral pourrait avoir un rôle à jouer pour faire en sorte que le personnel d'intervention d'urgence de tout le pays ait un accès uniforme au protocole établi par les provinces et territoires, et, par conséquent, il recommande :

- 8. Que le gouvernement fédéral, par l'entremise de Santé et Bien-être social Canada, encourage les gouvernements provinciaux et territoriaux à concevoir et à mettre en oeuvre dans leur secteur de compétence un protocole de suivi et de traitement post-exposition du personnel d'intervention d'urgence exposé à des maladies hématogènes ou à diffusion aérogène;**

⁴⁰ Procès-verbaux, fascicule n° 17, p. 17:9.

⁴¹ Procès-verbaux, fascicule n° 14, p. 14:15.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

1. **Que tous les employeurs de personnel d'intervention d'urgence appliquent des programmes rigoureux de formation sur les précautions universelles et les procédures de contrôle des infections; (Page 5)**
2. **Que les employeurs de personnel d'intervention d'urgence fournissent l'équipement et le matériel nécessaires à l'application des précautions universelles et des procédures de contrôle des infections, et que ce personnel ait facilement accès à l'équipement en question; (Page 5)**
3. **Que le personnel d'intervention d'urgence soit tenu d'appliquer rigoureusement les précautions universelles et les procédures de contrôle des infections dans toutes les situations. (Page 5)**
4. **Que Santé et Bien-être social Canada entame des discussions avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec les associations d'employés des services d'intervention d'urgence en vue de la mise sur pied d'un programme de vaccination contre l'hépatite B pour les employés qui travaillent régulièrement comme techniciens médicaux d'urgence. La nécessité de la vaccination devrait être évaluée en fonction de sa rentabilité. (Page 7)**
5. **Que Santé et Bien-être social Canada, par l'intermédiaire du Laboratoire de lutte contre la maladie, organise une campagne d'information sur les programmes nationaux de surveillance du VIH et de l'hépatite B à l'intention de tous les employés des services d'intervention d'urgence, de façon à favoriser la participation de ces employés à la suite d'une exposition potentielle. (Page 8)**
6. **Que Santé et Bien-être social Canada conçoive et réalise, de concert avec les provinces et territoires, une étude épidémiologique exhaustive en vue de déterminer le risque que le personnel d'intervention d'urgence du Canada ne contracte des maladies contagieuses potentiellement mortelles et d'évaluer les causes des expositions professionnelles de ces employés. (Page 8)**
7. **Que, à la suite d'une exposition importante, tous les employés des services d'intervention d'urgence commencent immédiatement à prendre des précautions personnelles et continuent à le faire jusqu'à ce qu'ils aient la preuve qu'ils n'ont pas été infectés. (Page 10)**
8. **Que le gouvernement fédéral, par l'entremise de Santé et Bien-être social Canada, encourage les gouvernements provinciaux et territoriaux à concevoir et à mettre en oeuvre dans leur secteur de compétence un protocole de suivi et de traitement post-exposition du personnel d'intervention d'urgence exposé à des maladies hématogènes ou à diffusion aérogène; (Page 17)**

9. Que Santé et Bien-être social Canada collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour faire en sorte que le personnel d'intervention d'urgence de tout le pays ait des chances égales de bénéficier d'un tel protocole. (Page 18)

10. Que, dans un délai d'un an, Santé et Bien-être social Canada présente un rapport au Comité permanent approprié relatant les progrès dans l'établissement d'un tel protocole et, de plus, que le Comité permanent réexamine la question à ce moment-là. (Page 18)

Liste des témoins

Organisations ou particuliers	Fascicule	Date
Association canadienne des policiers		
James M. Kingston, président-directeur général	15	16 février 1993
Scott Newark, conseiller juridique		
Association des infirmières et infirmiers du Canada		
Carole Pressault, chef des Relations publiques et gouvernementales	16	23 février 1993
Heather Caloren, expert-conseil en soins de santé, Questions de santé		
Association internationale des pompiers		
Doug Coupar, directeur canadien	14	9 février 1993
Fred Nesbitt, directeur des Affaires gouvernementales, Washington (D.C.)		
Association médicale canadienne		
D ^r David Walters, directeur, Département des soins et de la promotion de la santé	15	16 février 1993
Carole Lucock, directrice adjointe, Département de l'éthique et des affaires juridiques		
Joy Langan, députée néo-démocrate (Mission—Coquitlam, C.-B.)	14	9 février 1993
Santé et Bien-être social Canada		
D ^r John Spika, directeur, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles	17	9 mars 1993
Shirley Paton, infirmière conseil, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles		
Syndicat canadien de la fonction publique		
Bud Shiaro, directeur intérimaire, Santé et Sécurité	17	9 mars 1993

PROCÉDURE AMÉRICAINE D'INFORMATION

Le 18 août 1990, le Congrès des États-Unis a adopté la Loi Ryan White (Ryan White CARE Act). Cette loi établit un système d'information des intervenants d'urgence susceptibles d'avoir été exposés à une maladie infectieuse potentiellement mortelle. Sont classées parmi ces maladies des maladies à diffusion aérogène (tuberculose infectieuse), des maladies à diffusion hématogène (hépatite B et C et VIH/sida) ainsi que des maladies peu communes ou rares (diphtérie, fièvres hémorragiques, méningococcie, peste et rage).

Le système d'information fonctionne de deux façons. Premièrement, si un établissement médical détermine qu'une victime a (ou avait, si le patient meurt) une maladie infectieuse aérogène, il doit en informer le représentant désigné des employés du service d'intervention d'urgence qui a transporté la victime. Deuxièmement, si le représentant désigné conclut, à la demande de l'employé du service d'intervention d'urgence, que celui-ci peut avoir eu une exposition professionnelle à une maladie infectieuse potentiellement mortelle, il doit demander que l'hôpital l'informe de son opinion sur l'éventualité d'une exposition à une telle maladie, ainsi que sur le nom de ladite maladie. Il y a un représentant désigné par employeur de personnel d'intervention d'urgence et par État. L'établissement médical doit répondre à la demande de renseignements dans les 48 heures qui suivent sa réception.

Trois réponses sont possibles pour l'établissement médical : il y a eu exposition à la maladie infectieuse; il n'y a pas eu d'exposition; ou l'information était insuffisante pour conclure qu'il y a eu exposition ou pas. Après avoir été informé qu'il y a eu exposition, le représentant désigné doit s'efforcer de relayer les renseignements immédiatement à l'employé intéressé. Les renseignements comprennent le nom de la maladie et les mesures médicales recommandées à l'employé.

La loi américaine prévoit aussi certaines limites des tâches assumées par les établissements médicaux. Elle ne s'applique qu'aux renseignements médicaux que l'établissement détient pendant qu'il traite la victime pour les suites de l'urgence ou pour 60 jours (selon la plus courte de ces deux périodes). En outre, elle contient un certain nombre de dispositions intéressantes. Premièrement, la responsabilité des établissements médicaux et des représentants désignés est limitée. Deuxièmement, les établissements médicaux ne sont pas autorisés à faire subir un test de dépistage d'une maladie infectieuse quelconque à une victime qui a reçu des soins d'urgence. Troisièmement, en ce qui concerne la confidentialité, les établissements médicaux, les représentants désignés et les intervenants d'urgence ne peuvent pas divulguer de renseignements permettant d'identifier une victime ou un employé d'un service d'intervention d'urgence. Enfin, la loi ne peut pas être interprétée de façon à autoriser un employé d'un service d'intervention d'urgence à omettre ou refuser de fournir ses services à une victime.

Dans son témoignage, Fred Nesbitt, de l'Association internationale des pompiers, a déclaré que la loi américaine permet aussi aux États de se soustraire aux dispositions de la loi fédérale et d'appliquer plutôt celles de leur propre loi, si celles-ci sont plus rigoureuses que les premières. En

fait, de nombreux États ont leur propre loi prévoyant l'information du personnel d'intervention d'urgence¹. Plus précisément, 28 États ont des lois autorisant l'administration de tests de dépistage aux victimes ayant reçu des soins d'urgence, si le personnel d'intervention d'urgence peut prouver qu'il y a eu exposition. Certains d'entre eux exigent que la victime consente aux tests en connaissance de cause; d'autres exigent une ordonnance d'un tribunal pour procéder aux tests de dépistage. De plus, 44 États ont des lois autorisant l'information du personnel d'intervention d'urgence, mais n'exigeant pas expressément l'administration d'un test de dépistage aux victimes. Cette décision est prise en fonction des faits dont l'établissement médical dispose à ce moment-là.

Comme l'a déclaré Fred Nesbitt, la loi Ryan White est considérée comme la norme minimale imposée par le gouvernement central des États-Unis. Il n'y a pas encore de données sur son observation².

¹ Association internationale des pompiers, *Les maladies infectieuses et les services d'incendie et d'intervention d'urgence*, Washington, 1992, p. 75.

² *Procès-verbaux*, fascicule n° 14, p. 14:29.

COMPÉTENCE FÉDÉRALE EN MATIÈRE DE NOTIFICATION DES EMPLOYÉS DES SERVICES D'INTERVENTION D'URGENCE

ANNEXE C

COMPÉTENCE FÉDÉRALE EN MATIÈRE DE NOTIFICATION DES EMPLOYÉS DES SERVICES D'INTERVENTION D'URGENCE

INTERVENTION LÉGISLATIVE DIRECTE À L'ÉCHELON FÉDÉRAL

La santé, comme sujet général, n'est attribuée par les lois constitutionnelles ni au gouvernement fédéral ni aux provinces. La Cour suprême du Canada a dit (voir par exemple l'affaire *Schneider c. La Reine*, [1982] 2 R.C.S. 112) qu'il s'agit d'un domaine «amorphe» dans lequel les deux niveaux de gouvernement peuvent intervenir, selon la nature du problème et les moyens choisis pour s'y attaquer. Pour que l'un ou l'autre niveau de gouvernement légifère directement, il faut que la teneur et l'objet de la loi soient de l'une des attributions conférées au Parlement ou à l'Assemblée législative par les articles 91 (Parlement fédéral) ou 92 (Assemblées législatives des provinces) de la Loi constitutionnelle de 1867.

Le Parlement fédéral peut donc intervenir face à une menace à la santé publique en invoquant ses pouvoirs en matière de droit pénal, comme il l'a fait dans la *Loi des aliments et drogues*. Dans l'affaire *Schneider* et dans d'autres causes, la Cour suprême a toutefois reconnu que le contrôle général en matière de santé relève des provinces. Plus important encore dans le cas qui nous occupe, la compétence fédérale en matière de santé professionnelle et la santé de ces employés des services d'urgence sont également du ressort provincial.

La compétence à l'égard des hôpitaux, autres que les hôpitaux de la marine (il n'en existe aucun pour l'instant), est expressément attribuée aux provinces par le paragraphe 92(7). Les normes de travail des policiers, des travailleurs paramédicaux et d'autres employés de services non réglementés par les universités fédérales des langues et les liges régionales relèvent de la compétence provinciale (paragraphe 92(13)) parce qu'elles relèvent de la province (voir par exemple l'affaire *P. G. de Canada c. P. G. de l'Ontario* (1987), [1987] 2 R.C.S. 3, où les mesures de santé et sécurité au travail ont été jugées liées à leur travail).

Les normes de travail des employés des services d'urgence comme les pompiers, les policiers et les travailleurs paramédicaux sont avant tout du domaine de la santé et de la sécurité au travail. Dans la mesure où elle affecterait également les bénévoles non rémunérés, les



Bibliothèque
du Parlement
Library of
Parliament

Service de
recherche

COMPÉTENCE FÉDÉRALE EN MATIÈRE DE NOTIFICATION DES EMPLOYÉS DES SERVICES D'INTERVENTION D'URGENCE

Ce document traite des questions que soulève une intervention législative fédérale imposant une obligation visant à informer le personnel d'intervention d'urgence. Tout d'abord, nous nous demanderons s'il est constitutionnel d'aborder la question directement sur le plan législatif en invoquant le pouvoir général que possède le Parlement fédéral de légiférer pour assurer «la paix, l'ordre et le bon gouvernement». Deuxièmement, nous examinerons le pouvoir fédéral de dépenser pour voir s'il est possible de parvenir aux mêmes fins indirectement, en modifiant la *Loi canadienne sur la santé*, ou en vertu d'une autre loi.

INTERVENTION LÉGISLATIVE DIRECTE À L'ÉCHELON FÉDÉRAL

La santé, comme sujet général, n'est attribué par les lois constitutionnelles ni au gouvernement fédéral ni aux provinces. La Cour suprême du Canada a dit (voir par exemple l'affaire *Schneider c. La Reine*, [1982] 2 R.C.S. 112) qu'il s'agissait d'un domaine «amorphe» dans lequel les deux niveaux de gouvernement peuvent intervenir, selon la nature du problème et les moyens choisis pour s'y attaquer. Pour que l'un ou l'autre niveau de gouvernement légifère directement, il faut que la teneur et l'objet de la loi relèvent de l'une des attributions conférées au Parlement ou à l'Assemblée législative par les articles 91 (Parlement fédéral) ou 92 (Assemblées législatives des provinces) de la *Loi constitutionnelle de 1867*.

Le Parlement fédéral peut donc intervenir face à une menace à la santé publique en invoquant ses pouvoirs en matière de droit pénal, comme il l'a fait dans la *Loi des aliments et drogues*. Dans l'affaire *Schneider* et dans d'autres causes, la Cour suprême a toutefois reconnu que le contrôle général en matière de santé publique et de services de santé relevait des provinces. Plus important encore dans le cas qui nous occupe, les hôpitaux ainsi que la sécurité professionnelle et la santé de ces employés des services d'urgence sont également de ressort provincial.

La compétence à l'égard des hôpitaux, autres que les hôpitaux de la marine (il n'en existe aucun pour l'instant), est expressément attribuée aux provinces par le paragraphe 92(7). Les normes de travail des pompiers, des policiers, des travailleurs paramédicaux et d'autres employés de services non réglementés par les autorités fédérales (les banques et les lignes aériennes relèvent de ces dernières) sont également de compétence provinciale (paragraphe 92(13)) parce qu'elles relèvent de la propriété et des droits civils (voir par exemple l'affaire *P. g. du Canada c. P. g. de l'Ontario* (Conventions de travail) [1937] A.C. 326). Cela englobe les mesures de santé et sécurité au travail destinées à protéger les employés des risques que comporte leur travail.

Une exigence de divulgation dans l'intérêt des employés des services d'urgence comme les pompiers, les policiers et les travailleurs paramédicaux serait avant tout du domaine de la santé et de la sécurité au travail. Dans la mesure où elle aiderait également les bénévoles non rémunérés, les

conjointes et d'autres membres du public à qui un employé rémunéré ou un bénévole non rémunéré peut transmettre une maladie infectieuse, elle s'agirait également d'une question générale de santé publique. D'un point de vue comme de l'autre, une mesure législative de cette nature releverait de la compétence des provinces.

La seule attribution fédérale qui pourrait servir de fondement constitutionnel à l'imposition d'une exigence de divulgation serait la responsabilité confiée au Parlement fédéral par le préambule de l'article 91, l'habilitant à légiférer pour assurer «la paix, l'ordre et le bon gouvernement». Si la loi portait sur un problème de santé qui a pris les dimensions d'un «problème national» ou d'une «urgence nationale», il pourrait être justifié de recourir à ce pouvoir. Les théories de la préoccupation ou de l'urgence nationale sont des principes élaborés par les tribunaux pour juger de la constitutionnalité des lois fédérales adoptées en vertu de ce pouvoir.

La dimension «nationale» en cause dans ces critères constitutionnels n'a rien à voir avec la donnée géographique. Le facteur déterminant n'est pas de savoir si le problème est considéré comme préoccupant ou urgent par les Canadiens de toutes les régions. Il s'agit plutôt de savoir si les provinces ont des moyens législatifs suffisants pour s'acquitter de la tâche, ou si le problème a des ramifications extra-provinciales dont il n'est possible de bien tenir compte qu'à l'échelon fédéral. Si la question est de ressort provincial et peut se régler dans chacune des provinces individuellement, le gouvernement fédéral ne peut intervenir au motif qu'il a sa propre conception des moyens de résoudre le problème.

La «dimension extra-provinciale» est le facteur clé lorsqu'il s'agit de savoir si est constitutionnelle une intervention fédérale fondée sur la nécessité d'assurer la paix, l'ordre et le bon gouvernement, dans un domaine qui est normalement de ressort provincial. Les tribunaux ont employé des termes comme «unique, distinct, indivisible» (voir par exemple l'affaire *La Reine c. Crown Zellerbach Canada Ltd.*, [1988] 1 R.C.S. 401). Si le problème ne peut se régler de manière adéquate au niveau provincial, il peut avoir cette qualité «indivisible». Si l'une des provinces néglige d'adopter une solution efficace et que cela peut nuire aux autres provinces, au pays dans son ensemble ou encore aux intérêts internationaux, le gouvernement fédéral peut être à même d'imposer une solution nationale.

Il serait difficile de prétendre que les provinces *ne peuvent pas* garantir la santé et la sécurité professionnelles des employés des services d'urgence ni protéger la santé publique chez elles contre les dangers que posent les maladies infectieuses ou contagieuses. Si une province manquait à ses obligations à cet égard, ses citoyens auraient certainement le droit d'exiger du gouvernement provincial des mesures appropriées. Le gouvernement fédéral peut exercer des pressions sur elle pour qu'elle intervienne dans un champ de compétence provinciale, mais il ne peut légiférer pour combler les lacunes. Dans le cas qui nous occupe, il ne semble exister aucune dimension extra-provinciale qui permette d'invoquer le pouvoir d'assurer la paix, l'ordre et le bon gouvernement.

LE POUVOIR FÉDÉRAL DE DÉPENSER ET LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

La mise en place de programmes fédéraux de subventions et de programmes fédéraux-provinciaux à frais partagés a donné au gouvernement fédéral la possibilité d'imposer certaines normes nationales dans des champs de compétence provinciale. Ainsi, dans les services de

santé et d'enseignement, l'aide sociale, la formation professionnelle et le développement régional, le gouvernement fédéral a légiféré de manière à imposer *indirectement* des normes fédérales. Lorsque le transfert de fonds est assorti de conditions, les provinces peuvent être obligées d'accepter ces conditions si elles veulent profiter du programme en question.

Le pouvoir fédéral de dépenser, bien qu'il s'agisse maintenant du principal levier par lequel les autorités fédérales peuvent exercer une influence dans des domaines de la compétence législative des provinces, est un acquis constitutionnel relativement récent. Il n'existe pas une jurisprudence très nourrie sur la nature des conditions qui peuvent être valablement imposées au transfert de fonds fédéraux. Les normes que les tribunaux ont étudiées, dans des lois comme la *Loi canadienne sur la santé*, sont de nature générale et ont été, jusqu'à maintenant, jugées conformes à la Constitution. Les juges n'ont pas encore eu à se prononcer sur des conditions aussi spécifiques que l'imposition de la divulgation de renseignements.

La *Loi canadienne sur la santé* comporte pour l'instant cinq critères principaux auxquels les régimes d'assurance-maladie doivent se conformer pour que l'aide fédérale soit accordée: gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. La *Loi* traite expressément du dépassement d'honoraires par les médecins. Les dispositions sur la surfacturation peuvent être considérées comme une norme de plus ou encore comme une définition des exigences à satisfaire pour respecter un ou plusieurs des grands principes, par exemple celui de l'accessibilité.

La validité de ces conditions a été brièvement étudiée dans l'affaire de *Winterhaven Stables Ltd. c. Canada* (P.g.) ((1988), 53 D.L.R. (4^e) 413), tranchée par la Cour d'appel de l'Alberta. L'appelant était un simple contribuable qui contestait, entre autres choses, diverses lois fédérales prévoyant des dépenses, notamment la *Loi canadienne sur la santé*. La Cour d'appel a confirmé la validité des cinq principes et des dispositions sur le dépassement d'honoraires, mais elle n'a pas affirmé que *toute* exigence serait constitutionnellement acceptable pourvu qu'elle prenne la forme d'une condition. La constitutionnalité dépend de la nature et de l'objet de l'exigence et non de sa forme.

La Cour s'est demandé si les critères existants étaient des exigences «*présentées sous un faux jour* ou des *normes nationales légitimes*» (p. 433, c'est nous qui soulignons). Il s'agit d'un critère constitutionnel pour établir si la nature et l'objet d'une exigence se situent en dehors de la compétence législative. La Cour a donc fait une distinction entre les conditions qui établissent des normes nationales authentiques et celles qui «*équivalent en fait à une réglementation ou à un contrôle exercé en dehors d'un champ de compétence fédérale*» (p. 434, le juge cite en l'approuvant la décision du tribunal de première instance). Elle a conclu que les conditions existantes étaient des normes nationales valables qui n'allaient pas à l'encontre du partage des compétences.

Il est peu probable que les tribunaux soient d'avis que la nouvelle condition proposée, «la divulgation des maladies infectieuses ou contagieuses», est de la même nature que les cinq critères et les dispositions sur les dépassements d'honoraires examinés dans l'affaire *Winterhaven*. Premièrement, elle porte sur un élément différent du régime de services de santé. La *Loi canadienne sur la santé* finance les régimes provinciaux d'assurance-santé. Ces régimes *paient* les services assurés au consommateur, mais non la mise sur pied ou le maintien des installations et services de soins de santé.

Par conséquent, la *Loi* ne porte pas directement sur le financement des hôpitaux, des services d'urgence, l'emploi du personnel d'urgence, les programmes provinciaux d'hygiène publique concernant les maladies infectieuses ou contagieuses ni même sur aucun autre service ou programme

d'hygiène publique. La protection des employés des services d'urgence et du grand public contre les maladies infectieuses dépasse tout à fait la portée de la *Loi canadienne sur la santé*. Il serait donc difficile de justifier l'imposition de la divulgation comme norme nationale aux fins de la *Loi*, même du point de vue de la teneur générale de celle-ci.

Deuxièmement, même si l'objet de cette nouvelle condition relevait de cette loi fédérale ou d'une autre qui prévoit des dépenses, le degré de spécificité et de détail la mettrait à part de celles qui ont été considérées comme des normes nationales valables dans l'affaire *Winterhaven*. Elle pourrait être considérée comme de nature différente sur deux plans: elle ne porterait pas sur des questions générales de protection de la santé, comme l'hygiène publique et la santé et la sécurité au travail, mais sur un élément particulier à l'intérieur de ces domaines, et elle prescrirait une approche particulière du problème.

Cette condition de divulgation exigerait spécifiquement des provinces qu'elles prennent des mesures pour protéger les employés des services d'urgence contre les maladies infectieuses ou contagieuses, ce qui n'est que l'une des multiples responsabilités dont les provinces doivent s'acquitter chez elles en matière de santé publique et de santé et sécurité au travail. Elle irait même encore plus loin dans le détail et l'intervention en prescrivant une méthode particulière comme la seule formule acceptable pour assurer la protection dans ce cas spécifique.

Il est peu probable que les tribunaux acceptent comme compatible avec le principe prépondérant du partage des pouvoirs une disposition obligeant les provinces à s'acquitter d'une responsabilité semblable d'une certaine façon seulement, c'est-à-dire en imposant une notification ou une divulgation. Comme le montrent les recommandations de l'ébauche de rapport dont le comité est saisi, il semble y avoir d'autres formules applicables pour s'acquitter de cette responsabilité, qui, clairement, relève des provinces aux termes de la Constitution. Même si le gouvernement fédéral peut soutenir que cette disposition de notification est la meilleure solution, il est difficile de concevoir comment il pourrait prétendre que c'est la seule que les provinces puissent prendre pour respecter une norme nationale légitime sur la protection du personnel des services d'urgence contre les maladies infectieuses ou contagieuses.



Santé et sécurité professionnelles
Association internationale des pompiers, IAFC-IFPE

Copyright © 1992 par l'Association internationale des pompiers. Publication protégée par le droit d'auteur. Aucune partie ne peut être reproduite, gardée dans une banque de données, ni transmise sous quelque forme ou de quelque manière que ce soit électronique, mécanique, par photocopies, enregistrement ou autrement, sans l'autorisation écrite de l'Association internationale des pompiers, Santé et sécurité professionnelle.

LES MALADIES INFECTIEUSES ET LES SERVICES D'INCENDIE ET D'INTERVENTION D'URGENCE



Santé et sécurité professionnelles
Association internationale des pompiers, FAT-COI, CTC

Copyright © 1992 par l'Association internationale des pompiers. Publication protégée par le droit d'auteur. Aucune partie ne peut être reproduite, gardée dans une banque de données, ni transmise sous quelque forme ou de quelque manière que ce soit, électronique, mécanique, par photocopie, enregistrement ou autrement, sans l'autorisation écrite de l'Association internationale des pompiers, Santé et sécurité professionnelles.

Remerciements

Le Département de la santé et de la sécurité professionnelles de l'AIP désire exprimer ses remerciements à tous les médecins qui, à tour de rôle, ont participé au programme de stage médical mis sur pied en 1986. Cette année-là, l'Association a conclu une entente de coopération avec l'École d'hygiène et de santé publiques de l'Université Johns Hopkins, prévoyant d'accueillir sur une période de 60 jours, des diplômés se spécialisant dans la médecine du travail. La présente publication a été rédigée dans le cadre de ce programme.

Ont collaboré au présent manuel, Clifford S. Mitchell, S.M.D., M.D., M.P.H., résident médical, et Sharon Doyle, M.P.H., adjointe au Département de santé et sécurité professionnelles.

Nous soulignons aussi la participation de Jim Melius, M.D. Dr. P.H., président du Conseil consultatif médical de l'Association, qui a vérifié le contenu de l'information. Enfin, nos remerciements aussi à Patrick McCall, adjoint au Département, pour sa précieuse collaboration.

Le directeur,

SANTÉ ET SÉCURITÉ PROFESSIONNELLES, AIP

Richard M. Duffy.



Association internationale des pompiers, FAT-COI,CTC
Santé et sécurité professionnelles
1750, avenue New York, NW
Washington, DC 20006
(202) 737-8484
(202) 737-8418 (FAX)

Avant-propos

Le présent manuel de l'AIP, intitulé *les maladies infectieuses et les services d'incendie et d'intervention d'urgence*, vise à aider les pompiers, les techniciens médicaux d'urgence et les ambulanciers à prévenir les maladies transmissibles dans les services d'incendie actuels partout au Canada et aux États-Unis. L'exposition professionnelle à des maladies infectieuses ou transmissibles a pris une importance nouvelle en raison de la propagation rapide à l'échelle mondiale de la maladie mortelle qu'est le sida. Récemment, la prévention des maladies infectieuses professionnelles s'est accentuée avec la création par l'OSHA d'une norme sur les pathogènes à diffusion hématogène. De plus, l'AIP continue à presser les gouvernements des États-Unis et du Canada de promulguer des lois sur la déclaration, afin d'obtenir une meilleure protection contre les maladies infectieuses pour ses membres.

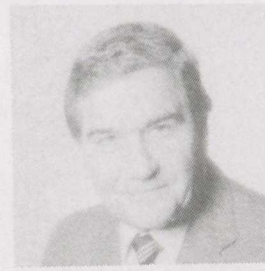
Le présent manuel vise à élargir la démarche des services d'incendie au chapitre de la mise en oeuvre de programmes fructueux de prévention des maladies infectieuses, ainsi qu'à fournir des renseignements précieux sur l'interprétation des lois, des règlements et des normes sur la protection des pompiers, des techniciens médicaux d'urgence et des ambulanciers. Il a été mis au point par le service d'hygiène et de sécurité du travail de l'AIP, en collaboration avec les responsables de notre programme de formation médicale. Ce programme, qui entre actuellement dans sa septième année, a offert de nombreux services à l'AIP et à ses associations affiliées. Le présent manuel fait une fois de plus ressortir l'importance de ce programme.

Nous encourageons toutes les associations locales à appuyer l'idée d'un programme de lutte contre les maladies infectieuses destiné à tous ses membres. Un programme de ce genre devrait constituer l'objectif de tout service d'incendie, en collaboration avec l'association locale affiliée à l'AIP.

Nous nous rendons tous compte que la lutte contre les incendies et l'intervention médicale d'urgence présentent des risques et que nous sommes tous exposés continuellement à des maladies transmissibles au travail. Chaque année, l'enquête sur les décès et les blessures de l'AIP indique que nous y sommes de plus en plus fréquemment exposés. Nous devons concerter nos efforts pour nous protéger contre l'exposition à la tuberculose, à l'hépatite, au VIH et à toutes les autres maladies transmissibles. Nous devons également faire en sorte que les services d'incendie et les établissements de santé soient pleinement informés de notre travail et du fait qu'il nous expose à des maladies infectieuses, d'où la raison d'être du présent manuel : aider les gens sur place à mettre en oeuvre dans leur service d'incendie un programme de prévention des infections en milieu de travail. On y a intégré les ressources de l'ergothérapie, les normes de la NFPA et du gouvernement, les décisions juridiques, les politiques des services d'incendie et les documents pertinents. C'est donc un guide complet, qui sera utile à tous nos membres.



Alfred K. Whitehead
Président



Vincent J. Bollon
Secrétaire-trésorier

Table des matières

INTRODUCTION

Chapitre I	1
Introduction	1
Politique de l'AIP	1
Les maladies infectieuses que peuvent contracter les pompiers	3
Chapitre II	5
Maladies infectieuses professionnelles	5
Maladies à diffusion hématogène	5
Maladies à diffusion aérogène	11
Maladies transmises par la saleté	14
Maladies transmises par un vecteur	14
Examens et vaccination liées aux maladies infectieuses à l'intention des pompiers, des techniciens médicaux d'urgence et des ambulanciers	16
Déclarations des expositions	18
Chapitre III	19
Normes et règlements applicables	19
Normes concernant les vêtements et l'équipement protecteurs	29
Décontamination des vêtements et de l'équipement et élimination des déchets médicaux	32
Chapitre IV	35
Lois touchant les maladies infectieuses	35
Décisions des tribunaux concernant les maladies infectieuses	37
Chapitre V (traduction non disponible—voir version anglaise)	
Annexe A — Exemple de politique de prévention des infections d'un service d'incendie	A-1

POLITIQUE DE L'AIP

adopté l'Annexe de politique et les lignes directrices recommandées qui suivent :

Le conseil de direction de l'AIP approuve le norme NFPA 1500, Standard on Fire Department Occupational Safety and Health Program (Programme de sécurité et d'hygiène au travail — normes concernant les services d'incendie) ayant appliqué aux programmes médicaux des services d'incendie (Chapitre 3). L'article 3-4.1 est particulièrement pertinent.

[Traduction]

Le service d'incendie ne dispose d'un médecin officiellement assigné, qui aura la responsabilité de guider, d'orienter et de conseiller les membres au sujet de leur santé, de leur condition physique et des tâches pour lesquelles ils sont aptes.

En se fondant sur cet article, le conseil de direction de l'AIP veut reconnaître qu'il veut adopter une politique qui précise les normes de nos collègues aux programmes, aux techniciens médicaux d'urgence et aux ambulanciers établies par le VIII. 5 il est clairement établi que ces travailleurs prisent ont un risque au point de vue de l'infection par le VIH. Il est impossible de se conformer aux normes de nos lignes directrices de base visant la prévention des infections. Il faudra l'avis officiel de nos collègues.

Chapitre I

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, la question des maladies infectieuses (transmissibles) dans les services d'incendie a pris une signification et une urgence nouvelles en raison de l'émergence du sida, de l'hépatite et de la tuberculose. Toutefois, les maladies qui peuvent affecter les pompiers, les techniciens médicaux d'urgence et les ambulanciers ne se limitent pas à celles que l'on vient de nommer. L'enquête de 1991 de l'AIP sur les décès et les blessures a fait ressortir que un pompier sur vingt-sept avait été exposé à une maladie transmissible pendant cette année-là, et que 14,7 p. 100 d'entre eux avaient été exposés à la tuberculose, 17,2 p. 100, à l'hépatite B, 36,9 p. 100, au virus d'immunodéficience humaine (VIH), et 31,2 p. 100, à d'autres maladies transmissibles.

Le présent document se veut une ressource pour toute personne intéressée à la prévention et à la maîtrise des maladies infectieuses au sein des services d'incendie. Le manuel fournira des informations générales sur la nature des infections touchant les pompiers ainsi que sur la façon de les reconnaître et de les prévenir. Il abordera également la question des normes et des textes législatifs applicables aux maladies contagieuses et susceptibles d'intéresser le personnel d'intervention d'urgence.

Le domaine des maladies infectieuses connaît une évolution rapide. Au nombre des controverses auxquelles on peut s'attendre dans les prochaines années, il y a la question des tests obligatoires pour le dépistage du VIH, le dépistage des anticorps pour le vaccin de l'hépatite B et la possibilité de réglementer l'exposition aux pathogènes à diffusion autre qu'hématogène, comme la tuberculose. Même si le guide donné des informations sur certains de ces sujets, il ne faut pas oublier que le domaine évolue sans cesse.

POLITIQUE DE L'AIP

Le présent document vise à appuyer les dispositions prévues par la politique du conseil de direction de l'AIP concernant les maladies infectieuses. Le présent manuel tentera, dans la mesure du possible, de fournir, d'étayer et de justifier les recommandations qui aideront les gens de nos sections locales à mettre en place des politiques semblables au sein de leur service afin de préserver la santé et le bien-être de nos consœurs et de nos confrères.

La politique a été rajeunie par l'AIP en raison des nouvelles préoccupations concernant le risque de transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses au personnel d'intervention d'urgence. C'est pourquoi le conseil de direction a conçu et adopté l'énoncé de position et les lignes directrices recommandées suivantes :

Le conseil de direction de l'AIP appuie la norme NFPA 1500, *Standard on Fire Department Occupational Safety and Health Program (Programme de sécurité et d'hygiène au travail — normes concernant les services d'incendie)* ayant trait aux programmes médicaux des services d'incendie (Chapitre 8). L'article 8-4.1 est particulièrement pertinent

[Traduction]

Le service d'incendie devra disposer d'un médecin officiellement désigné, qui aura la responsabilité de guider, d'orienter et de conseiller les membres au chapitre de leur santé, de leur condition physique et des tâches pour lesquelles ils sont aptes.

En se fondant sur cet article, le conseil de direction de l'AIP croit vraiment qu'il faut adopter une politique qui précise les restrictions imposées aux pompiers, aux techniciens médicaux d'urgence et aux ambulanciers infectés par le VIH. S'il est clairement établi que ces travailleurs présentent un risque important de transmettre l'infection parce qu'il leur est impossible de se conformer aux normes ou aux lignes directrices de base visant la prévention des infections, il faudra limiter adéquatement leurs fonctions.

En vertu de la norme NFPA 1500, les services d'incendie ont la responsabilité d'évaluer l'état de santé de tous les pompiers, techniciens médicaux d'urgence et ambulanciers ainsi que leur capacité à accomplir les tâches auxquelles ils sont affectés.

L'AIP exige également que tous les services d'incendie adoptent la norme NFPA 1500, surtout en ce qui concerne les exigences visant la mise en oeuvre d'un programme de prévention des infections dans les services d'incendie. Un programme de ce genre doit comprendre des directives concernant la prévention de la transmission de maladies à diffusion hématogène et d'autres maladies infectieuses aux pompiers, aux techniciens médicaux d'urgence et aux ambulanciers dans l'exercice de leurs fonctions, de même que les directives visant l'amélioration des pratiques de prévention des infections. Les services d'incendie doivent avoir la responsabilité de fournir un équipement de protection (gants, vêtements protecteurs, etc.), du matériel et des installations de désinfection adéquats.

Les services d'incendie doivent instaurer, à l'intention de tout leur personnel, une formation annuelle concernant les mesures de protection universelles contre la propagation de maladies par le sang et les liquides organiques, les techniques de protection et autres politiques de prévention des infections scientifiquement admises. Cette formation devrait également comprendre des informations sur le facteur de risque des maladies infectieuses, leur risque de contagion et de transmission, de même que des renseignements sur l'accessibilité et les mérites d'un counseling et de tests libres, confidentiels ou anonymes comme mesures personnelles de prévention offertes au personnel des services d'incendie. Les documents de formation doivent comprendre des renseignements sur l'exposition aux maladies infectieuses et sur la gynégénésique (santé de la reproduction).

Les services d'incendie doivent établir des méthodes d'évaluation des restrictions relatives au travail pour les employés qui ont contracté une maladie infectieuse et qui, dans l'exercice de leurs fonctions, montrent une diminution fonctionnelle ou une incapacité de respecter les pratiques normales de prévention des infections, ou encore qui présentent un risque trop grand d'infection pour des patients ou pour les membres des services d'incendie. Le médecin des services d'incendie doit évaluer les tâches des pompiers, des techniciens médicaux d'urgence et des ambulanciers afin de déterminer, le cas échéant, les restrictions relatives au travail dans le cas où une personne contracterait une maladie infectieuse. L'évaluation devra englober tous les facteurs qui peuvent compromettre l'exercice des tâches et examiner les pratiques de prévention des infections médicalement et scientifiquement admises. Ces facteurs comprennent la maladie ou la présence de lésions exsudantes ou suintantes qui peuvent diminuer de façon importante la capacité du pompier, du technicien médical d'urgence ou de l'ambulancier à effectuer son travail et à fournir des soins de qualité. Les compétences tant physiques que mentales doivent aussi être prises en considération. De plus, le médecin des services d'incendie doit également passer en revue le statut immunologique des pompiers, des techniciens médicaux et des ambulanciers et leur prédisposition aux maladies infectieuses.

Le médecin des services d'incendie doit également participer à l'élaboration de politiques ayant trait aux restrictions des fonctions d'un employé non contagieux quand il y a une forte possibilité que cette personne contracte une maladie infectieuse. Les pompiers, les techniciens médicaux d'urgence et les ambulanciers qui présentent des lésions importantes de la peau ou de graves dermatites sur les mains, les bras, la tête, le visage ou le cou doivent être examinés pour qu'on puisse déterminer s'ils peuvent avoir un contact direct avec le patient, s'occuper de l'équipement destiné aux soins des patients ou manipuler les déchets médicaux jusqu'à ce qu'il soient guéris.

LES MALADIES
INFECTIEUSES QUE
PEUVENT
CONTRACTER LES
POMPIERS

On entend par «maladies contagieuses professionnelles» les maladies infectieuses qu'une personne peut contracter à son travail. Ces maladies contagieuses sont habituellement causées par des virus ou des bactéries; cependant, dans certains emplois les agents parasitaires sont importants. Les maladies contagieuses professionnelles sont considérées comme donnant droit à des prestations du régime d'indemnisation des accidentés du travail, comme toute autre maladie liée au travail. Les maladies infectieuses qui touchent le plus les pompiers sont : le virus de l'hépatite B (VHB), le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), agent viral responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ainsi que la tuberculose (TB). Les virus de l'hépatite A, C, D et E, l'herpès, l'influenza, la maladie de Lyme, la méningite, les oreillons, la gale et le tétanos sont d'autres maladies infectieuses qui touchent les pompiers, même si le risque de les contracter est moins grand.

À leur travail, les pompiers doivent souvent réagir à des situations d'urgence où les victimes ont été blessées et saignent abondamment. Ils peuvent devoir dégager la victime d'un endroit difficile d'accès, comme un véhicule moteur accidenté ou un édifice peu accessible. Il peut y avoir des éclats de verre ou d'autres objets coupants peu visibles sur les lieux, et l'éclairage peut y être très faible. De plus, si la victime perd son sang et que l'employé d'intervention d'urgence doit la dégager rapidement s'il veut lui sauver la vie, il peut devoir agir en hâte et oublier sa propre sécurité. Les pompiers peuvent également devoir administrer des traitements médicaux d'urgence sur les lieux, par exemple installer un soluté ou faire une prise de sang. Le pompier ne sait presque jamais si la victime a une maladie infectieuse quand il lui prodigue les premiers soins. Tous ces facteurs contribuent à augmenter le risque que le pompier contracte une maladie contagieuse à diffusion hématogène par une piqûre, par une écorchure ou par une laceration de la peau qui peut être contaminée par le sang infecté de la victime.

L'éducation et la formation sont les moyens les plus efficaces de limiter le risque de maladie contagieuse à diffusion hématogène chez les pompiers. Le risque de contracter une maladie infectieuse et les moyens à prendre pour éviter que ce ne soit le cas devraient être expliqués au cours de la formation de tous les pompiers. Des précautions universelles comme le port de gants protecteurs, de lunettes de sécurité, de masques et de blouses devraient être mises de l'avant dès qu'une exposition à des liquides organiques est susceptible de se produire. Ces précautions devraient être prises que l'on sache ou non si la victime est atteinte d'une maladie infectieuse. Les nouveaux règlements de l'*Occupational Safety and Health Administration* (OSHA), indiqués dans la norme 29 CFR 1910.1030, exigent que chaque employé susceptible d'être exposé aux agents pathogènes à diffusion hématogène dispose d'un équipement protecteur individuel pouvant prévenir ce genre d'exposition.

Les quelques secondes que perdent les pompiers pour enfileur un ensemble de protection ne mettront pas en péril la survie de la victime. On devrait former les pompiers à enfileur automatiquement leur ensemble de protection, à évaluer avec soin les lieux pour déceler les dangers possibles de laceration ou d'écorchure et, enfin, à éclairer le plus possible les lieux afin de mieux voir les dangers.

Chapitre II

MALADIES INFECTIEUSES PROFESSIONNELLES

La présente section décrit les maladies transmissibles qui peuvent représenter un risque professionnel pour les pompiers et les techniciens médicaux d'urgence. Chaque maladie transmise par le sang, l'air, la saleté ou d'autres vecteurs sera décrite selon sa pathophysiologie, ses symptômes et les stratégies visant à la prévenir.

L'exposition aux agents pathogènes à diffusion hématogène peut prendre de nombreuses formes : piqûre d'aiguille, éclaboussures de sang ou de liquide organique sur les muqueuses (bouche, yeux, nez) et même, dans certains cas, morsures humaines (quoique le risque de transmission du VIH par morsure humaine soit très faible). Si vous êtes exposé à un agent pathogène à diffusion hématogène ou croyez l'avoir été, il est important de demander des soins médicaux dans les plus brefs délais. Un suivi précoce permet d'établir vos risques de contracter une maladie, facilite le traitement et pourra vous aider à prendre des décisions subséquentes concernant l'indemnisation.

Les maladies transmises par les arthropodes sont des maladies propagées par un vecteur, habituellement un arthropode ou un autre insecte, ou des maladies qui se sont développées et sont devenues infectieuses à l'intérieur de l'arthropode lui-même. L'insecte transporte la maladie d'un individu infecté à un individu sain. Les employés d'intervention d'urgence risquent de contracter ces maladies pendant des opérations sur le terrain ou par des contacts étroits avec le grand public. Les pompiers et les techniciens médicaux d'urgence devraient prendre garde aux piqûres d'insectes et examiner soigneusement les insectes trouvés sur leur peau, dans leurs cheveux ou sur leurs vêtements. Ils devraient consulter un médecin le plus rapidement possible après avoir découvert quelque chose de suspect.

MALADIES À DIFFUSION HÉMATOGÈNE

Hépatite

Le mot «hépatite» signifie «inflammation du foie». Cette inflammation peut être causée par des virus, des produits chimiques, des médicaments, des maladies auto-immunes et un certain nombre d'autres facteurs. Les infections qui causent l'hépatite sont légion; cependant, la plupart des hépatites sont causées par des virus, et c'est l'hépatite virale qui a récemment fait l'objet de préoccupations. Les symptômes de l'hépatite sont les suivants : jaunisse (coloration jaune verdâtre de la peau ou des yeux), douleurs «à l'estomac» ou à l'abdomen, fatigue et diarrhée.

Parmi les virus qui peuvent causer l'hépatite, notons ceux de l'hépatite A, de l'hépatite B, autrefois appelée «hépatite sérique», l'une des plus importantes maladies à diffusion hématogène. D'autres virus de l'hépatite à diffusion hématogène moins courants comprennent le virus appelé «delta», le virus de l'hépatite C (autrefois appelée hépatite non-A, non-B), le virus de l'hépatite D et celui de l'hépatite E. Certains de ces virus ont une plus grande importance que d'autres pour les pompiers.

Hépatite A

L'hépatite A est connue sous le nom d'hépatite infectieuse. Cette maladie est souvent associée à la contamination de l'eau par des matières fécales; elle se transmet d'une personne à une autre par une mauvaise hygiène et par l'ingestion d'aliments crus ou d'eau contaminée. Les symptômes de l'hépatite A mettent environ de 15 à 50 jours à se manifester après l'exposition au virus et ils disparaissent habituellement, même sans traitement, environ deux semaines plus tard. C'est chez les enfants et chez les jeunes adultes que cette maladie est la plus courante, et il n'est pas rare qu'elle se manifeste dans

les camps de vacances ou dans les casernes militaires. Un vaccin est en voie d'être mis au point, mais en attendant, toute personne exposée au virus de l'hépatite A peut recevoir une dose d'immunoglobine (Ig) afin de prévenir l'infection. Même si l'hépatite A représente le type le plus courant d'hépatite virale, elle ne devrait pas poser de problème aux pompiers, sauf si leurs repas sont préparés par une personne infectée ou qu'ils s'infectent eux-mêmes en manipulant des matières contaminées sur les lieux d'un incendie.

Hépatite B

L'hépatite B est aujourd'hui, de loin, la maladie professionnelle à diffusion hémotogène la plus importante chez les fournisseurs de soins de santé. En plus d'être susceptibles de transmettre elles-mêmes la maladie, les personnes infectées par le virus de l'hépatite B sont exposées à des problèmes de santé graves, par exemple, la cirrhose, le cancer du foie, l'insuffisance hépatique et même la mort. Le sang infecté par le virus de l'hépatite B est beaucoup plus infectieux que celui infecté par le VIH. Aux États-Unis, il y a beaucoup plus de personnes infectées par le virus de l'hépatite B que de personnes infectées par le VIH.

L'hépatite B se transmet sensiblement de la même façon que le VIH, par des relations sexuelles, l'échange de seringues ou un contact avec le sang et d'autres liquides organiques. Par le passé, cette maladie s'est propagée par les transfusions sanguines, mais le sang fait maintenant l'objet d'un dépistage de l'hépatite B avant d'être injecté aux malades, et on ne permet pas aux gens qui ont la maladie de donner du sang. Plusieurs groupes ont un risque élevé de contracter l'hépatite B, notamment les usagers de drogues injectables, les hétérosexuels ayant des partenaires multiples, les homosexuels masculins, les clients et les employés d'établissements pour handicapés mentaux, les prisonniers et les patients des centres d'hémodialyse.

La vaccination est la meilleure façon de se prémunir contre l'hépatite B. La maladie peut prendre de 45 à 160 jours à se manifester après qu'on a été exposé au virus. Toutefois, les études montrent que des anticorps protecteurs se forment chez la plupart des gens vaccinés contre le virus. Si vous êtes exposé, ce serait une bonne idée (et ce sera une exigence de l'OSHA) de faire prélever du sang aussitôt que possible afin de déterminer votre état **sérologique initial**, c'est-à-dire, d'établir la présence des anticorps protecteurs (puisque ces anticorps prennent plusieurs semaines à se former, ils n'apparaîtront pas dans le sang retiré immédiatement après l'exposition). Si vous n'avez pas d'anticorps protecteurs, votre médecin peut décider de vous vacciner. On pourra également vous injecter des immunoglobulines contre l'hépatite B (IgHB), ce qui vous procurera une protection accrue grâce à ce que l'on appelle parfois «l'immunité passive». Toutefois, fondamentalement, la vaccination contre l'hépatite B est un moyen sûr et très efficace d'empêcher les pompiers de contracter l'hépatite B au travail. Cette vaccination est recommandée pour tous les pompiers, les techniciens médicaux d'urgence et les ambulanciers.

Hépatite C

L'hépatite C est loin d'être aussi courante que l'hépatite B, mais ses effets et ses modes de propagation sont semblables. Un test sanguin de dépistage des anticorps de l'hépatite C est disponible depuis peu en raison du nombre croissant de cas de cette maladie de plus en plus courante. On estime à environ 4 p. 100 le risque pour les travailleurs de la santé de contracter le VHC, tandis qu'il est de 20 à 40 p. 100 pour le VHB. Dans la population en général, l'hépatite C est responsable d'un grand nombre de décès imputables à des cirrhoses et de maladies chroniques du foie. Elle a été associée à la transfusion sanguine, et les pompiers peuvent avoir des contacts avec des groupes de population souffrant d'hépatite C.

On met actuellement au point un vaccin qui, une fois commercialisé, sera peut-être recommandé aux pompiers. Dans l'intervalle, les IgHB mentionnés plus tôt peuvent offrir une certaine protection aux personnes qui ont été exposées.

Hépatite D

L'hépatite D est une variante de l'hépatite B. Elle présente des caractéristiques semblables, mais elle est beaucoup moins courante. Un test sanguin visant à détecter le VHD est disponible, mais le vaccin contre l'hépatite B protège aussi contre l'hépatite D.

Hépatite E

Heureusement, l'hépatite E ne s'est pas encore répandue aux États-Unis. On la retrouve dans certaines autres régions du monde, notamment au Mexique, et elle a été dépistée chez des Américains revenant d'un voyage dans ces régions. Elle est surtout courante chez les adultes, jeunes et d'âge moyen, et il n'existe aucun vaccin pour s'en prémunir. Toutefois, elle est semblable à l'hépatite A et peut être prévenue de la même façon.

Stratégies préventives

Les pompiers risquent l'exposition à tous ces types d'hépatite virale. Les hépatites A et B sont les plus courantes. En s'assurant de consommer seulement de l'eau et des aliments préparés de façon sécuritaire, spécialement pendant des voyages à l'étranger, on peut réduire l'exposition aux hépatites A et E. La vaccination contre l'hépatite B protégera contre les hépatites B et D. En se conformant aux nouvelles lignes directrices des normes de l'OSHA concernant l'exposition professionnelle aux agents pathogènes à diffusion hématogène, les pompiers peuvent réduire leur risque de contracter l'hépatite C, toute autre hépatite virale et même le sida.

Les effets de toutes les formes d'hépatite abordées ici peuvent s'additionner. Un pompier qui consomme beaucoup d'alcool, qui a inhalé des produits chimiques toxiques et qui, ensuite, contracte l'hépatite B accroît la possibilité d'endommager son foie de façon permanente et de raccourcir sa vie. Prenez les précautions voulues pour protéger votre vie et votre foie.

Virus d'immunodéficience humaine (VIH)

Le virus d'immunodéficience humaine (VIH) est le virus responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (sida). Le sida a été découvert pour la première fois aux États-Unis au début des années 80, quand deux maladies inhabituelles (le sarcome de Kaposi, un type de cancer, et la pneumonie à *pneumocystis carinii*, causée par un organisme qui provoque la maladie chez les personnes dont le système immunitaire est affaibli) ont commencé à se répandre chez les hommes homosexuels. Depuis ce temps, notre compréhension de la maladie a progressé rapidement, à l'encontre des mesures visant à en prévenir la propagation. Il n'est pas exagéré d'affirmer que le sida représente la plus grave menace à la santé publique mondiale dont on ait été témoin depuis les 50 dernières années. *Aucune partie des États-Unis ou du monde ne peut être considérée «libre» de toute menace de VIH et de sida.*

Le VIH est un virus du type «rétrovirus». Ce genre de virus infecte certaines cellules du corps et intègre son matériel génétique viral à l'ADN de la cellule. Les cellules du corps commencent ensuite à produire le virus et peuvent elles-mêmes mourir pendant le processus. Le VIH infecte seulement certaines cellules du corps, dont les plus importantes sont certains globules blancs, appelés lymphocytes, dont le rôle est de combattre les infections, et particulièrement les lymphocytes appelés «cellules auxiliaires» (que l'on peut reconnaître parce qu'elles transportent un marqueur appelé «CD4»). Le VIH peut également s'attaquer à certaines cellules du système nerveux.

Transmission du VIH

Le VIH a été trouvé dans plusieurs liquides organiques, notamment, le sang, le sperme, les sécrétions vaginales, la salive et les larmes. Toutefois, rien ne permet de croire

que le VIH puisse être transmis par contact fortuit avec une personne infectée ou par un contact avec la salive ou les larmes. À l'heure actuelle, il est pratiquement établi que le VIH se transmet par contact direct avec le sang ou les produits sanguins, le sperme ou les sécrétions vaginales et qu'il se contracte par des activités à «risque élevé», notamment la pénétration sexuelle (vaginale ou anale), l'injection directe de sang contaminé, par transfusion ou utilisation de seringues contaminées, ou encore par contact avec du sang ou des produits sanguins contaminés. De plus, le VIH peut être transmis d'une mère à son enfant, soit par transmission directe au fœtus avant sa naissance, soit par du lait maternel infecté.

La transmission en milieu de travail peut se produire d'abord par injection accidentelle provenant d'aiguilles contaminées, mais des cas de contamination par éclaboussure de sang contaminé sur les muqueuses ont également été signalés. Contrairement au virus de l'hépatite B, le VIH n'est pas facilement transmissible; en effet, des études portant sur des travailleurs de la santé montrent très souvent que le risque d'être infecté par le VIH après une piqûre d'aiguille est peu élevé (moins de 1 p. 100) et que le risque d'être infecté par éclaboussure de sang sur les muqueuses est encore plus faible. Même si le public s'est montré préoccupé par la possibilité de transmission de l'infection par des travailleurs de la santé, il n'y a qu'un seul cas étayé où un professionnel de la santé a infecté ses patients (un dentiste de Floride). Aucune des études permanentes menées par les Centers for Disease Control n'a pu faire ressortir d'autres cas semblables, même parmi les chirurgiens infectés.

Tests de dépistage de l'infection par le VIH

L'infection au VIH peut être détectée, même chez les personnes asymptomatiques, à l'aide d'un test sanguin. Le premier test, le plus sensible, pouvant détecter les anticorps humains au VIH est appelé ELISA. Habituellement, ce test détectera l'infection chez presque toutes les personnes infectées au VIH. Il y a cependant deux exceptions : d'abord, pour les personnes chez qui l'infection est récente, il faut parfois compter jusqu'à six semaines avant qu'elles ne produisent suffisamment d'anticorps pour qu'ELISA soit positif; ensuite, chez les patients en phase clinique avancée du VIH, le nombre d'anticorps peut avoir diminué, et le test pourra être négatif.

Infection par le VIH

L'infection par le VIH progresse en diverses étapes, allant d'une infection asymptomatique à l'état connu sous le nom de sida. Le sida est la forme la plus grave de l'infection et, pour le moment, s'est toujours révélé mortel. La classification la plus largement utilisée des stades de l'infection par le VIH, adoptée par les CDC, est présentée ci-dessous.

Stades cliniques de l'infection par le VIH

- Infection aiguë par le VIH
- Infection asymptomatique par le VIH
- Lymphadénopathie généralisée persistante
- Autres complications liées au VIH
 - Atteinte de l'état général
 - Maladie neurologique
 - Maladie infectieuse secondaire
 - Tumeurs secondaires
 - Autres affections

L'infection aiguë par le VIH est une maladie qui ressemble à la grippe et qui apparaît habituellement peu de temps après la première infection par le VIH. Elle peut être si faible qu'elle passera inaperçue, et de nombreuses personnes infectées par le VIH seront incapables de se souvenir d'une maladie associée à leur première exposition au virus.

Quand il y a infection asymptomatique par le VIH, rien n'indique que l'individu est infecté. Toutefois, le test aux anticorps du VIH est positif, et la personne est quand même capable d'infecter les autres, puisque le virus est présent dans son sang. La quasi-totalité des personnes dont l'infection est asymptomatique connaîtront toutes les manifestations du sida à un moment donné, habituellement au taux d'environ 5 à 8 p. 100 par année.

L'infection symptomatique par le VIH peut prendre plusieurs formes. Pour certains, le seul signe de maladie, au début, est une hypertrophie persistante des ganglions lymphatiques (lymphadénopathie). À mesure que la maladie progresse, la personne peut être touchée par le para-sida, qui consiste en un certain nombre de symptômes touchant l'état général (notamment la fièvre, la perte de poids, la diarrhée et les malaises), sans présenter une maladie caractéristique du sida. La forme la plus grave de l'infection par le VIH, le sida, est défini par les CDC comme un syndrome pour lequel les personnes atteintes présentent une ou plusieurs des maladies spécifiques, qu'il y ait eu ou non un test sanguin confirmant une infection par le VIH.

Exposition au VIH, détection et prophylaxie

Après une exposition à du sang ou à des produits sanguins (ou à d'autres matières potentiellement infectieuses) contaminés par le VIH, la personne concernée devrait se faire prélever du sang afin de déterminer son état initial quant au VIH. La formation d'anticorps après l'infection prend habituellement de quelques semaines à plusieurs mois, et 95 p. 100 des gens qui deviennent infectés auront des anticorps au plus tard cinq mois après. Ainsi, après l'exposition, un médecin déterminera le meilleur moment pour procéder à une nouvelle prise de sang afin d'observer si la «séroconversion» a eu lieu. Celle-ci montre que la personne exposée n'était pas déjà infectée. À toutes les étapes, les examens devraient être doublés d'une discussion entre un conseiller et l'employé afin que celui-ci soit mis au courant de l'examen effectué, de ses limites et de ses conséquences.

On a laissé entendre que l'AZT (3'-azido-2', 3'- didésoxythymidine), médicament qui s'est avéré efficace pour ralentir la progression du sida, devrait être pris immédiatement après une exposition afin de réduire le risque d'infection. La prise d'AZT serait une mesure prophylactique. Actuellement, il n'y a aucune étude prouvant qu'une prophylaxie au 3'-azido-2', 3'- didésoxythymidine (AZT) consécutive à une exposition soit efficace dans la prévention de l'infection par le VIH. Il y a quatre personnes dont la

séroconversion a été documentée, bien qu'elles aient pris de l'AZT après avoir été exposées. Toutefois, le taux de séroconversion suivant une piqûre d'aiguille est de toute façon si peu élevé que les scientifiques ont été incapables de trouver assez de sujets pour effectuer une étude pertinente visant à montrer que l'AZT prévient réellement le VIH. De plus, des expériences effectuées chez le singe laissent croire que même si on donne de l'AZT avant l'exposition et qu'on injecte ensuite une toute petite dose du virus, le médicament offrira une protection très faible, voire nulle. En ce moment, même si la société qui fabrique l'AZT recueille des renseignements sur les personnes qui ont été exposées et qui prennent de l'AZT, il n'y a pas suffisamment de patients pour montrer statistiquement les avantages du médicament.

En ce qui concerne le moment idéal pour prendre l'AZT après avoir été exposé au virus, comme personne n'en a retiré d'avantages concluants, il n'y a pas de données certaines sur le moment idéal pour prendre l'AZT après l'exposition. Une seule recommandation : le plus tôt vaut le mieux.

La prise d'AZT s'assortit d'effets secondaires. Les nausées, la fatigue et les symptômes semblables à ceux de la grippe sont fréquents; certains malades ont dû cesser de prendre le médicament ou réduire la dose en raison de ces effets secondaires. Certains de ceux-ci touchent la moelle osseuse et peuvent causer une anémie bénigne, mais ils sont négligeables. Enfin, les problèmes les plus préoccupants sont ceux qui touchent les effets possibles à long terme comme le potentiel tératogène et carcinogène de l'AZT, c'est-à-dire sa capacité de causer des malformations congénitales ou le cancer. Pour conclure, un pompier exposé au VIH devrait-il prendre de l'AZT?

Cela est laissé à la discrétion de chacun. Les données laissent entrevoir que si on peut réellement retirer des avantages de l'AZT, on devrait le prendre aussi tôt que possible; toutefois, même dans ce cas, son action est probablement limitée. Toutefois, comme la maladie est généralement mortelle, il peut quand même valoir la peine de prendre le médicament.

Herpès simplex

Les pompiers peuvent souvent entrer en contact avec le virus de l'herpès simplex (VHS). Les infections herpétiques sont parmi les plus courantes chez l'humain. La varicelle, la mononucléose infectieuse, les boutons de fièvre ordinaires et les feux sauvages sont tous attribuables à un virus de la famille de l'herpès simplex. L'herpès génital est également une maladie infectieuse causée par le virus VHS-2, mais il n'est pas considéré comme un problème professionnel chez les pompiers.

Le principal mode de propagation du VHS est par contact direct avec des sécrétions infectées. Les sécrétions orales ou génitales provenant d'un individu infecté, symptomatique ou non, sont la source principale du virus. Le virus VHS-1, propagé par les sécrétions orales, constitue un risque professionnel pour tout employé d'intervention d'urgence qui donne la respiration artificielle. Les personnes dont les lésions sont actives peuvent en infecter d'autres. Les pompiers, les techniciens médicaux d'urgence et les ambulanciers devraient connaître le risque possible d'infection.

Parmi les mesures préventives que peut appliquer au travail le personnel d'intervention d'urgence susceptible d'avoir un contact avec le VHS, on retrouve les précautions systématiques qui devraient être appliquées dans toutes les situations où des soins sont prodigués à des patients. De façon spécifique, le personnel devrait porter des gants en cas de contact direct avec des lésions potentiellement infectieuses. De plus, on devrait fournir de l'information en matière de santé et d'hygiène personnelle aux pompiers, aux techniciens médicaux d'urgence et aux ambulanciers afin de réduire la propagation des infections.

Tuberculose

La tuberculose est une maladie causée par une famille d'organismes appelés mycobactéries. La maladie appelée communément tuberculose (TB) est provoquée par une mycobactérie appelée *Mycobacteria tuberculosis* (*M. tuberculosis*). On sait que d'autres espèces de mycobactéries infectent les gens dont le système immunitaire est affaibli comme les sidéens ou les cancéreux en chimiothérapie. Habituellement, ces organismes (*Mycobacterium avium intracellulaire*, *Mycobacterium Kansasi*) ne présentent aucun danger pour les personnes en bonne santé.

La TB est une maladie ancienne qui était autrefois très crainte partout dans le monde, en raison du grand nombre de décès et de malades chroniques qui lui était imputable. Cela est dû en partie au fait que la TB a une prédilection pour les milieux surpeuplés de gens dont la résistance est affaiblie, conditions que l'on rencontre souvent dans les milieux défavorisés. Après avoir baissé pendant plusieurs décennies, la prévalence de la tuberculose est maintenant en hausse, surtout dans les secteurs urbains où l'on observe une hausse du surpeuplement et de la pauvreté, ingrédients propices à la propagation de la TB. De plus, chez certains groupes de la population (prisonniers, indigents, nouveaux immigrants, malades en établissement, sidéens) l'incidence et la prévalence de la TB préoccupent énormément les autorités de la santé publique. Les pompiers et les techniciens médicaux d'urgence sont exposés tous les jours à ces groupes de population. Dans l'enquête de 1991 de l'AIP sur les décès et les blessures, l'exposition à la tuberculose compte pour 13,3 p. 100 de toutes les expositions à des maladies transmissibles.

Les personnes dont l'infection est active propagent la maladie en émettant dans l'air des **gouttelettes de salive**, en toussant, en éternuant ou même simplement en parlant. Les gouttelettes de salive peuvent demeurer en suspension dans l'air pendant plusieurs minutes, surtout si la circulation de l'air est mauvaise; c'est pourquoi le tuberculeux ne doit pas nécessairement être dans la pièce pour que l'air soit infectieux. Toutefois, quand il y a circulation d'air, le nombre de gouttelettes de salive infectieuses diminue rapidement. De plus, le soleil et les rayons ultraviolets tuent les germes de la TB.

Chez une personne en bonne santé dont le système immunitaire est normal, l'exposition à *M. tuberculosis* provoque une réponse immunitaire importante. Les gouttelettes contenant le microorganisme sont inhalées profondément par les poumons où, initialement le micro-organisme se multiplie. Un système immunitaire sain peut contenir l'infection facilement; tant qu'il y parviendra, le micro-organisme restera inactif, mais pourra redevenir actif, même des années plus tard, si le patient n'est pas traité. C'est pourquoi des examens de dépistage de la TB et un traitement complet assureront une protection contre toute apparition ultérieure de la maladie.

Même si l'infection peut être contenue chez les personnes en santé, la TB peut devenir active chez les gens dont le système immunitaire est affaibli, que ce soit en raison d'une maladie (par exemple, le sida, le cancer ou une maladie du foie causée par l'alcool) ou en raison de mauvaises conditions de vie (malnutrition). La forme la plus courante de TB active est la TB pulmonaire, qui commence par une atteinte de l'état général (fatigue, amaigrissement, sueurs nocturnes) et se termine par une toux chronique, des expectorations teintées de sang et une émaciation. Il est important de mentionner que même des personnes relativement asymptomatiques peuvent répandre l'infection par la toux ou des éternuements occasionnels, et même en parlant.

Enfin, même les personnes en bonne santé qui ont réussi à combattre le microbe risquent une réactivation de l'infection initiale plus tard au cours de leur vie. Cette réactivation peut être la conséquence d'une maladie, d'un affaiblissement du système immunitaire ou simplement de l'âge. C'est pourquoi il est important de répérer les signes d'exposition à la TB chez les personnes asymptomatiques; elles pourront subir un traitement visant à éliminer les germes de TB inactifs qui pourraient causer une infection plus tard au cours de leur vie. De plus, on se préoccupe actuellement de la possibilité d'apparition d'une souche résistante à de nombreux médicaments, qui rendrait inutiles les

traitements habituels grâce auxquels le nombre de cas de TB aux États-Unis a chuté par le passé.

Les tests de dépistage de la tuberculose

La façon la plus efficace de maîtriser la tuberculose est de la détecter et de la traiter très tôt. L'exposition à la tuberculose est détectée par un test connu par ses initiales «PPD» (c'est-à-dire Purified Protein Derivative, soit dérivé protéique purifié) parfois appelé «test à la tuberculine». Pour faire ce test, on injecte une petite quantité de protéine de tuberculose purifiée (qui ne peut causer la maladie) sous la peau. Si l'organisme a déjà été exposé à la tuberculose, le système immunitaire reconnaîtra et attaquera la protéine, causant une rougeur et une induration localisées. Le test est interprété par une infirmière ou un médecin après 48 à 72 heures, et le résultat peut être positif, négatif ou douteux. Si le test est positif, il est fort probable que la personne ait été exposée à la TB à un moment donné; le médecin fera les recommandations qui s'imposent.

Un «changement PPD» se produit lorsque quelqu'un a eu un test cutané négatif par le passé et que le test devient positif. Les personnes dont le test négatif s'est converti en un test positif sont exposées à un risque d'environ 3 p. 100 que la TB devienne active durant l'année suivant la conversion. Si elles ne sont pas traitées, elles ont environ 0,2 p. 100 de possibilités par année que le microbe devienne actif; ainsi, sur une période de 10 ans, la TB sera réactivée chez deux personnes sur 100 dont l'ancienne infection à la TB n'a pas été traitée.

La tuberculose active se détecte par une radiographie pulmonaire et la découverte de germes de la TB dans les expectorations, soit au microscope, soit par une culture. Le processus est souvent long et compliqué, et il n'est pas rare que l'on traite des personnes soupçonnées d'avoir la TB tout en attendant les résultats de leurs tests.

Les personnes dont le test s'est modifié récemment sont d'abord examinées, après quoi on prend une radiographie pulmonaire afin de déterminer si elles montrent des signes d'une infection active. Si elles ne présentent pas d'infection active, on pourra les traiter à l'isoniazide (INH) pendant 6 à 12 mois afin de réduire les possibilités de réactivation ultérieure de la TB. Il existe un faible risque de contracter une hépatite (inflammation du foie) causée par l'INH, surtout pour les plus de 35 ans; c'est pourquoi on effectue des tests sanguins périodiquement pour vérifier les enzymes du foie. Cette hépatite est complètement réversible si on suspend la consommation du médicament et ne se produit que chez un nombre restreint de personnes qui prennent celui-ci, et on doit considérer cet inconvénient dans la perspective où la tuberculose peut être une infection mortelle. Même les personnes plus âgées peuvent être traitées sans problème à l'INH, sous surveillance étroite. De plus, il est important de savoir qu'une personne dont le traitement contre la tuberculose a réussi a peu de risques, si elle reste en bonne santé, d'être réinfectée en raison de l'immunité qu'elle a acquise. Toutefois, dans de rares occasions, une réinfection est possible, particulièrement si, pour une raison ou pour une autre, le système immunitaire s'affaiblit.

L'explication la plus fréquente de l'échec du traitement est que le médicament n'est pas pris pendant toute la période prescrite. La nouvelle souche de tuberculose résistante à de nombreux médicaments découverte récemment à New York résulte presque certainement du fait que de nombreuses personnes ne prennent pas leurs médicaments pendant toute la période prescrite : plutôt que de tuer tous les germes, elles favorisent la sélection des germes qui peuvent le mieux résister aux médicaments.

Les patients chez qui on a diagnostiqué une TB active doivent prendre au moins trois médicaments pendant une longue période afin de faire disparaître complètement l'infection active. La chose la plus importante à faire si un test à la tuberculine est positif ou douteux, c'est de s'assurer que le malade est suivi de près par un médecin. Même si les employés ne sont pas traités pour une infection, ils devront peut-être subir

périodiquement des radiographies pulmonaires afin d'assurer qu'ils sont exempts de la maladie active.

Pour les employés dont le test cutané était négatif par le passé et qui n'ont pas eu d'autres occasions d'exposition, il est probable qu'une modification vers le positif récente du test au DPP est due à une exposition «au travail». Ils devraient être admissibles à une indemnisation pour toute facture médicale ou perte d'heures de travail découlant de cette exposition, maintenant et à tout jamais.

On doit tenir pour acquis que les employés qui n'ont jamais subi un test cutané de la TB et qui n'ont pas été exposés de façon importante à cette maladie par le passé ont été exposés à la TB au travail; ils doivent donc avoir droit aux mêmes indemnisations que les employés dont le test s'est modifié. Cela peut être problématique si ces malades sont des immigrants provenant de pays où la TB est endémique.

Les employés qui ont eu un test cutané positif par le passé ont de toute évidence été exposés à la TB auparavant et ne seront pas admissibles aux indemnisations. Toutefois, ils pourront être suivis par un médecin afin de garantir qu'ils ne montrent pas de signes de TB active.

Les cas de tuberculose doivent être déclarés au ministère responsable de la santé publique. Toutefois, le droit de l'employé à sa vie privée est protégé, tout comme dans les autres cas de maladies à déclaration obligatoire. Il est important de prendre conscience que *les personnes dont le test cutané était positif, mais qui n'ont pas de tuberculose active ne présentent aucun risque pour les autres*. De plus, après une certaine période, *même les personnes dont la TB est active et qui suivent un traitement adéquat ne sont pas contagieuses*.

Influenza

L'influenza préoccupe annuellement les professionnels de la santé puisque ce virus très infectieux est en constante évolution. La maladie habituellement associée à l'influenza est plus souvent appelée «la grippe». Présente le plus souvent pendant les mois d'automne et d'hiver, la grippe peut atteindre des proportions épidémiques dans de nombreuses régions géographiques et collectivités.

On croit, en général, que le virus de la grippe se propage par les gouttelettes de salive d'une personne infectée. Cette transmission du virus d'une personne à l'autre peut se faire par les gouttes de salive produites par la toux, les éternuements ou pendant la conversation. Une seule personne infectée peut transmettre le virus à un grand nombre de personnes prédisposées à l'attraper.

Les pompiers devraient connaître les caractéristiques du début de cette maladie. Habituellement, la grippe arrive sans prévenir, avec des frissons, suivis aussitôt de fatigue, de maux de tête et d'une myalgie généralisée. La fièvre, la toux et l'infection virale des voies respiratoires supérieures peuvent accompagner cette maladie. En général, la grippe dure entre 24 heures et plusieurs jours.

Les employés d'intervention d'urgence devraient se protéger contre ce virus saisonnier en se faisant vacciner chaque année. Même si la vaccination ne peut procurer une immunité complète en raison de l'évolution constante du virus, elle peut procurer une certaine protection. Il est important de se rendre compte que la nature de leur contact avec le grand public et la vie à l'intérieur de la caserne peuvent prédisposer les pompiers à contracter ce virus.

Oreillons

Les oreillons sont d'abord une maladie d'enfant. Toutefois, les adolescents et les adultes peuvent aussi l'attraper. Même si on a maîtrisé cette maladie par la vaccination,

sa présence au sein de la société subsiste. Habituellement, les oreillons se caractérisent par une maladie virale aiguë accompagnée de fièvre, d'enfllement et d'une sensibilité des glandes salivaires au toucher.

Les oreillons sont maîtrisés par la vaccination des jeunes enfants, mais les plus grands risques d'infection sont maintenant dirigés vers les enfants plus âgés et les jeunes adultes. Les personnes nées avant 1957 ont tendance à être naturellement immunisées en raison d'expositions antérieures, même si elles n'ont pas contracté la maladie ni subi de vaccination.

Les oreillons se manifestent habituellement pendant les mois d'hiver et de printemps. La maladie est généralement propagée par des gouttelettes de salive et par contact direct avec la salive d'une personne infectée. La période d'incubation de la maladie est de deux à quatre semaines. On peut prévenir les oreillons par un vaccin habituellement administré durant l'enfance.

Si un pompier ou un employé d'intervention d'urgence a été exposé au virus des oreillons, il devrait être mis en quarantaine jusqu'à ce qu'un examen médical ait pu être fait. Il est probable aussi, en raison du pouvoir infectant du virus, que les autres personnes prédisposées de la caserne doivent subir un examen médical et recevoir un vaccin, le cas échéant.

**MALADIES
TRANSMISES PAR
LA SALETÉ**

Tétanos

Le tétanos est une maladie aiguë produite par des bactéries libérant des spores, qu'on retrouve généralement dans la saleté, la poussière des rues et les selles humaines ou animales. Les spores s'introduisent dans une blessure, une lacération ou une piqûre et commencent à produire une matière très toxique qui cause des contractions et des crampes musculaires douloureuses, habituellement moins de 14 jours après l'infection. Cette maladie peut être mortelle si elle n'est pas traitée.

On peut prévenir le tétanos par une immunisation adéquate. Si un pompier ou un autre employé d'intervention d'urgence est blessé par un objet souillé, il doit tenter de nettoyer la blessure immédiatement et déclarer l'incident aussitôt que possible. Un médecin examinera la blessure et déterminera le moment où la personne a été immunisée pour la dernière fois. On devrait recevoir une injection de rappel d'anti-toxines tétaniques tous les dix ans. Le pompier qui présente une blessure importante ou contaminée devrait recevoir une injection supplémentaire s'il n'a pas reçu d'injection d'anatoxine tétanique dans les cinq années précédant la blessure.

**MALADIES
TRANSMISES PAR
UN VECTEUR**

Maladie de Lyme

La maladie de Lyme est une maladie infectieuse transmise par les tiques. En général, ce n'est pas un sujet de préoccupation pour les pompiers, mais comme elle présente un risque pour les gens qui travaillent à l'extérieur, nous l'avons incluse ici.

La maladie de Lyme est causée par le micro-organisme *Borrelia burgdorferi*. Elle a d'abord été identifiée comme maladie clinique en 1977, après qu'un groupe d'enfants de Lyme, au Connecticut, ont présenté des symptômes semblables, et qu'on découvre qu'ils étaient infectés. Depuis ce temps, elle est devenue la maladie transmise par un vecteur (c'est-à-dire, une maladie qui est transmise par d'autres intermédiaires animaux) la plus courante aux États-Unis. La maladie est transmise aux humains par la piqûre d'une tique du groupe des *Ixodes*, qui comprend la tique *Ixodes dammini*, dans le nord-est du pays. La maladie évolue en plusieurs étapes, elle commence par une éruption cutanée caractéristique et évolue (si elle n'est pas traitée) en une maladie semblable à la grippe en quelques jours ou quelques semaines. Enfin, il peut y avoir des effets à long terme, notamment une arthrite persistante et des répercussions sur le système nerveux.

Les personnes qui courent le plus de risque de contracter la maladie de Lyme sont celles qui sont susceptibles d'être exposées aux tiques, c'est-à-dire qui travaillent à l'extérieur, notamment dans les bois et les champs. Habituellement, les pompiers ne sont pas exposés en raison de leurs vêtements et de leur équipement et du fait que l'environnement pendant le temps où ils sont exposés n'est habituellement pas très hospitalier aux tiques (incendies). Toutefois, ils devraient être au courant des risques quand ils doivent travailler sur un terrain où il y a des tiques et prendre des précautions, notamment porter des vêtements adéquats et utiliser un chasse-tiques. De plus, il est important de savoir qu'on peut réussir à traiter la maladie de Lyme même dans ses stades avancés; c'est pourquoi il peut être utile de visiter un médecin même longtemps après une exposition.

Gale et pédiculose

La gale et la pédiculose sont classées comme maladies parasitaires de la peau, la gale étant causée par des mites. En effet, les mites pénètrent dans la peau en y creusant des sillons. La femelle pond ses oeufs sous la peau, ce qui cause de vives démangeaisons. Ce sont ces démangeaisons intenses qui causent le plus de problèmes à une personne infectée. Les démangeaisons peuvent être la cause de lésions du derme, lesquelles peuvent ensuite s'infecter.

La gale est une maladie assez commune, surtout dans les endroits surpeuplés où les installations sanitaires laissent à désirer. La mite se transmet facilement par contact cutané et n'est pas difficile dans le choix de son hôte. Les personnes qui vivent en promiscuité dans la caserne risquent de s'infecter les unes les autres. La gale peut être transportée de la caserne à la maison (et vice-versa) ou éventuellement être contractée par contact quotidien avec le public.

L'hygiène personnelle et les installations sanitaires de la caserne sont d'une grande importance. Les draps et les vêtements devraient être lavés régulièrement, après chaque usage. Une personne infectée devrait s'absenter du travail pendant 24 heures après son traitement. Les personnes qui ont eu un contact cutané avec la personne infectée devraient être traitées de façon préventive afin d'empêcher de nouvelles infections. Les autres personnes à l'intérieur de la caserne devraient être examinées elles aussi. Le traitement local, des bains fréquents et un changement de vêtements et de draps sont nécessaires si l'on veut faire disparaître le parasite.

L'infestation de poux (appelée «pédiculose» dans le jargon médical) est provoquée par un petit parasite qui vit uniquement sur l'être humain. La femelle du pou s'agrippe à la peau ou aux cheveux et pond ses oeufs (lentes). Le pou mature et les larves se nourrissent du sang humain, et leurs petites piqûres causent une vive irritation. En raison de ces piqûres, une personne infectée se gratte sans arrêt, ce qui peut causer des surinfections. Il est important de traiter toutes les sources potentiellement infectées afin d'éliminer un retour possible de l'infection. Comme l'infestation est un problème d'hygiène, le service d'incendie devrait prendre les mêmes précautions avec les poux qu'avec la gale afin de prévenir la propagation des poux parmi ses membres.

Rage

La rage est rare aux États-Unis et au Canada. C'est d'abord une maladie qui s'attaque aux animaux. Tout pompier mordu ou écorché par un animal sauvage ou un animal errant devrait se faire examiner par un médecin sans tarder. On devrait également s'occuper tout de suite de la blessure, la nettoyer et la désinfecter. L'animal devrait être isolé par l'organisme compétent afin qu'on évalue s'il est porteur du virus de la rage.

Il ne fait aucun doute que les employeurs et les employés ont le droit de se préoccuper du handicap professionnel que constitue une maladie infectieuse. Même si le risque de transmettre une infection à ses collègues ou à des patients pendant les soins d'urgence est faible, il peut également être matière à préoccupation. Les employeurs peuvent être tenus responsables, conformément au droit de la responsabilité délictuelle, s'ils ne sont pas conscients que le rendement d'un employé est diminué en raison d'une maladie infectieuse. Le problème juridique peut s'aggraver si aucune mesure n'est prise pour régler le problème et que l'employé transmet la maladie ou si, en raison de facultés physiques et mentales affaiblies, il blesse un collègue dans un accident de travail. En revanche, les programmes d'examen mis de l'avant par l'employeur dans le cadre des programmes de dépistage des maladies infectieuses ne devraient pas porter atteinte aux droits de la personne.

Une attention doit être apportée aux moyens utilisés par les employeurs pour créer un milieu de travail exempt d'infections. Les principes de sécurité publique et de rendement efficaces aussi bien que les attentes normales des gens en ce qui a trait à leur vie privée doivent être pris en considération. En particulier, la confidentialité des dossiers médicaux servant aux examens obligatoires du service devrait être la même que pour tout autre dossier médical. Les droits juridiques des employés ne devraient pas être sacrifiés quand l'employeur, sans plan précis, se hâte de mettre en oeuvre un programme d'examens.

Les examens de dépistage qui précèdent l'embauche sont effectués pendant la formation ou font partie du processus de demande d'emploi. Dans la plupart des cas, les tests de dépistage des maladies infectieuses chez les candidats devraient faire partie du processus d'embauche à seule fin de garantir que la personne est fonctionnellement capable d'accomplir les tâches d'un pompier, d'un technicien médical d'urgence et (ou) d'un ambulancier. Cependant, l'employeur doit faire passer les examens pour des raisons liées au travail et doit les administrer d'une façon non discriminatoire. Le souhait d'un employeur de ne pas embaucher des pompiers dont les capacités physiques et mentales sont diminuées ou qui pourraient infecter d'autres employés pourrait être conforme à la norme. Par exemple, un postulant qui souffre d'une hépatite chronique active peut ne pas être le candidat adéquat pour les activités de lutte contre les incendies en raison de la contagiosité de sa maladie et de l'invalidité fonctionnelle qu'elle entraîne. L'ADA, toutefois, interdit aux employeurs d'exercer une discrimination envers les personnes qui sont séropositives ou qui ont le sida, à moins qu'elles ne soient physiquement ou mentalement incapables de respecter les normes de base en vigueur.

Un examen physique périodique comprenant des tests en laboratoire sur le sang et les liquides organiques, de même que le dépistage des maladies infectieuses (la tuberculose, par exemple) devrait être permis si tant est qu'il est lié à la nature du travail. Toutefois, si les examens physiques ne sont que des subterfuges visant à exiger le dépistage des maladies infectieuses, ne sont effectués que de temps à autre ou ne sont pas administrés à tous les employés, ils devraient être éliminés, car ils contreviennent au 4^e amendement.

La plupart des préoccupations concernant le dépistage périodique des maladies infectieuses entourent l'infection par le VIH. Tout d'abord, il faut savoir que le risque d'être infecté par le VIH à la suite d'une exposition professionnelle est très limité. Ce risque est encore diminué pour ce qui est de la transmission du VIH par un pompier, un technicien médical d'urgence ou un ambulancier à un patient ou à un collègue. Jusqu'à maintenant, ces risques n'ont pas été quantifiés pour les services d'incendie. C'est pourquoi, en ce qui concerne le dépistage du VIH, les politiques des services d'incendie devraient être conçues de façon à englober les objectifs suivants :

- encourager les pompiers, les techniciens médicaux d'urgence et les ambulanciers à tenter de savoir s'ils sont séropositifs, par l'entremise de leur fournisseur de soins de santé personnels, afin de se protéger et d'améliorer leur propre santé;

- encourager les pompiers, les techniciens médicaux d'urgence et les ambulanciers séropositifs à informer les services d'incendie de leur séropositivité si leur rendement au travail risque d'être compromis;
- s'assurer que les restrictions de responsabilité liées au travail demeurent adaptées à chaque personne et se fondent sur la capacité fonctionnelle et la maîtrise de l'infection.

En ce moment, l'instauration de tests périodiques ou annuels pour tous les pompiers doit être considérée sérieusement et obtenir au préalable l'appui de la communauté médicale. Les coûts élevés de ce genre de tests, leur précision générale et, particulièrement, leur spécificité devront certainement être pris en considération. Par conséquent, des tests de ce genre auraient peu de valeur actuellement s'ils visaient uniquement à réduire au minimum le nombre de personnes infectées dans les services d'incendies. Il y aurait probablement des résultats faux positifs, ce qui pourrait avoir des conséquences dévastatrices.

Toutefois, l'évaluation effectuée à la suite de l'exposition devrait être accessible à tout employé des services d'incendie qui a été exposé. Rien ne s'oppose aux examens effectués après une exposition, et l'AIP encourage vivement le recours à des tests de ce genre. Si l'exposition d'une personne à du sang ou à des liquides organiques résulte en une infection, les services d'incendie ont la responsabilité de fournir un diagnostic et un traitement précoces à cette personne.

La confidentialité est un aspect important d'un examen médical adéquat. On ne saurait trop insister sur l'importance fondamentale de préserver la confidentialité. Si les pompiers ne croient pas que leur dossier sera tenu confidentiel, alors, les dossiers seront inexacts, incomplets et beaucoup moins utiles. La question de la confidentialité soulève également les questions suivantes :

- Qui aura la garde des dossiers?
- Qui sera autorisé à les consulter?
- Où et de quelle façon seront-ils entreposés?
- S'ils sont informatisés, seront-ils vraiment protégés?

La confidentialité a également des conséquences juridiques, puisque l'incapacité de conserver la confidentialité peut aboutir à une poursuite en justice. Mise à part la sécurité matérielle des dossiers, il est également important d'établir quelle quantité d'information est vraiment nécessaire compte tenu des fonctions exercées par un employé. La direction des services d'incendie n'a besoin de savoir que si le pompier peut faire son travail ou non et, s'il ne le peut pas, quelles restrictions particulières s'appliquent. Un diagnostic médical particulier ne doit pas être révélé à la haute direction. Si on veut que la surveillance médicale soit efficace, les dossiers doivent être aussi complets que possible et ils ne le seront que dans la mesure où ils resteront confidentiels.

DÉCLARATION DES EXPOSITIONS

On définit une exposition professionnelle par une exposition qui a lieu pendant l'exécution de tâches liées au travail et susceptible de provoquer une infection chez le travailleur. L'exposition est définie comme étant une blessure percutanée (par exemple, une piqûre d'aiguille ou la coupure d'un objet tranchant), un contact des muqueuses ou de la peau (surtout si la peau exposée est gercée, écorchée ou irritée, ou que le contact est prolongé ou sur une grande surface) avec du sang ou d'autres liquides organiques, pour lesquels des précautions systématiques s'appliquent.

Déclaration de l'exposition, conservation des dossiers et confidentialité

Les services d'incendie doivent disposer de procédures normalisées pour la déclaration des expositions et les dispositions à prendre concernant celles-ci. Les dispositions prises à la suite de l'exposition doivent comprendre du counseling avec les pompiers et leurs familles.

On doit étayer les expositions par des documents et verser ceux-ci au dossier médical confidentiel du pompier. **N'oubliez pas: On ne saurait accorder trop d'importance au maintien de la confidentialité.** Voici quelques renseignements pertinents à inclure au dossier médical du pompier

- date et heure de l'exposition;
- tâche effectuée par le pompier au moment de l'exposition;
- détails concernant l'exposition, notamment la quantité de liquide ou de matière, le genre de liquide ou de matière et la gravité de l'exposition (par exemple, pour une exposition percutanée, la profondeur de la blessure, si le liquide a été injecté; pour l'exposition de la peau ou d'une muqueuse, l'ampleur et la durée du contact et la condition de la peau — gercée, écorchée ou intacte);
- description de la source de l'exposition, y compris si la matière contenait le VHB ou le VIH ou d'autres maladies infectieuses, si le fait est connu; et
- détails concernant le counseling, les dispositions prises à la suite de l'exposition et le suivi.

Procédures régissant les dispositions prises à la suite de l'exposition

Les Centers for Disease Control ont produit des procédures régissant les dispositions à prendre à la suite de l'exposition au VHB et au VIH. Ces procédures sont largement admises et sont mises à jour régulièrement afin de refléter l'évolution des connaissances médicales. Leur utilisation est chaudement recommandée. Pour les expositions à d'autres maladies (par exemple, la tuberculose), la publication du CDC intitulée *Guidelines for Infection Control in Hospital Personnel*, écrite par Walter W. Williams, MD, MPH, est un ouvrage de référence utile.

Le service local de santé ou un comité de prévention des infections d'un hôpital local peut également fournir une aide précieuse concernant les procédures qui régissent les dispositions à prendre à la suite d'une exposition.

Liaisons avec un hôpital local désigné

Votre service d'incendie doit nommer un responsable de la prévention des infections. Ce responsable devrait maintenir les communications entre le service d'incendie, l'établissement de soins de santé ainsi que d'autres professionnels de la santé.

Chapitre III

NORMES ET RÈGLEMENTS APPLICABLES

NORMES DE L'OSHA CONCERNANT LES AGENTS PATHOGÈNES À DIFFUSION HÉMATOGÈNE

Le 2 décembre 1991, l'Occupational Safety and Health Administration (OSHA) mettait en vigueur une nouvelle norme concernant les agents pathogènes à diffusion hématogène qui modifiera profondément la façon dont les pompiers, le personnel d'intervention d'urgence et tous les autres travailleurs potentiellement exposés aux maladies à diffusion hématogène seront formés et équipés pour se protéger contre les infections. La nouvelle norme, connue sous le nom de *Bloodborne Pathogens standard* (norme concernant les agents pathogènes à diffusion hématogène) (29 CFR 1910.1030), a été publiée dans le registre fédéral le 6 décembre 1991 (56 FR 64004). Le présent résumé exposera les points principaux de la norme de même que leur signification pour les pompiers, le personnel d'intervention d'urgence et autres.

Le fondement de cette norme est décrit de façon approfondie dans l'introduction du présent manuel. Essentiellement, l'OSHA reconnaît que les agents pathogènes à diffusion hématogène, notamment le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus d'immunodéficience humaine (VIH), sont responsables d'un taux important de morbidité et de mortalité au travail. Dans le préambule de la norme fiscale, l'OSHA estime que «de 83 à 113 travailleurs sur 1 000 qui ont eu une exposition professionnelle à du sang ou à une autre matière potentiellement infectieuse seront infectés par le VHB avant leur retraite en raison d'une exposition professionnelle au virus. De ce nombre, de 21 à 30 travailleurs souffriront de la maladie clinique, et de quatre à six d'entre eux devront être hospitalisés. Entre quatre et douze personnes ayant la maladie clinique deviendront des porteurs chroniques, et de une à trois d'entre elles souffriront d'hépatite chronique. L'infection par le VHB découlant d'une exposition professionnelle mènera au décès de deux ou trois de ces 1 000 travailleurs exposés.»

La norme s'appuie sur plusieurs mécanismes de protection de travailleurs. Elle exige l'identification des travailleurs à risque par des **plans de contrôle des expositions**; elle met en place des exigences concernant l'exposition limitée de ces travailleurs par une combinaison de **mesures d'ingénierie, d'équipement de protection individuelle et de formation de travailleurs** et exige que la **vaccination contre l'hépatite** soit offerte gratuitement à tous les employés à risque. L'OSHA estime que la vaccination systématique de tous les employés à risque éviterait de 144 000 à 274 000 cas d'infection par le VHB sur une période de 45 ans, qui se traduirait par la protection de 5 400 à 6 100 vies pendant cette période. Enfin, il y a une disposition concernant **l'évaluation et le suivi effectués à la suite de l'exposition** afin que les travailleurs qui ont été exposés au travail puissent recevoir une évaluation adéquate des risques qu'ils courent de même qu'un traitement adéquat et de la documentation.

Points principaux de la norme

Vous trouverez ci-dessous un résumé des parties les plus importantes de la norme applicable aux pompiers. **Ce n'est pas une transcription littérale de la norme, et vous n'y trouverez pas toutes les dispositions de celle-ci.** Vous n'aurez pas non plus le préambule, qui contient certaines des explications de l'OSHA concernant diverses dispositions. Certains des commentaires ont été ajoutés aux endroits pertinents. Toutefois, ce résumé ne devrait pas remplacer le texte réglementaire lui-même.

- Les employeurs doivent élaborer un **plan de contrôle des expositions complet**, qui décrira la façon dont les employés atteindront les buts généraux de la norme (réduire au minimum l'exposition des employés) et les éléments particuliers du programme.
- Les employeurs doivent élaborer des *déterminations de l'exposition*, qui fourniront la liste des classifications, des activités du travail et le potentiel d'exposition professionnelle à des matières infectieuses.
- On devrait toujours prendre les *précautions systématiques* quand il y a possibilité d'exposition.
- Les employeurs devraient utiliser *des contrôles d'ingénierie et des pratiques de travail* afin d'éliminer ou de réduire au minimum l'exposition des employés. S'il subsiste un risque d'exposition professionnelle après la mise en place de ces mesures de prévention, on devra aussi utiliser un **équipement de protection individuelle (EPI)**. On doit faire un entretien régulier et établir la planification de l'entretien et du remplacement pour les contrôles d'ingénierie.
- Une *installation pour le lavage des mains* sera accessible à tous les employés; si ce n'est pas possible, les employés auront accès à un nettoyeur antiseptique pour les mains et à des serviettes de tissu ou de papier. On doit se laver les mains après avoir retiré l'EPI; les mains, les muqueuses et d'autres parties exposées doivent être nettoyées après avoir été exposées au sang ou à d'autres matières infectieuses.
- Les *aiguilles* ne doivent pas être pliées, recapuchonnées ni retirées à moins qu'il n'y ait pas d'autre choix possible. Si elles doivent être recapuchonnées ou retirées, l'opération doit être faite d'une seule main.
- Les *pratiques en milieu de travail* doivent être spécifiées, notamment l'élimination immédiate et sécuritaire des aiguilles, l'interdiction de manger, de boire, etc., dans les secteurs où il y a une «possibilité raisonnable» d'exposition professionnelle; de même on fera connaître l'exigence selon laquelle le sang et les autres matières potentiellement infectieuses doivent être manipulées d'une façon qui réduit au minimum les risques d'exposition. (**Remarque** : Dans son résumé et son explication, l'OSHA indique : «...(L'organisme reconnaît que dans certaines circonstances les employés doivent demeurer dans une ambulance pour une longue période. Ce n'est pas l'intention de l'organisme d'interdire à ses employés de manger et de boire pendant de longues périodes. C'est pourquoi la norme finale autorise la consommation d'aliments et de boissons dans la cabine de l'ambulance, si l'employeur a mis en oeuvre des procédures visant les ablutions et le retrait des vêtements contaminés avant d'entrer dans la cabine. De plus, l'employeur doit interdire la consommation, la manipulation, l'entreposage et le transport de nourriture et de boissons à l'arrière du véhicule.»)

- *L'équipement potentiellement contaminé* doit être inspecté et décontaminé, au besoin, avant d'être utilisé ou expédié.
- *L'équipement de protection individuelle (EPI)* devrait être fourni gratuitement à tous les employés et être accessible dans les situations où il y a exposition professionnelle. L'EPI sera considéré comme «adéquat» s'il empêche la pénétration de matières potentiellement infectieuses jusqu'à la peau de l'employé, à ses vêtements de ville ou à ses muqueuses. **Remarque** : Dans son résumé et ses explications, l'OSHA établit : «Selon les renseignements qu'ont fourni les commentateurs, l'OSHA a conclu qu'une diminution du recours à la technique du bouche-à-bouche est une pratique prudente et que le meilleur moyen de le faire consiste à exiger des appareils de ventilation pour la réanimation. Par conséquent, ces appareils ont été inclus aux exigences concernant l'attribution d'équipement de protection individuelle. De plus, ils doivent être placés à portée de la main des employés qui peuvent raisonnablement être appelés à réanimer un patient.»]
- L'employeur a la responsabilité de veiller à ce que ses employés utilisent l'EPI qui s'impose. L'employeur peut montrer que l'employé *a refusé d'utiliser son EPI* «temporairement et pour une courte période» s'il a jugé que l'utilisation de l'EPI l'empêchait de prodiguer des soins ou augmentait les risques, pour lui-même ou un collègue; toutefois, on doit étudier et analyser les circonstances d'une situation de ce genre afin d'empêcher qu'elle ne se répète. [**Remarque** : Dans son résumé et ses explications, l'OSHA expose en profondeur le fondement de l'exemption de l'utilisation d'un EPI. «...Les circonstances qui, selon l'OSHA, peuvent exiger une demande d'exemption sont celles qui exigent une décision sur place et pour lesquelles on ne peut attendre l'approbation ou le refus de l'employeur... L'OSHA n'a pas l'intention d'inciter un employé à négliger de revêtir un équipement de protection individuelle adéquat contre le souhait de son employeur... L'exemption ne doit être utilisée, comme l'énonce la norme, que dans des circonstances rares, extraordinaires et imprévues, qui menacent la vie et la sécurité du patient, du travailleur ou de son collègue... On doit bien comprendre que la décision de ne pas utiliser l'équipement de protection individuelle doit se prendre au cas par cas et ne doit en aucune façon être généralisée à un secteur particulier du travail ou à une tâche répétitive.. »]
- L'EPI doit être *accessible sur le lieu de travail ou être remis aux employés*. Les gens allergiques aux gants distribués ordinairement doivent pouvoir choisir autre chose (gants hypoallergènes ou doublure de gants, par exemple). [**Remarque** : Dans son résumé et ses explications des normes, l'OSHA indique que l'équipement doit être accessible dans les cas où il n'est pas possible de retourner au «quartier général» entre les appels d'urgence. «L'OSHA convient que «accessible signifie sur les lieux, sur une personne ou dans le véhicule, selon la nature de l'équipement... [Le] deuxième ensemble de vêtements pourrait être conservé dans l'ambulance, ou encore les employés pourraient recevoir plusieurs ensembles de combinaisons remplaçables à garder dans le véhicule. *On ne peut accorder trop d'importance à la responsabilité de l'employeur d'assurer un équipement de protection individuelle accessible à tous les employés qui n'ont pas de lieu de travail fixe.*» (C'est nous qui soulignons.)]

- L'EPI devrait être *nettoyé, blanchi et jeté* de la façon la plus simple pour l'employeur et sans frais pour les employés. Il devrait également être *réparé ou remplacé sans frais*. *S'il est imprégné de sang ou d'autres matières potentiellement infectieuses*, il doit être retiré immédiatement. L'employé doit *retirer l'EPI avant de quitter le lieu de travail et le placer à un endroit précis ou dans un bac* pour être entreposé, lavé, décontaminé ou jeté.
- *Les gants* devraient être portés dans toutes les situations où on peut «vraisemblablement croire» qu'il pourra y avoir contact entre du sang ou «d'autres matières potentiellement infectieuses, des muqueuses et de la peau non intacte, au moment d'exécuter les procédures d'accès vasculaire (sauf dans les cliniques de don volontaire de sang, sous certaines réserves) et au moment de manipuler ou de toucher des surfaces ou des objets contaminés.» Les gants jetables doivent être jetés après usage ou s'ils sont contaminés, déchirés ou troués; ils ne devraient être ni lavés ni décontaminés.
- *Les masques, les protecteurs oculaires et les visières* devraient être utilisés toutes les fois où il y a «raison de croire» que des matières potentiellement infectieuses seront éclaboussées, vaporisées ou aspergées sur l'employé.
- *Les blouses, tabliers et autres vêtements protecteurs* peuvent être utilisés selon le genre de situation.
- Les exigences en matière d'*entretien* comprennent la mise au point d'un calendrier approprié de nettoyage et de décontamination du lieu de travail (se fondant sur les activités ou la contamination potentielle du lieu), de nettoyage et de décontamination de l'équipement, des surfaces où on a effectué le travail et celles autour, après un contact avec du sang ou d'autres matières potentiellement infectieuses; l'élimination rapide des emballages protecteurs (plastiques, papier d'aluminium ou papier absorbant dont un des côtés est imperméable), immédiatement s'ils sont contaminés ou selon un horaire régulier; l'inspection et la décontamination des bacs, des seaux, des poubelles et d'autres récipients semblables servant aux déchets; l'enlèvement de morceaux de verre par des moyens mécaniques (brosses et porte-poussière, pinces, etc.); et l'entreposage des objets coupants ou pointus réutilisables de façon à ce que les employés n'aient pas à plonger la main dans un bac pour les en retirer.
- *Les objets coupants ou pointus doivent être jetés* dans les bacs prévus à cet effet. *Les bacs qui les reçoivent* doivent pouvoir se fermer, être à l'épreuve des trous, être étanches du côté et du fond, être étiquetés et porter un code de couleur, être facilement accessibles, être maintenus en position debout et être remplacés régulièrement. Quand on les enlève de l'endroit où ils sont utilisés, on doit d'abord les fermer, puis les placer dans un deuxième bac si une fuite est possible et, enfin, ne pas les rouvrir d'une façon qui pourrait exposer les employés à une blessure.
- *Les autres déchets réglementés* (matériel entré en contact avec des matières infectieuses ou qui pourrait en libérer) doivent être placés dans des bacs qui se ferment, sont étanches et sont codés par couleur; on doit les fermer avant de les emporter. Si le bac extérieur lui-même est contaminé, il doit être placé dans un deuxième bac semblable.

- **Le linge contaminé** doit être mis dans des sacs ou dans des bacs à l'endroit où il a été utilisé, sans être trié ni rincé; il doit être transporté aux installations de buanderie dans des sacs ou des bacs portant une étiquette et un code de couleur. Les employés qui manipulent le linge souillé doivent porter des gants et les autres EPI qui s'imposent.
- **Tous les employés qui risquent une exposition professionnelle devraient être vaccinés gratuitement contre l'hépatite B.** La vaccination devrait être faite «une fois que l'employé a reçu la formation obligatoire» (voir ci-dessous) et «dix jours ouvrables au plus après leur premier jour de travail à tous les employés qui risquent une exposition professionnelle, à moins que l'employé n'ait déjà reçu la série complète de vaccins contre l'hépatite B, que le dépistage des anticorps n'ait révélé que l'employé est immunisé ou que le vaccin ne soit contre-indiqué pour des raisons médicales». Selon les recommandations du Service de santé publique américain, la vaccination doit être effectuée par un médecin autorisé ou par un autre professionnel de la santé ou sous leur supervision. La participation à un *programme de sélection préliminaire* (programme visant à soumettre les gens à un examen de dépistage d'une exposition antérieure à l'hépatite B) ne peut être une condition préalable à la vaccination contre l'hépatite B. Si un employé refuse de recevoir le vaccin, mais change d'idée plus tard, l'employeur doit le lui procurer sans frais. Si un employé refuse de recevoir le vaccin, il doit signer la **renonciation** décrite dans la norme. Si, à un moment donné, le Service de santé publique américain recommande que les gens déjà vaccinés reçoivent une **injection de rappel**, celle-ci devrait leur être donnée gratuitement.
- **Les évaluations et le suivi effectués à la suite de l'exposition, y compris la dans le cas d'une exposition,** doivent également être offerts **gratuitement à tous les employés, à un endroit et à un moment raisonnables.** Après que l'exposition a été déclarée, l'employeur doit fournir à l'employé une évaluation médicale confidentielle et un suivi qui comprendra au moins les éléments suivants :
 - renseignements sur la **voie de l'exposition et les circonstances** dans lesquelles elle s'est produite;
 - détermination et documentation de la «**source de l'exposition**» (la personne dont le sang ou le liquide organique ont été la source de l'exposition) à moins que cette identification soit impossible ou prohibée par une loi de l'État ou de la municipalité; une fois que cette personne est identifiée, elle doit subir un **test de dépistage sanguin des virus VIH ou VHB** (si le patient est légalement obligé de donner son consentement, il doit le faire avant que son sang ne puisse être testé; si le consentement est exigé mais que l'employé ne l'a pas donné, l'employeur doit le mentionner; si le consentement n'est pas obligatoire, alors le sang doit être testé, et les résultats doivent être étayés.) **Le test n'est pas obligatoire** si l'individu est reconnu comme étant infecté par le VIH ou le VHB. Une fois qu'on connaît la séropositivité au VIH et au VHB de la personne qui a causé l'exposition, ce renseignement est révélé à l'employé exposé, de même que toutes les «lois et règlements concernant la divulgation de l'identité et de l'état infectieux de la personne qui a causé l'exposition»;

- **L'employé doit passer des tests concernant sa séropositivité au VHB et au VIH** dans les plus brefs délais après l'obtention de son consentement. L'employé peut consentir à donner du sang, mais refuser des tests déterminant sa séropositivité au VIH; si c'est le cas, le sang doit être entreposé pour au moins 90 jours; l'employé pourra ainsi choisir de faire analyser l'échantillon plus tard;
 - **une prophylaxie consécutive à l'exposition doit être entreprise** si elle est médicalement indiquée comme le recommande le Service de santé publique américain;
 - **un counseling;** et
 - **l'évaluation de maladies déclarées.**
- La norme définit les *renseignements fournis aux professionnels de la santé*, notamment une copie du règlement à remettre au professionnel de la santé qui administre le vaccin contre l'hépatite B et, à celui qui fournit les soins après une exposition, une copie des règlements, une description des tâches de l'employé, des renseignements sur les voies et les circonstances de l'exposition, les résultats de tous les tests sanguins effectués sur la personne qui est la source de l'exposition et tous les dossiers médicaux pertinents à un traitement adéquat de l'employé que l'employeur a la responsabilité de conserver.
 - Quinze jours au moins après que le professionnel de la santé a terminé son évaluation, l'employeur doit obtenir une copie de *l'opinion écrite du professionnel de la santé* et la fournir à l'employé. Ce document doit inclure seulement :
 - dans le cas de la vaccination contre l'hépatite B, si la vaccination est indiquée et si l'employé l'a reçue;
 - dans le cas d'une évaluation effectuée à la suite d'une exposition, si l'employé est au courant des résultats de l'évaluation et de «tout état de santé découlant de l'exposition à du sang ou à d'autres matières potentiellement infectieuses qui exigent d'autres évaluations ou un traitement.»
 - *Des étiquettes d'avertissement* doivent être apposées sur «les bacs à déchets réglementés, les réfrigérateurs et les congélateurs contenant du sang ou d'autres matières potentiellement infectieuses, et sur d'autres bacs utilisés pour entreposer, transporter ou expédier du sang ou d'autres matières potentiellement infectieuses», à l'exception des sacs et des bacs «rouges», de sang ou de produits sanguins mis en circulation en vue de transfusion ou d'un autre usage clinique, de récipients individuels de sang ou d'autres matières potentiellement infectieuses placées dans un bac correctement étiqueté ou des déchets réglementés qui ont été décontaminés. L'étiquette doit porter la légende annonçant un risque biologique :



RISQUE BIOLOGIQUE

- **Un programme de formation** doit être dispensé gratuitement pendant les heures de travail à tous les employés qui risquent une exposition professionnelle. La formation doit être donnée la première fois que l'employé est affecté à une tâche où une exposition professionnelle est possible, 90 jours ou moins après l'entrée en vigueur de la norme (le 3 mars 1992) et au moins une fois l'an par la suite. Les employés qui ont déjà reçu une formation sur les agents pathogènes à diffusion hémato-gène l'année précédente n'ont besoin que d'une formation sur les sujets qui n'ont pas été traités dans une formation antérieure. Il doit également y avoir une mise à jour de la formation quand la procédure ou les tâches effectuées par l'employé sont modifiées ou créent une nouvelle exposition. La formation doit au moins fournir une copie et une explication de la norme, des explications générales sur l'épidémiologie, les symptômes et le mode de transmission des maladies à diffusion hémato-gène, le plan de prévention des expositions mis au point par l'employeur et la façon d'en obtenir copie, la façon de reconnaître les tâches où il y a risque d'exposition à des agents pathogènes à diffusion hémato-gène, les méthodes de prévention des expositions aux agents pathogènes à diffusion hémato-gène (et les limites de ces méthodes), notamment les contrôles d'ingénierie, l'EPI et les bonnes pratiques de travail le concernant, notamment les divers types d'EPI, la bonne façon de l'utiliser et de le retirer, le méthodes de rangement, de manipulation, de décontamination et d'élimination de l'EPI et le choix d'un EPI adéquat, les renseignements sur la vaccination contre l'hépatite B, notamment ses avantages et sa gratuité pour les employés, les dispositions à prendre et la procédure à suivre dans le cas d'une exposition et une description de l'évaluation effectuée à la suite d'une exposition et, enfin, les exigences en matière d'étiquetage et de signature.
- L'employeur doit **conserver les dossiers** selon les calendriers suivants : les **dossiers médicaux** (comprenant le nom de l'employé, son numéro d'assurance-sociale, son statut d'immunisation contre l'hépatite B, tous les examens et toutes les évaluations requis par la norme, les commentaires écrits des professionnels de la santé et les renseignements qui leur ont été fournis doivent être conservés au moins 30 ans après le départ de l'employé; les **dossiers de formation** doivent être conservés pendant trois ans à compter de la date à laquelle la

formation a été reçue. Les dossiers médicaux sont confidentiels, et les renseignements qu'ils contiennent ne doivent pas être divulgués ni déclarés sans le consentement écrit de l'employé. Le dossier médical doit être accessible sur demande à l'employé et à toute personne détenant son consentement. L'employé ou son représentant peuvent avoir accès, sur demande, au dossier concernant la formation.

Dates d'entrée en vigueur de la norme

La norme est entrée en vigueur 90 jours après sa publication dans le registre fédéral (le 6 mars 1992). L'employeur doit avoir terminé son plan de prévention des expositions dans les 60 jours après la date d'entrée en vigueur (soit au plus tard le 5 mai 1992). Les exigences concernant les renseignements, la formation et la tenue des dossiers devaient être respectées au moins 90 jours après la date d'entrée en vigueur (soit le 4 juin 1992). Les dispositions concernant les contrôles d'ingénierie et des pratiques de travail, l'EPI, l'entretien, les laboratoires de recherche sur le VIH et le VHB, la vaccination contre l'hépatite B et l'évaluation et le suivi effectués à la suite d'une exposition, ainsi que l'étiquetage et les signatures devaient être mises en place 120 jours après la date d'entrée en vigueur (le 6 juillet 1992).

Applicabilité de la norme

Qui est touché par cette norme? La norme s'applique à «...[Toutes] les expositions professionnelles à du sang ou à d'autres matières potentiellement infectieuses...» En particulier, l'expression «exposition professionnelle» signifie, «un contact cutané, oculaire, muqueux ou parentéral (intravasculaire), qu'on peut raisonnablement prévoir, avec du sang ou d'autres matières potentiellement infectieuses et qui peut résulter de l'exécution d'une tâche par un employé.» Cela signifie que tout pompier qui pourrait avoir un contact avec du sang ou d'autres matières, soit en qualité de membre d'une équipe d'intervention d'urgence, soit dans toute autre activité liée au travail, est concerné par les dispositions de la norme. Dans son étude sur l'impact et la souplesse du règlement, «...l'OSHA a fondé son estimation de la population à risque sur les réponses à un questionnaire qui indiquaient que pratiquement tous (98 p. 100) les techniciens médicaux d'urgence étaient exposés... et que 80 p. 100 des pompiers l'étaient également.» En cas de doute, on doit tenir pour acquis que toute personne qui pourrait être exposée à des agents pathogènes à diffusion hématogène est considérée à risque et devrait donc être immunisée et se conformer aux autres dispositions de la norme.

En vertu de l'Occupational Safety and Health Act de 1970, l'OSHA fédérale n'a aucun pouvoir d'exécution direct permettant d'assurer que le gouvernement de l'État ou l'administration locale respecte les normes de santé et de sécurité destinées aux employés du secteur public, comme la norme de l'OSHA concernant les pompiers. Toutefois, la loi sur la santé et la sécurité au travail permet l'utilisation d'autres méthodes visant à augmenter la protection des employés du secteur public en matière de santé et de sécurité.

Plutôt que d'appliquer les normes de l'OSHA fédérale, un État peut choisir de mettre en application son propre programme, sous réserve de l'approbation de l'OSHA. L'article 18 de l'Occupational Safety and Health Act exige que l'État garantisse de façon satisfaisante qu'il établira et maintiendra un programme de santé et de sécurité au travail efficace et complet pour tous les employés du secteur public, et que ce programme sera aussi efficace que celui contenu dans le plan approuvé présenté par l'État et touchant les employés du secteur privé. L'OSHA a accordé aux États un délai de six mois après la date de publication de la norme finale pour adopter une norme comparable, «au moins aussi efficace» que sa propre norme. Tous les services d'incendie des États, des comtés ou des villes dans tous les États ou territoires où un accord concernant le plan des États de l'OSHA est en vigueur jouissent de la protection qu'offrent les normes minimales en matière de santé et de sécurité promulguées par l'OSHA fédérale. Les États peuvent adopter des normes plus sévères s'ils le désirent.

Les 25 États ou territoires suivants ont adopté le plan de l'OSHA destiné aux États :

ÉTATS DISPOSANT D'UN PLAN APPROUVÉ PAR L'OSHA

Alaska	Iowa	New York*	Vermont
Arizona	Kentucky	Caroline du Nord	Virginie
Californie*	Maryland	Oregon	Washington
Connecticut*	Michigan	Porto Rico	Wyoming
Hawaii	Minnesota	Caroline du Sud	
Îles Vierges	Nevada	Tennessee	*Employés du gouvernement de l'État ou de l'administration locale seulement.
Indiana	Nouveau-Mexique	Utah	

De plus, l'OSHA fédérale a produit un ensemble de règles et de règlements permettant l'élaboration d'un plan applicable et exécutoire à l'intention des employés du secteur public dans les États où il n'existe pas de plan approuvé. Ces règles et règlements, 29 CFR 1956, intitulés «*State Plans for the Development and Enforcement of State Standards Applicable to State and Local Government Employees in States without Approved Private Employee Plans*» exigent entre autre des États sans plan approuvé qu'ils élaborent un plan de santé et de sécurité pour les employés du secteur public, semblable à celui exigé des États dont le plan est approuvé, s'ils veulent recevoir un appui financier du gouvernement fédéral au chapitre des programmes de santé et de sécurité destinés aux employés du secteur public.

L'OSHA annonçait le 2 décembre 1991 qu'elle écrirait aux gouverneurs des États qui ne disposent pas encore de plan d'État approuvé «afin de les inciter à faire profiter les employés du secteur public de la protection offerte par la norme.»

Enfin, le décret 12196 émis le 26 février 1980 et mis en oeuvre le 21 décembre suivant exige de tous les organismes fédéraux qu'ils respectent les mêmes exigences en matière de santé et de sécurité que les employeurs du secteur privé. Les pompiers fédéraux sont donc assujettis aux normes de santé et de sécurité de l'OSHA fédérale.

La protection des employés du secteur public grâce à des normes minimales comme celles qui ont été promulguées par l'OSHA fédérale prend toute son importance quand nous considérons le règlement sur la prévention des infections. Cette norme doit être appliquée dans tous les services d'incendie publics, dans les États qui disposent de plans approuvés par l'OSHA fédérale. Cependant, tous les pompiers des États-Unis et du Canada devraient la considérer comme étant la norme minimale de protection contre les agents pathogènes à diffusion hématogène.

Exigences de la norme NFPA 1500

La norme NFPA 1500, *Standard on Fire Department Occupational Safety and Health Program* (norme concernant le programme de santé et de sécurité au travail dans les services d'incendie) a été créée afin de favoriser l'uniformité des programmes de santé et de sécurité au travail dans les services d'incendie. Elle vise à établir un cadre qui fixera les paramètres des programmes de santé et de sécurité mis en oeuvre dans les services d'incendie ou dans tout genre d'organisme offrant des services semblables.

L'article 8-5.1 de la norme NFPA 1500 mentionne les exigences suivantes pour ce qui est de la prévention des infections

Les services d'incendie devraient tenter activement de déterminer et de limiter ou de prévenir l'exposition de leurs membres à des maladies infectieuses et contagieuses dans l'exécution des tâches auxquelles ils sont affectés.

L'article 8-5.2 apporte les précisions suivantes :

Les services d'incendies devraient mettre en place un programme de Prévention des infections respectant les exigences de la norme NFPA 1581, Standard on Fire Department Infection Control Program (norme concernant le programme de Prévention des infections dans les services d'incendie). Des inoculations, des vaccinations et d'autres traitements devraient être offerts, au besoin.

La norme NFPA 1500 fournit aussi en annexe les directives suivantes concernant les malades contagieuses :

S'il est dans les tâches habituelles des membres d'un service d'incendie de répondre à des urgences à caractère médical, le service doit consulter des professionnels et des organismes médicaux pour connaître les mesures à prendre afin de limiter l'exposition de ses membres aux maladies infectieuses et contagieuses. Ces mesures devraient comprendre l'attribution et l'entretien d'équipement visant à éviter ou à limiter, dans la mesure du possible, les contacts directs avec les patients.

La norme NFPA 1500 aborde également la question des vêtements protecteurs pour les opérations médicales d'urgence. L'article 5-5.1 comprend la mention suivante :

Les membres qui fournissent des soins médicaux d'urgence ou qui, d'une autre façon, peuvent être exposés à du sang ou à d'autres liquides organiques devraient disposer de vêtements, de protecteurs faciaux et de gants médicaux d'urgence afin de respecter les exigences de la norme NFPA 1999, Standard on Protective Clothing for Emergency Medical Operations (norme concernant les vêtements de protection à utiliser en situation d'urgence médicale) qui s'appliquent.

Exigences de la norme NFPA 1581

La norme NFPA 1581, *Standard on Fire Department Infection Control Program* (norme concernant la prévention des infections dans les services d'incendie) (1991), traite de la mise en place d'exigences minimales quant à la prévention des infections dans les services d'incendie. Le but de cette norme est de «fournir des critères minimaux concernant la prévention des infections dans la caserne, sur les lieux d'un accident et à tout autre endroit où les membres du service d'incendie se rendent dans le cadre de leurs opérations régulières ou d'urgence». (1-2.1)

Composantes du programme

Le programme de prévention des infections dans les services d'incendie doit contenir un énoncé écrit de la politique. Cet énoncé doit définir clairement l'engagement du service à limiter l'exposition de ses membres aux maladies infectieuses pendant l'exécution des tâches auxquelles ils sont affectés et dans la vie quotidienne à la caserne. On trouve des exemples d'énoncés généraux de politique dans l'annexe de la norme NFPA 1581.

La formation et l'éducation du personnel des services d'incendie et d'intervention d'urgence sont une composante importante de tout programme de prévention des infections. «Le programme de formation doit comprendre l'utilisation adéquate d'équipement de protection individuelle, les procédures normalisées visant des pratiques sécuritaires en matière de prévention des infections au travail, les méthodes d'élimination des articles contaminés et des déchets médicaux, de même que les dispositions à prendre en cas d'exposition et le suivi médical.» (2-2.2) De plus, le «programme d'éducation devrait fournir des renseignements sur l'épidémiologie, le mode de transmission et la prévention des maladies.» (2-2.3) Les pompiers et le personnel d'intervention d'urgence devraient être informés au sujet des maladies qu'ils sont susceptibles de contracter au travail. Celles-ci sont présentées au début du présent manuel.

Pour le programme de prévention des infections, on doit pouvoir compter sur une personne expérimentée, au sein du service, qui serait responsable de la liaison pour toute question relative à la prévention des infections. Cet agent de liaison doit maintenir la communication entre les services d'incendie et tous les professionnels de la santé communautaire. Il a également la responsabilité d'enquêter sur les incidents mettant en cause une exposition, d'avertir les membres de l'incident, d'étayer suffisamment l'exposition et de s'assurer que la personne exposée bénéficie d'un suivi médical.

L'exposition à une maladie infectieuse ou contagieuse exige une réaction rapide, surtout si la personne exposée ne dispose pas d'une immunité adéquate à la maladie. La norme fournit les directives pour le traitement d'une exposition. La «victime» doit laver la région touchée immédiatement après une exposition, déclarer celle-ci à l'agent de liaison et se faire traiter par le médecin des services d'incendie. Toute exposition d'une personne à une maladie infectieuse ou contagieuse, pendant le travail ou non, devrait être consignée à son dossier médical confidentiel. De plus, les renseignements concernant une exposition ayant eu lieu au travail devraient être rendus anonymes et être ajoutés à la base de données sur la santé du service.

La norme décrit les installations recommandées pour la prévention des infections dans le service. Ces recommandations sont également conformes aux règlements des CDC et de l'OSHA. Les services d'incendie devraient être équipés d'installations de désinfection, de nettoyage et d'entreposage. L'annexe de la norme NFPA 1581 fournit des recommandations concernant la construction de nouvelles casernes. Des mesures de prévention des infections devraient également être appliquées aux salles de bain, aux cuisines, aux dortoirs et à la buanderie.

La norme donne des détails sur la protection du pompier et des autres employés d'intervention d'urgence quand ils participent à des opérations d'urgence médicales. La condition physique du personnel, les vêtements et l'équipement protecteurs et les techniques opérationnelles sont assujettis à des normes minimales de prévention des infections.

Le programme de prévention des infections décrit dans la norme aborde également les pratiques de nettoyage de la peau, la manipulation et l'utilisation des désinfectants, le nettoyage des équipements d'urgence médicale contaminés, l'élimination des matières infectieuses et le lavage des draps. La norme considère que le lavage des mains est un facteur important de la prévention des infections : *«On doit se laver les mains après chaque intervention nécessitant des soins médicaux d'urgence, après avoir nettoyé et désinfecté de l'équipement servant aux urgences médicales, après avoir nettoyé des vêtements ou de l'équipement protecteurs, après toute tâche de nettoyage, avant et après avoir utilisé les toilettes, avant et après avoir manipulé des aliments ou des ustensiles de cuisine et avant et après avoir manipulé de l'équipement propre et désinfecté servant aux urgences médicales.»* (5-1.2) Comme autres mesures importantes de prévention des infections, le nettoyage et la désinfection de l'équipement et des vêtements doivent être exécutés au bon endroit et régulièrement, ou immédiatement après une intervention au cours de laquelle il y a eu exposition. On ne doit jamais emporter de l'équipement contaminé à la maison pour le nettoyer.

Les documents en annexe exposent les méthodes de désinfection et de stérilisation de l'équipement utilisé dans les interventions médicales d'urgence. Les procédures de nettoyage des principaux vêtements protecteurs des pompiers donnent des directives détaillées concernant le lavage adéquat, le nettoyage des tâches, le prétraitement d'un endroit souillé et le choix de produits de nettoyage indiqués.

Les services d'incendie doivent fournir les vêtements et l'équipement protecteurs suivants à tous leurs membres pour les urgences médicales :

- gants médicaux jetables;
- vêtements imperméables;
- masques de poche;

- lunettes de protection;
- appareils d'aide à la respiration
- bacs à aiguilles approuvés; et
- sacs étanches.

Normes régissant l'achat de vêtements et d'équipement de protection

La norme NFPA 1500 aborde également le sujet des vêtements de protection servant aux opérations médicales d'urgence. L'article 5-5.1 comprend la mention suivante :

Les membres qui fournissent des soins médicaux d'urgence ou qui, d'une autre façon, peuvent être exposés à du sang ou à d'autres liquides organiques devraient disposer de vêtements, de protecteurs faciaux et de gants médicaux d'urgence afin de respecter les exigences de la norme NFPA 1999, Standard on Protective Clothing for Emergency Medical Operations norme concernant les vêtements de protection à utiliser en situation d'urgence médicale).

La norme NFPA 1999 précise les exigences fondamentales quant à la «documentation, à l'élaboration des critères, aux critères de rendement et aux méthodes d'examen de l'équipement vestimentaire médical d'urgence, notamment les vêtements, les gants et les protecteurs faciaux.» (1-1.1*) Cette norme a été élaborée en vue de fournir des vêtements, des gants et des protecteurs faciaux aux pompiers, aux techniciens médicaux d'urgence et aux ambulanciers les protégeant contre les substances biologiques et qu'ils doivent utiliser pendant les interventions médicales d'urgence. Cette norme est la seule, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des services d'incendie à englober des tests de rendement afin de garantir la résistance de chaque type de vêtement à la pénétration des agents pathogènes à diffusion hémato-gène. Les parties du vêtement conçues pour offrir une protection doivent également répondre à des exigences strictes en matière d'étanchéité aux liquides, de résistance du tissu et de résistance aux risques physiques, de résistance des coutures et de la fermeture. Les gants font l'objet de tests visant à déterminer leur résistance à la rupture et à l'étirement avant et après un vieillissement causé par la chaleur et l'immersion dans de l'alcool isopropyle. De plus, les gants devront être conformes aux exigences au chapitre de la dextérité qu'ils procurent, de leur résistance à la perforation, de leur étanchéité aux liquides et des tailles minimum. Comme les vêtements, le protecteur facial doit répondre aux exigences d'étanchéité aux liquides dans les parties du protecteur facial conçues pour offrir une protection contre les substances biologiques.

Les fabricants de vêtements qui respectent cette norme doivent fournir une documentation suffisante à l'acheteur ou à l'utilisateur de l'équipement de protection, notamment une fiche technique de l'équipement ainsi que des renseignements à l'intention de l'utilisateur.

Les directives et les renseignements destinés à l'utilisateur pour tous les vêtements, gants et protecteurs faciaux utilisés pour les soins médicaux d'urgence doivent comprendre les éléments suivants :

- méthode pour les enfiler;
- méthode pour les retirer;
- renseignements concernant la sécurité;
- conditions d'entreposage optimales;
- durée recommandée d'entreposage;
- recommandations et renseignements concernant la décontamination;

**DOCUMENT RÉDIGÉ PAR LE D^R DEBORAH RATLIFF
POUR L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DES
POMPIERS**

Je suis le docteur Deborah M. Ratliff. Je suis résidente en médecine du travail à l'école d'hygiène et de santé publique John Hopkins. Avant d'entreprendre mes études à John Hopkins, j'étais interniste. Je suis sensibilisée aux questions de confidentialité pour les patients ainsi qu'à l'importance de la surveillance des maladies infectieuses dans le cadre de la santé publique. J'ai été priée par l'Association internationale des pompiers de livrer des commentaires au comité étudiant le projet de loi C-333, Loi modifiant la Loi canadienne sur la santé.

Je pense comme le D^r Walters que les précautions universelles constituent le principal moyen de prévenir la propagation des maladies infectieuses. Toutefois, les dispensateurs de soins de santé continuent d'être exposés à du sang par voie percutanée malgré la prise de telles mesures. Le risque d'exposition est encore plus élevé chez le personnel d'intervention d'urgence qui travaille dans un milieu moins contrôlé que celui des soins de santé, par exemple dans un immeuble sur le point de s'effondrer ou auprès de victimes qu'il faut extraire d'automobiles. Bien entendu, il est recommandé que tous les travailleurs de la santé et d'intervention d'urgence se fassent immuniser contre l'hépatite B. Malheureusement, bon nombre d'employeurs dans le domaine de l'intervention d'urgence n'offrent toujours pas les vaccins nécessaires. De plus, un très faible pourcentage des personnes vaccinées ne sont pas protégées malgré tout et devront, si elles sont exposées à l'hépatite B, subir un traitement prophylactique aux immunoglobulines antihépatiques B (HBIG).

La Loi Ryan White (*Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency Act*) comprend des dispositions visant le personnel d'intervention d'urgence ainsi qu'une liste des maladies infectieuses auxquelles ce personnel pourrait être exposé. Les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) ont établi la liste d'après les critères suivants :

1. La maladie peut être fatale si elle est contractée par un hôte susceptible sain.
2. La maladie est transmissible d'une personne à une autre.

La liste comprend les hépatites B et C, *Mycobacterium tuberculosis* (la tuberculose), le virus d'immunodéficience humaine (VIH), la diphtérie, les fièvres hémorragiques virales, les méningococcies, la rage et *Yersinia pestis* (la peste).

Les CDC ont publié des lignes directrices sur l'exposition professionnelle au VIH, qui prévoient notamment l'utilisation de la zidovudine (AZT) (MMWR 1990;39:RR-1). On estime qu'il y a contamination dans environ 0,4 % des cas d'exposition parentérale importante (aiguille ou objet tranchant contaminés), soit une personne sur 250. Le risque est moins élevé dans les cas d'exposition par voie mucocutanée. Toutefois, il n'est pas nul et l'infection à VIH mène à la mort. L'AZT a été proposé comme mesure de prévention secondaire parce qu'il inhibe la réplication virale et est

peut-être utile après la transmission du virus. Étant donné le faible taux de séroconversion, on n'a pas pu vérifier l'efficacité de l'AZT à titre prophylactique chez les êtres humains car l'échantillon est trop petit pour estimer de façon sûre la réduction du risque, le cas échéant. Une étude sur l'administration de l'AZT à titre prophylactique après exposition au virus chez des travailleurs de la santé a dû être abandonnée par Burroughs-Wellcome parce que l'on acceptait mal d'établir aléatoirement des groupes expérimentaux qui recevraient l'AZT et des groupes témoins qui absorberaient un placebo. En outre, les séquelles à long terme de l'administration d'AZT, particulièrement en ce qui a trait à la cancérogénicité, sont inconnues.

À l'heure actuelle, les CDC recommandent qu'une personne exposée au VIH soit testée immédiatement (niveau de référence), après six semaines, après douze semaines et après six mois. Des établissements comme l'hôpital John Hopkins, les *National Institutes of Health* et l'hôpital général de San Francisco ont établi des protocoles pour faire subir des tests au patient et au travailleur de la santé exposé, sur une base volontaire. Il convient très certainement de protéger en tout temps l'identité de la personne source ainsi que du travailleur. L'AZT est administré après exposition au virus à ceux qui le veulent après une consultation attentive avec un dispensateur de soins de santé désigné au sein de chaque établissement. Les sujets sont informés des recommandations du Service de santé publique visant à prévenir la transmission du VIH durant la période de latence, soit la période où le virus peut être présent chez le sujet sans que la séropositivité ne soit encore manifeste. Il est recommandé notamment de retarder les projets de grossesse, de cesser d'allaiter, de ne pas donner de sang ou d'organe, d'éviter les rapports sexuels ou d'utiliser un condom en latex (MMWR 1990;39:RR-1).

Sous l'angle pratique, le fait d'être informé que la personne source n'était pas porteuse du VIH, de la tuberculose ou de l'hépatite B ou C après une exposition réelle peut être réconfortant et éliminer la nécessité de contrôles et de traitements préventifs. Une étude sur cette question a été menée par mes collègues canadiens (Allen et coll., 1991) sur la valeur des analyses de recherche du VIH dans le sang du patient, appelé le sang du «donneur». Une analyse décisionnelle des trois scénarios ci-après a été faite :

- A. Administrer de l'AZT à titre préventif à tous les travailleurs de la santé exposés pendant 42 jours;
- B. Ne rien administrer aux sujets exposés;
- C. Examiner la personne source et administrer de l'AZT au travailleur de la santé exposé seulement si la source est séropositive.

(Le test de dépistage Western Blot a une sensibilité de 99,4 % et une spécificité de 97 %, ce qui indique respectivement quelques faux négatifs et quelques faux positifs.) L'analyse explique les complications iatrogènes consécutives à l'administration d'AZT. Ce genre d'analyse a montré que la valeur du test était indépendante de l'efficacité de l'AZT à titre préventif; autrement dit, le test est utile ou valable, non pas parce qu'il dépiste 5 % des sujets qui bénéficieraient de l'AZT, mais parce qu'il rassure, lorsqu'il est négatif, quelque 95 % des travailleurs de la santé.

Une deuxième étude faite au Canada par Allen et coll. en 1992 a démontré qu'il était plus rentable d'analyser le sang du «donneur» que de soumettre le travailleur de la santé exposé à de multiples tests et séances de counseling. Une analyse décisionnelle a été faite utilisant trois scénarios et une probabilité basée sur la séroprévalence du VIH dans la population et un risque de séroconversion de 0,3 % après l'exposition au VIH. Voici les scénarios possibles.

- A. Administrer de l'AZT à tous les travailleurs de la santé exposés jusqu'à ce que les résultats de l'analyse du sang du «donneur» soient connus. Si les résultats sont négatifs, interrompre l'AZT et les tests de contrôle. Si les résultats sont positifs, administrer l'AZT pendant 4 semaines et poursuivre les tests de recherche du VIH à 6 semaines, 3 mois, 6 mois, 1 an et 2 ans.
- B. Analyser le sang du «donneur» et poursuivre les analyses de contrôle seulement si le travailleur de la santé a été exposé à du sang contaminé. Ne pas administrer d'AZT même si le sang était contaminé.
- C. Ne pas analyser le sang du «donneur» et soumettre les travailleurs de la santé exposés à un dépistage du VIH à 6 semaines, 3 mois, 6 mois, 1 an et 2 ans. Ne pas administrer d'AZT.

Le coût (en dollars canadiens) pour réaliser les stratégies A, B et C chez 100 travailleurs de la santé serait respectivement de 47 910 \$, 38 849 \$ et 110 834 \$. La stratégie la plus rentable serait donc d'examiner la personne source (le patient) et de soumettre les travailleurs de la santé exposés à des tests de dépistage du VIH seulement lorsqu'il s'avère que la source était séropositive. (Il n'y a pas eu d'administration d'AZT dans cette stratégie même s'il s'est avéré que la source était séropositive.)

Le dépistage du VIH doit être fait avec le libre consentement du sujet et il doit être confidentiel. La présence d'un travailleur de la santé désigné dans l'établissement de soins aiderait à protéger l'identité de la source et des personnes exposées. Cela éviterait aussi aux médecins traitants le lourd fardeau de retracer les contacts. En conclusion, l'existence d'un système de déclaration des maladies transmissibles pour les secouristes d'urgence ne signifie pas qu'il faille pour autant négliger les précautions universelles pour prévenir la transmission des maladies. Un système comme celui-là aurait cependant pour effet d'atténuer les angoisses inutiles, d'éliminer la nécessité de contrôles additionnels coûteux et de réduire les décisions qui empiètent sur la vie privée mais qui doivent être prises pour prévenir la transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses.

endroits comme les boîtes à médicament, les trousse d'urgence et trousse d'intraveineuses.

Tout le matériel médical jetable de même que les déchets produits au cours des soins médicaux d'urgence doivent être classés dans des sacs scellés étanches et éliminés comme des déchets médicaux.

Une consultation avec les praticiens en prévention des infections de l'hôpital local peut également être utile à la mise en place de lignes directrices concernant la manipulation des déchets médicaux.

Chapitre IV

LOIS TOUCHANT LES MALADIES INFECTIEUSES

Les ramifications juridiques et les répercussions des lois et des décisions judiciaires concernant les maladies infectieuses, plus particulièrement leur effet direct sur les pompiers et le personnel des services médicaux d'urgence, sont loin d'être claires. Toutefois, certaines lois s'appliquent, et quelques cas ont été tranchés — d'autres sont en voie de l'être — qui aident à cerner les droits des employés des services d'urgence et à établir quelques précédents.

La Ryan White Comprehensive Aids Resources Emergency Act

La *Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency Act* est devenue une loi publique le 18 août 1990. Cette loi autorise l'affectation, par le gouvernement fédéral, de cinq millions de dollars en crédits à chaque exercice financier, de 1991 à 1995. Cet argent est réparti en subventions versées aux États et aux subdivisions politiques en vue de la mise en oeuvre des recommandations des *Centres for Disease Control (CDC)* quant à la prévention des infections. Ces recommandations se trouvent dans une publication des CDC, parue en février 1989 et intitulée *Guidelines for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Hepatitis B Virus (NEV) to Health Care and Public Safety Workers* (lignes directrices pour la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du virus de l'hépatite B (VHB) aux professionnels de la santé et de la sécurité publique).

Le sous-titre B de la loi vise, d'une part, à permettre aux employés des services d'intervention d'urgence qui croient avoir été exposés de demander une notification et, d'autre part, à établir la démarche qui s'impose. En résumé, la loi prévoit que si le personnel d'intervention d'urgence croit avoir été exposé à une maladie infectieuse, il peut faire une demande à un responsable désigné. Il doit y avoir chez tous les employeurs du secteur un responsable désigné ou un représentant par État. Le responsable désigné ou le représentant est nommé par le responsable de l'hygiène publique dans l'État en question.

Le responsable désigné doit obtenir des précisions sur chacun des cas signalés et procéder à une évaluation. S'il croit qu'il y a une possibilité d'exposition, il doit soumettre une demande à l'établissement de santé aussitôt que possible, mais au plus tard 48 heures après réception de la demande de l'employé. Ensuite, l'établissement de santé évalue la victime et détermine s'il y a pu avoir exposition, en se fondant sur les renseignements médicaux dont il dispose à ce moment-là. Il existe trois formes de notification, selon les cas :

- Il y a eu exposition.
- Il n'y a pas eu exposition.
- Les renseignements ne permettent pas de déterminer s'il y a eu exposition.

L'établissement médical doit présenter cette notification par écrit au responsable désigné aussitôt que possible, au plus tard 48 heures après réception de la demande par le responsable désigné. Ensuite, le responsable désigné doit informer l'employé ou les employés touchés. La loi n'autorise pas et n'oblige pas l'établissement médical à effectuer des tests sur la victime pour dépister des maladies infectieuses. Par ailleurs, il serait faux d'affirmer que la loi autorise les employés des services d'intervention d'urgence à ne pas intervenir ou à refuser leurs services à une personne qui a besoin de secours.

États qui ont des lois régissant la notification des travailleurs

Quarante-quatre États disposent de lois qui prévoient la notification du travailleur, mais elles n'exigent pas précisément que la victime subisse un test quelconque. La détermination est fondée sur les faits dont l'établissement médical dispose à ce moment-là.

Alabama	Georgie	Massachussetts	Oregon
Arizona	Hawaii	Michigan	Pennsylvanie
Arkansas	Idaho	Minnesota	Rhode Island
Californie	Illinois	Mississippi	Tennessee
Caroline du Nord	Indiana	Missouri	Texas
Caroline du Sud	Iowa	Montana	Utah
Colorado	Kansas	Nebraska	Virginie
Connecticut	Kentucky	New Hampshire	Virgine
Dakota du Nord	Louisiane	New Jersey	occidentale
Delaware	Maine	Ohio	Washington
Floride	Maryland	Oklahoma	Wisconsin
			Wyoming

États dont les lois permettent l'examen des victimes

Les États suivants disposent de lois qui permettent d'effectuer des tests sur les victimes si le personnel d'intervention d'urgence peut faire la preuve qu'il y a eu exposition.

Arkansas	Iowa	Minnesota ³	Pennsylvanie ^{1,2}
Colorado	Illinois	Mississippi	Rhode Island ²
Connecticut ^{2,3}	Louisiane ²	Montana ^{1,2}	Texas
Dakota du Nord ^{1,4}	Maine ³	Nebraska	Utah ¹
Delaware	Maryland ¹	Nouveau Mexique	Virginie
Floride	Michigan	Ohio ³	Washington ³
Hawaii		Oregon ^{1,4}	Wisconsin ³

¹ Exige le consentement éclairé de la victime.

² Les tests peuvent être effectués sur du sang ou des liquides organiques déjà prélevés.

³ Les tribunaux peuvent ordonner au malade de subir les tests.

⁴ Le consentement n'est pas obligatoire dans le cas où la personne est décédée.

Prescription pour présenter la demande relative à l'exposition en situation de travail

La plupart des États ont des prescriptions pour ce qui touche la présentation d'une demande en cas d'exposition à une maladie infectieuse en situation de travail. Il y a eu quelques affaires où on a traité du sujet. Même si aucune d'entre elles ne touchait les services d'incendie ou d'urgence, elles ne touchait les services d'incendie ou d'urgence, permettent tout de même de dégager des lignes directrices et quelques renseignements utiles. Certaines maladies infectieuses, particulièrement l'infection à VIH et le sida, peuvent avoir de longues périodes d'incubation avant que leurs effets ne deviennent

apparents. Habituellement, on estime que le délai prescrit commence au moment de la découverte des effets de la «blessure», et non pas au moment de la transmission. Dans le cas du VIH, par exemple, les effets latents peuvent prendre des années à se manifester. Si un employé a été exposé, il se peut qu'il n'en sache rien avant que la maladie ne se manifeste chez lui ou qu'il ne subisse un test dont le résultat se révélera positif. Dans de nombreux états, le délai prescrit quant à la présentation d'une demande est de un à deux ans. Il est courant qu'une personne infectée ne sache rien de son état de santé avant que cette période ne se soit écoulée. De nombreux États disposent de lois qui traitent des effets latents des maladies infectieuses.

Le quatrième amendement et les examens obligatoires

Pompier anonyme c. Ville de Willoughby

Jusqu'à maintenant, il y a eu peu de cas remettant en cause la constitutionnalité des tests obligatoires de dépistage du VIH, y compris ceux que subit le personnel des services d'incendie et d'urgence. La cause citée en rubrique portait sur la collecte d'échantillons de sang et visait à déterminer si l'obligation de se prêter à un test sanguin constitue une violation du quatrième amendement, qui traite des perquisitions et des saisies illégales. Les pompiers de Willoughby, en Ohio, ont été amenés à un laboratoire médical et sommés de subir un test sanguin de dépistage du VIH. Un des pompiers s'y est opposé -- même s'il s'est quand même plié à la directive -- car la Ville n'avait pas obtenu l'autorisation de procéder au test et ne pouvait s'appuyer sur aucune cause probable ou soupçon raisonnable. À ses yeux, la Ville ne pouvait justifier un dépistage systématique; elle n'avait pas de programme d'éducation et de counseling et ne prévoyait aucune démarche afin de garantir la confidentialité.

Le quatrième amendement n'interdit pas toutes les perquisitions et saisies : il proscriit seulement celles qui ne sont pas raisonnables. Pour déterminer si une perquisition est raisonnable, il faut mettre en regard la nécessité de l'effectuer et la mesure où elle porte atteinte à la vie privée de la personne. D'un côté, il y a le droit légitime du particulier à sa vie privée, et de l'autre, le besoin pour l'appareil d'État de pouvoir s'occuper efficacement des questions qui lui incombent légitimement.

La Cour suprême, dans une affaire liée au dépistage de drogue, a statué que «les tests sanguins ne représentent pas une ingérence majeure : les tests de ce genre sont monnaie courante de nos jours, les examens médicaux périodiques étant de... et les tests sanguins ne portent pas atteinte d'une manière indue à la vie privée d'une personne ni encore à son intégrité corporelle.» La Cour ajoute que «les attentes en matière de vie privée des employés touchés doivent être moindres, car ils oeuvrent dans un secteur d'activité où la réglementation se veut omniprésente pour des raisons de sécurité, objectif qui dépend en grande partie de la santé et de la bonne forme physique des employés touchés.» (*Skinner c. Railway Labor Executives' Association*)

Constat du tribunal dans l'affaire Willoughby : le secteur de la lutte contre les incendies figure parmi les secteurs les plus réglementés au chapitre du rendement de ses employés. Il ne convient pas d'envisager dans le contexte pénal les tests de la ville de Willoughby et de les assimiler ainsi à des perquisitions et saisies déraisonnables, puisque les pompiers doivent s'attendre à une vie privée moins étanche étant donné qu'ils exercent un métier fortement réglementé dans le secteur public. (*syndicat des pompiers de Chicago, section 2 c. Ville de Chicago*). Les tests obligatoires imposés aux employés ne peuvent être valables que si le groupe d'employés visé court un risque élevé de contracter ou de transmettre le sida ou le VIH au public, comme dans le cas des services d'incendie et d'urgence.

DÉCISIONS DES
TRIBUNAUX
CONCERNANT LES
MALADIES
INFECTIEUSES

De plus, le tribunal reconnaît que le résultat du test de dépistage du VIH ne prévient pas le sida; toutefois, les personnes dont le test de dépistage du VIH ou du sida est positif peuvent prendre des précautions supplémentaires afin d'éviter de transmettre le VIH ou le sida. Le tribunal a par ailleurs mentionné que les personnes séropositives peuvent continuer à exercer leur travail à tous les niveaux et qu'il n'y avait aucun danger de transmettre le VIH; le fait d'être séropositif ne devrait donc pas constituer un obstacle à l'emploi. Ces personnes ne devraient pas être victimes de discrimination ou d'ostracisme de la part de la société ou dans leur emploi. Le but visé est d'empêcher des gens de contracter et(ou) de transmettre le VIH ou le sida. L'intérêt principal du gouvernement est d'atteindre ce but de «non-transmission».

Dans la décision de Willoughby, le juge a déterminé que les membres du service d'incendie devaient subir les tests du fait qu'il existait un risque important d'exposition et de transmission pour eux et pour le public en raison de la nature de leur travail. Un point qui revêt une importance dans le cas présent, c'est que la convention collective permettait les tests de dépistage du VIH; la ville a donc soutenu que l'employé avait certains droits, mais qu'il y renonçait en signant la convention. La convention établit que les résultats des tests doivent demeurer confidentiels, et que les personnes infectées par le VIH et ne présentant aucun symptôme associé au sida pouvaient continuer à être admissibles à tous les avantages de l'emploi. De plus, l'employé ne peut être congédié parce qu'il est infecté par le VIH. Le tribunal a rejeté l'argument selon lequel le syndicat était autorisé à obliger l'employé à renoncer aux droits constitutionnels dont il jouit. Il a néanmoins conclu que toute ingérence dans la vie privée est justifiée si elle est faite dans l'intérêt public.

Discrimination

Il existe des lois fédérales qui offrent une protection statutaire visant à empêcher les personnes handicapées d'être victimes de discrimination en milieu de travail. La première de ces lois est la Rehabilitation Act de 1973 (RA73). Cette loi protège tous les employés qui travaillent pour un employeur financé par le gouvernement fédéral. L'article 504 précise qu'aucune personne ayant un handicap, mais qui est «par ailleurs qualifiée» ne doit, du seul fait de son handicap, être exclue de la participation à un programme ou activité bénéficiant d'une aide financière du gouvernement fédéral, et qu'elle ne doit être empêchée d'y avoir accès ni faire l'objet de discrimination si elle y participe. Jusqu'à tout récemment, en 1988, le ministère américain de la Justice soutenait que la loi ne couvrait pas la peur d'être infecté par une personne ayant une maladie contagieuse. Toutefois, à l'heure actuelle, il fait peu de doute que cette loi offre ce genre de protection aux gens infectés par une maladie contagieuse. Cela est imputable, en partie, à la décision de la Cour suprême dans l'affaire de la Commission scolaire de Nassau County c. Arline 107 S. Ct. 1123 (1987). Cette décision a clairement démontré qu'une personne ayant une maladie contagieuse (dans ce cas, la tuberculose) était une personne handicapée au sens de la RA73, article 504. Le tribunal a déclaré qu'une personne était «par ailleurs qualifiée» pour un emploi si elle ne présentait pas de risque important de communiquer la maladie à d'autres personnes à son travail ou si un arrangement raisonnable pouvait faire éliminer le risque. Un arrangement raisonnable peut signifier l'utilisation d'équipement de protection ou une nouvelle attribution de tâches.

Les cinquante États de même que le district de Columbia ont adopté des lois anti-discriminatoires semblables à la RA73. Toutes, à l'exception de cinq, englobent les employés des secteurs public et privé. Afin d'aider à souligner l'importance de cette loi, plusieurs États et municipalités ont mis en place des lois anti-discriminatoires visant particulièrement le VIH et le sida.

La deuxième loi anti-discriminatoire est l'Americans with Disabilities Act, qui a été promulguée le 26 juillet 1990 et est entrée en vigueur pour les États et les administrations

locales au début de 1992. Cette loi fait appel aux mêmes idées que celles mentionnées ci-dessus, mais elle englobe tous les employeurs, pas seulement ceux qui reçoivent des subventions du gouvernement fédéral.

Les personnes infectées par des maladies contagieuses peuvent, pendant de nombreuses années, ne présenter aucun symptôme selon le type de contagion. Par exemple, les employés asymptomatiques infectés par le VIH sont capables de travailler, au même titre que tous les autres employés. Puisque le VIH n'est pas transmissible par contact fortuit, la possibilité d'une exposition et (ou) d'une transmission n'est pas assez importante pour justifier la discrimination, à moins qu'il existe une grande possibilité d'exposition aux liquides organiques ou d'échange de ceux-ci. Les décisions les plus difficiles sont celles devant déterminer si les personnes infectées oeuvrant dans le domaine de la santé sont «par ailleurs qualifiées» pour continuer de faire leur travail quand elles risquent d'exposer des patients à leur sang ou à leurs liquides organiques. Afin d'aider à résoudre ce problème, certains employeurs ont demandé à leurs employés de subir un test de dépistage du VIH. Consultez la section précédente sur les tests obligatoires.

Severino c. le District de prévention des incendies de North Port Myers

Jusqu'à maintenant, il n'y a eu que deux cas de discrimination ayant trait aux services d'incendie et d'urgence médicale. Le premier cas était celui de Severino c. North Fort Myers Fire Control District. Même si la décision n'a pas été en faveur du plaignant, le cas permet d'illustrer certains points importants qui s'appliquent à ce genre de discrimination.

La plainte a été portée après que le plaignant eut appris qu'il était séropositif. Comme le médecin lui conseillait de cesser d'effectuer les tâches requises par son travail de pompier, Severino a immédiatement remis sa démission. Plutôt que d'accepter sa démission, le service l'a affecté à des «travaux légers», option qui lui permettait de bénéficier d'une assurance et de continuer à recevoir un salaire. Severino est demeuré dans le service et a effectué les travaux légers auxquels il était affecté et qui consistaient à faire l'entretien des bouches d'incendie, à distribuer les tâches, à faire des commissions et à s'occuper des ordures.

Pendant ce temps, Severino a commencé à recueillir des documents médicaux et juridiques sur le sida et le VIH qui l'ont amené à considérer la possibilité d'intenter une poursuite. Il était aussi préoccupé par le fait que son infection soit le résultat d'une exposition professionnelle. Le 23 mars 1988, Severino a demandé à reprendre ses tâches régulières complètes. Il n'a pas présenté de documents médicaux qui auraient prouvé sans conteste sa capacité à exécuter le travail de sauvetage selon les exigences. Il n'a pas non plus accepté l'offre de revenir au travail aux conditions de l'employeur. Il a donc été mis à pied le 24 mai 1988; toutefois, il a continué à recevoir des indemnités d'assurance-santé pendant 18 mois supplémentaires.

Le point de vue adopté par le tribunal était que Severino avait pris l'initiative de tous les événements qui ont suivi la découverte de son état de séropositivité, y compris sa démission. Le tribunal a jugé qu'il n'y a pas eu discrimination intentionnelle puisque le plaignant a été congédié pour des raisons autres que son handicap. Le tribunal a également déclaré qu'il n'y avait aucun lien de causalité entre le départ du plaignant en raison des règlements et son affectation à des «travaux légers» du fait de son handicap, que le dommage qui lui avait été causé ne contrevenait pas à l'article 504 et qu'il n'y avait pas d'autres fondements pour l'obtention d'un redressement.

Certaines des conclusions les plus importantes tirées de cette cause concernant la Rehabilitation Act de 1973 figurent ci-dessous :

- Le pompier séropositif n'a pas été victime de discrimination fondée sur son handicap quand il a été réaffecté à une tâche réduite selon des arrangements pris avec lui, même si la conviction du service des incendies selon lequel il était nécessaire d'affecter le pompier à une tâche réduite était erronée, parce que le service se fiait à une opinion médicale raisonnable au moment de le faire.
- Le pompier séropositif était «handicapé» au sens de la RA73.
- Le pompier séropositif qui a été affecté à une tâche réduite qui lui convenait et a été congédié après avoir refusé d'effectuer les tâches réduites auxquelles il avait été affecté n'a pas été victime de discrimination fondée sur le handicap. (Remarque : Toutefois, l'ADA interdit maintenant l'affectation discriminatoire des employés handicapés à certains postes.)
- La RA73 n'oblige pas les employeurs à être responsables du maintien d'une discipline adéquate en milieu de travail ni à prendre des décisions raisonnables quand il s'agit de congédier des employés qui ne donnent pas satisfaction. Le traitement égal de tous les employés au sein d'une activité ou d'un programme couvert par la RA73 n'exige pas de l'établissement ou de l'employeur qu'il abaisse ses normes d'emploi ni qu'il les modifie de façon importante afin d'accommoder les personnes handicapées.
- Le pompier séropositif affecté à une tâche réduite après avoir remis sa démission et ensuite congédié après avoir refusé d'effectuer ces tâches n'a pu établir qu'il n'avait pas bénéficié d'une protection égale ou d'un traitement juste. Le pompier a été traité différemment pour l'unique raison qu'on lui a offert une solution de repli à sa démission volontaire du fait qu'il était séropositif. Le pompier a été licencié parce qu'il a refusé d'exécuter les tâches auxquelles il était affecté et non pas en raison de son état de santé.

En appel, le tribunal a réaffirmé la décision du tribunal de première instance; cependant, un des trois juges d'appel avait enregistré sa dissension. Le juge dissident croyait que «[le plaignant] n'aurait pas été congédié si ce n'avait été de sa condition physique, et qu'il a donc droit à un redressement.»

John Doe c. District de Columbia, et al.

L'affaire John Doe c. le District de Columbia a été tranchée le 1^{er} juillet 1992. Dans une lettre datée du 23 janvier 1989, le district offrait à Doe un poste de pompier. Doe a reçu la lettre après avoir réussi des examens écrits et physiques et avoir répondu à toutes les exigences de l'emploi de pompier. La lettre d'embauche informait Doe que son salaire annuel serait de 23 555 \$ et lui donnait pour instruction de se rendre au service d'incendie le 13 février 1989 afin de commencer son travail. La lettre avisait également Doe que la première année constituait une période de probation, pendant laquelle on continuerait d'évaluer ses compétences. Si des informations défavorables ou de nature à le discréditer étaient divulguées, le service le licencierait. Doe ne considérait pas le fait d'être séropositif comme étant «une information défavorable ou de nature à le discréditer», et le district ne lui avait pas fait subir des tests de dépistage du VIH, pas plus qu'il ne lui avait demandé s'il était séropositif avant de lui offrir le poste de pompier. Toutefois, Doe se préoccupait du fait que le district apprenne plus tard son état et considère que c'était «une information défavorable ou de nature à le discréditer». Doe croyait que le fait de ne pas révéler ce renseignement justifierait sa mise à pied. C'est pourquoi Doe a communiqué avec un responsable du service d'incendie et a déclaré être séropositif.

En réponse à cette divulgation, Doe a été informé de ne pas se présenter comme la lettre d'embauche le lui demandait. On lui a plutôt demandé de subir deux tests sanguins de dépistage du VIH qui se sont révélés tous deux positifs. Bien que Doe ait communiqué avec le service d'incendie pendant plusieurs semaines, on ne lui a jamais dit s'il devait se présenter au travail ni si l'offre d'emploi tenait toujours. Selon un responsable du service d'incendie, il ne faisait aucun doute que Doe était capable de remplir les fonctions d'un pompier. La décision de ne pas lui permettre de se présenter tenait plutôt à sa séropositivité. Le capitaine a affirmé que si Doe n'avait pas volontairement déclaré sa séropositivité, le service ne s'en serait jamais rendu compte, et il serait devenu pompier. Le chef a affirmé qu'il avait pris en considération la perception du public au sujet du VIH en prenant la décision de ne pas permettre à Doe de travailler, ajoutant qu'il serait «fou» de ne pas tenir compte de la peur du public du VIH et du sida.

Dans son témoignage, Doe affirme que le refus du service de lui permettre de travailler en raison de sa séropositivité l'a fait se sentir «rejeté» comme s'il était un «déchet» et que le refus du district de l'informer de l'état de sa demande avait été démoralisant. Doe avoue se sentir frustré qu'on lui refuse la possibilité de servir comme pompier, un poste qu'il aurait aimé occuper pour servir la collectivité.

Un des témoins importants du plaignant a affirmé que «même si on ne peut pas prédire avec précision combien de temps une personne séropositive en particulier restera asymptomatique, environ la moitié de ceux pour qui on connaît la date d'infection montreront des symptômes après 10 ans ou moins. La séropositivité asymptomatique n'affecte pas les capacités physiques d'une personne. Par exemple, elle n'hypothèque pas la force, l'agilité ni la capacité de respirer d'une personne.» Le témoin mentionne qu'«une personne séropositive et asymptomatique devrait pouvoir occuper un poste de pompier dans le sens où l'entend le district.» En se fondant sur ce témoignage qui n'a soulevé aucune controverse, le tribunal a déclaré que la capacité d'occuper un poste de pompier n'est pas affectée par la séropositivité asymptomatique.

Un autre témoin expert, amené par le plaignant, a défini comme étant minime le risque qu'il y ait contact entre le sang de deux personnes pendant l'exécution des tâches d'un pompier et comme «infime» celui de la transmission du VIH. Ce témoin a aussi fait remarquer que même s'il est «extrêmement rare» pour un pompier d'avoir un contact bouche-à-bouche avec une victime, un contact de ce genre ne présente «aucun risque mesurable» de transmission du VIH. En outre, sa recherche a révélé que plusieurs services d'incendie partout aux États-Unis employaient des pompiers séropositifs pour les tâches actives et qu'aucun de ces services n'exigeait que les personnes séropositives prennent des précautions extraordinaires. L'équipement de protection individuelle que tous les pompiers reçoivent habituellement et les précautions systématiques ordinaires exigées de tous les pompiers sont suffisants pour protéger le pompier et les autres personnes.

L'article 504 de la RA73 énonce qu'«aucune personne ayant un handicap mais étant par ailleurs qualifiée ne doit, du seul fait de son handicap, être exclue de la participation à un programme ou activité bénéficiant d'une aide financière du gouvernement fédéral, qu'elle ne doit être empêchée d'y avoir accès ni faire l'objet de discrimination si elle y participe.» La Cour suprême a déclaré qu'«une personne par ailleurs qualifiée est une personne qui répond à toutes les exigences d'un programme malgré son handicap.» L'application de la norme dans le cas présent s'est fondée sur les critères suivants.

La cour a déclaré que Doe était une «personne ayant un handicap» puisqu'il était limité de façon importante en ce qui a trait à des activités principales de la vie comme la procréation, les contacts sexuels et une vie sociale normale.

En ce qui concerne la nature du risque, le témoignage, qui n'a pas été réfuté, a établi qu'il n'y avait que trois méthodes de transmission du VIH : les contacts sexuels intimes, l'utilisation d'une aiguille intraveineuse contaminée et un contact sanguin avec le sang d'une personne infectée. Aucun des deux premiers modes de transmission n'est compatible avec les tâches d'un pompier. En ce qui concerne le troisième, les deux

experts ont affirmé sous serment que le risque de transmission selon ce mode (dans les fonctions normales d'un pompier) est extrêmement mince.

Le témoignage a montré que Doe était et est tout à fait en mesure d'occuper le poste de pompier. Doe a été décrit comme étant une personne en bonne forme physique, asymptomatique et capable d'exercer s'il le veut n'importe quel travail. De plus, Doe a réussi l'examen physique du service d'incendie.

Les dossiers du service d'incendie laissent voir sans équivoque que l'offre d'emploi faite à Doe a été retirée en raison d'une évaluation médicale selon laquelle sa séropositivité le rend inapte à servir comme pompier.

Le tribunal a déclaré que Doe était autorisé à remplir le poste de pompier qu'on lui avait offert, rétroactivement à partir du 13 février 1989. De plus, le tribunal a interdit au district de faire de la discrimination en se fondant sur la séropositivité, et l'a obligé à déclarer que les politiques de la ville et la pratique de refuser un emploi en se fondant sur la séropositivité violaient la RA73.

Même si les poursuites en justice concernant des travailleurs atteints de maladies infectieuses sont rares, il est évident qu'on accordera de plus en plus d'importance à cette question. Il convient aussi de souligner que les cas cités ci-dessus ne sont des précédents que dans leur juridiction respective. En outre, il y a actuellement, au Canada et aux États-Unis, des poursuites judiciaires en instance liées aux maladies infectieuses.

Exemple de politique de prévention des infections d'un service d'incendie



MALADIES INFEC- TIEUSES ET DÉCLARA- TION DES EXPOSITIONS

La politique du service d'incendie doit fournir un degré élevé de protection contre les maladies transmissibles à tous ses membres en uniforme quand ceux-ci fournissent des services de lutte aux incendies, de sauvetage et d'intervention médicale d'urgence.

Le service d'incendie doit utiliser des pratiques admises, reconnues et sécuritaires dans la manipulation de liquides organiques, quel que soit le patient.

Le service d'incendie doit fournir une formation, une immunisation et un équipement de protection individuelle adaptés à tous ses employés en uniforme afin de les protéger contre les maladies transmissibles.

Le service d'incendie doit fournir des renseignements pertinents et un suivi médical s'il arrive qu'un de ses membres subisse une exposition.

Le service d'incendie doit conserver, sous le couvert de la confidentialité, les dossiers médicaux de ses membres durant tout le temps où ils seront à son emploi, et 30 ans par la suite.

Les directives du service d'incendie concernant l'exposition à des maladies infectieuses et leur déclaration seront réexaminées tous les ans.

DÉFINITIONS

AGENTS PATHOGÈNES À DIFFUSION HÉMATOGÈNE : Micro-organismes pathogéniques présents dans le sang humain et pouvant causer des maladies chez les humains. Ces agents pathogènes comprennent notamment le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus d'immunodéficience humaine (VIH).

CONTAMINATION : Présence ou possibilité raisonnable de la présence de sang, de liquide organique ou d'autres matières potentiellement infectieuses sur un objet ou une surface.

EXPOSITION À DÉCLARATION OBLIGATOIRE DU SERVICE D'INCENDIE OU D'INTERVENTION MÉDICALE D'URGENCE : Introduction directe d'un agent potentiellement infectieux provenant d'un patient dans le corps d'un technicien médical d'urgence.

- Exposition PERCUTANÉE (par la peau). Il y a exposition percutanée quand du sang ou un liquide organique est introduit au travers de la peau. Par exemple : piqûre par une aiguille ensanglantée; coupure par un objet tranchant contaminé par du sang; pénétration de sang ou de liquides organiques par une blessure ouverte, une écorchure, un cuticule brisé ou une peau gercée.
- Exposition CUTANÉO-MUQUEUSE (par les yeux, la bouche ou le nez). Il y a exposition cutanéomuqueuse quand du sang ou un liquide organique touche une muqueuse. Par exemple : du sang ou un liquide organique qui éclabousse ou asperge les yeux, le nez ou la bouche.

EXPOSITION : Contact avec des agents infectieux comme des liquides organiques ou autres matières potentiellement infectieuses, par inhalation, par inoculation



percutanée ou par contact avec une plaie ouverte, une peau non intacte ou les muqueuses et pouvant résulter de l'exécution d'une des tâches de l'employé.

EXPOSITION DÉCLARÉE PAR L'HÔPITAL (exposition non soupçonnée) :
Exposition qui se produit quand les techniciens médicaux d'urgence traitent ou transportent un patient chez qui on diagnostique par la suite une maladie transmissible grave qui pourrait avoir été transmise par voie respiratoire. Les maladies déclarées par l'hôpital comprennent le tuberculose et la méningite à méningococque.

EXPOSITIONS QUI N'EXIGENT PAS DE DÉCLARATION :

- Sang sur de la peau intacte
- Sang sur des vêtements ou de l'équipement
- Présence dans la même pièce qu'une personne infectée
- Contact avec une personne infectée
- Conversation avec une personne infectée

MATIÈRES POTENTIELLEMENT INFECTIEUSES : Les liquides organiques humains suivants : sperme, sécrétions vaginales, liquide céphalo-rachidien, liquide synovial, liquide pleural, liquide péricardique, liquide péritonéal, liquide amniotique, salive dans les traitements dentaires, tout liquide organique visiblement contaminé de sang et tout liquide organique dans des situations où il est difficile, voire impossible de différencier un liquide organique d'un autre.

DÉCHETS RÉGLEMENTÉS : Sang liquide ou semi-liquide et autres matières potentiellement infectieuses; objets contaminés qui, si on les presse, peuvent laisser échapper du sang ou autre matière potentiellement infectieuse dans un état liquide ou semi-liquide; objet couvert de sang séché ou d'autres matières potentiellement infectieuses et pouvant laisser échapper de ces matières pendant la manipulation; aiguilles contaminées et déchets pathologiques et microbiologiques contenant du sang ou d'autres matières potentiellement infectieuses.

RESPONSABILITÉ

RESPONSABILITÉS DES MEMBRES

- Les membres du service d'intervention médicale d'urgence ont la responsabilité de signaler rapidement à leurs supérieurs toute exposition à déclaration obligatoire.
- L'employé a la responsabilité de remplir rapidement les formulaires obligatoires pour signaler «une exposition à déclaration obligatoire» et tous les formulaires exigés pour tous les traitements de suivi dont la liste figure ci-dessous :
 - Documents sur l'indemnisation du travailleur
 - Formulaire concernant les blessures
 - Formulaire de réclamation au comité des pensions
 - Déclaration d'accident donnant droit à une indemnisation
 - L'employé est responsable de tenir à jour son dossier d'immunisation et de le conserver à la caserne où il est affecté, avec une copie à jour de sa fiche de blessures et de maladies.
- L'employé devrait utiliser un EPI adapté au cas qui se présente, en respectant les procédures et les lignes directrices du service concernant la protection.

- Les membres peuvent refuser de se faire immuniser ou fournir la preuve d'une immunisation antérieure. Les membres qui refusent de se faire immuniser contre le VHB seront mis au courant des risques professionnels que posent les maladies infectieuses et des conséquences de leur refus. Ils devront également signer une déclaration de refus d'immunisation. Les membres qui refusent l'immunisation peuvent changer d'idée et la recevoir plus tard, sur demande.

RESPONSABILITÉS DES LIEUTENANTS

- Les lieutenants doivent signaler verbalement les cas d'exposition à déclaration obligatoire des services d'incendie et d'intervention médicale d'urgence à l'infirmière responsable du service d'urgence et ensuite présenter le formulaire de déclaration de l'exposition au responsable de la prévention des infections.
- Avertir le capitaine de service qu'une exposition à déclaration obligatoire a eu lieu pendant une intervention du service médical d'urgence.
- Les lieutenants doivent joindre une copie du formulaire d'exposition du service à une copie du formulaire concernant les blessures quand une exposition a eu lieu pour que ces documents soient versés au dossier personnel du membre.
- Ils doivent veiller à ce qu'on ne soit jamais à court d'EPI.

RESPONSABILITÉS DES CAPITAINES

- Les capitaines ont la responsabilité de voir à ce que les membres de leur unité remplissent sans attendre les formules exigées dans les 24 heures ou avant la fin de leur service.
- Ils ont la responsabilité de faire un examen, à l'échelon supérieur, des rapports obligatoires des superviseurs. Ils doivent exiger l'application de pratiques d'intervention sécuritaires sur les lieux d'une urgence et dans la caserne. Ils doivent appuyer et encourager la conformité aux programmes de prévention des maladies infectieuses.
- Ils ne doivent pas permettre aux nouvelles recrues de remplir les tâches d'intervention d'urgence avant qu'elles ne soient vaccinées contre le VHB.

RESPONSABLE DE LA PRÉVENTION DES INFECTIONS

- Le responsable de la prévention des infections doit être la personne-ressource du service d'incendie pour toutes les expositions déclarées par l'hôpital.
- Il doit voir les employés et les informer des expositions que l'hôpital a signalées, ainsi que de l'accessibilité des résultats des tests liés aux expositions à déclaration obligatoire du service d'intervention médical d'urgence.

- Il doit organiser le traitement de suivi exigé. Il doit informer les membres de l'accessibilité des résultats de dépistage du VIH et du virus de l'hépatite B.
- Il doit garantir la confidentialité de toutes les expositions déclarées et approuver la diffusion de tout renseignement connexe, quel qu'en soit le but.
- Il doit être la personne-ressource après les heures ouvrables.
- Il doit coordonner le programme d'immunisation et tenir les dossiers à jour.
- Il doit se tenir au courant des nouvelles réalisations dans le domaine de la prévention des infections et soumettre des recommandations pertinentes au service.

RESPONSABLE DE LA SÉCURITÉ

- Le responsable de la sécurité doit surveiller le système de déclaration des expositions et des blessures.
- Il doit fournir de l'aide aux membres et aux superviseurs en ce qui concerne les problèmes liés à l'exposition.
- Il doit mettre à jour les dossiers confidentiels des expositions et des traitement et faire en sorte que des mesures d'indemnisation ou de retraite du travailleur sont prises.
- Il doit mettre en place des révisions ou des mesures d'éducation visant à prévenir la répétition des expositions et servir de personne-ressource dans les cas où le responsable de la prévention des infections n'est pas disponible.
- Il doit effectuer des inspections ponctuelles sur les lieux d'une intervention et dans la caserne afin de garantir la conformité à la politique du service sur la prévention des infections.

CHEF DE DISTRICT/CHEF DE DIVISION

- Ils doivent évaluer la conformité du service au programme de prévention des maladies infectieuses et des expositions.
- Ils doivent discuter avec le capitaine de toute formation en matière de prévention des infections qui pourrait être nécessaire et dresser un programme de formation de concert avec la division de la formation.

PROCÉDURES

TÂCHES

Les tâches suivantes sont des domaines où les membres peuvent raisonnablement prévoir que des expositions à du sang, à d'autres liquides organiques ou à des matières potentiellement infectieuses peuvent se produire. Ces exemples ne prétendent pas faire état de toutes les situations où les membres risquent d'être exposés.

- Donner des soins médicaux d'urgence à des patients blessés ou malades.
- Dégager une victime d'un lieu dangereux, notamment une voiture en feu, un endroit où il y a de l'eau contaminée ou qui est pauvre en oxygène.
- Dégager des personnes prises dans un véhicule ou une machine ou dans des excavations ou des structures qui se sont effondrées.
- Récupérer ou dégager des cadavres dans une des situations mentionnées ci-dessus.
- Intervenir dans des situations d'urgence où des matières dangereuses ou des substances potentiellement infectieuses sont présentes, que ce soit dans un lieu fixe ou durant leur transport.

Tous les membres en uniforme peuvent prévoir exécuter les tâches énoncées ci-dessus, dans l'exécution des fonctions auxquelles ils sont affectés.

Les membres qui ne sont pas en uniforme ne sont pas touchés par les tâches mentionnées ci-dessus, et on ne s'attend pas à ce qu'ils les exécutent.

CASERNE

Tous les uniformes doivent être lavés à la caserne. **LES UNIFORMES CONTAMINÉS NE DOIVENT JAMAIS ÊTRE LAVÉS À LA MAISON.**

On doit fournir un uniforme supplémentaire à tous les membres, et ceux-ci doivent le conserver dans leur casier; ainsi, ils pourront retirer leur uniforme contaminé dès leur retour à la caserne et le faire nettoyer.

On doit utiliser des gants jetables quand on manipule des vêtements contaminés.

Chaque caserne doit comporter un lieu de nettoyage désigné qui doit être matériellement séparé des endroits utilisés pour la préparation des aliments, l'hygiène personnelle, les dortoirs et où les lieux où on pratique d'autres activités.

En revenant à la caserne après une intervention, on doit prendre les précautions suivantes :

- Les vêtements contaminés doivent être retirés et remplacés par un uniforme propre.
- Les vêtements contaminés doivent être lavés aussitôt que possible après le retour à la caserne ou placés dans un sac rouge servant marqué du signe des risques biologiques, en vue d'être lavés plus tard.
- Les vêtements contaminés doivent être nettoyés dans la salle de lavage prévue à cet effet.
- Pour le nettoyage de tous les vêtements contaminés, on doit utiliser un agent de nettoyage tuberculocide approuvé par l'EPA et enregistré auprès de l'organisme.
- On doit faire disparaître les petites taches de liquide organique du vêtement puis le désinfecter.
- Les bottes contaminées doivent être récurées avec une brosse et une solution d'eau chaude savonneuse, puis être rincées avec de l'eau claire et mises à sécher à l'endroit prévu à cet effet.
- Les membres qui ont reçu du liquide organique sur la peau doivent prendre une douche dès leur retour à la caserne.

- Tous les déchets générés par la décontamination doivent être placés dans des sacs marqués du signe des risques biologiques, puis être placés à l'endroit prévu pour l'élimination des déchets biologiques dangereux.

FORMATION

Tous les membres en uniforme du service d'incendie, avant leur affectation et chaque année par la suite, doivent être mis au courant des mesures de protection à prendre afin de réduire au minimum le risque d'exposition professionnelle aux maladies infectieuses. Voici une liste de sujets qui doivent être abordés, mais celle-ci n'est pas exhaustive :

- information sur les maladies infectieuses et leurs modes de transmission;
- symptômes des maladies infectieuses;
- examen du protocole du service en matière de maladies infectieuses;
- reconnaissance des tâches des services d'incendie où il y a risque de blessure ou d'exposition;
- explication des genres, de l'emplacement, de l'utilisation et des limites de l'équipement de protection individuelle;
- informations sur le vaccin contre l'hépatite B, notamment sur son efficacité, son innocuité, ses méthodes d'administration et les avantages de la vaccination;
- renseignements sur le suivi consécutif à une exposition, s'il s'est produit une blessure causée par une aiguille ou un objet coupant; et
- explication des signes, des étiquettes et du code de couleurs utilisés par le service.

Les dossiers concernant la formation devraient être conservés pendant trois ans après la formation. Les renseignements contenus dans le dossier doivent comprendre :

- la date de la séance;
- le contenu de la séance;
- le nom de la personne offrant la formation; et
- le nom des participants à la séance de formation.

Toutes les personnes doivent subir un test portant sur le contenu de la formation offerte pour qu'on puisse s'assurer que les objectifs du cours ont été atteints.

ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE

Tous les véhicules d'opération, sauf le véhicule du capitaine, doivent contenir des bacs à aiguilles qui se ferment de façon étanche et qui sont à l'épreuve des perforations. Ces bacs à aiguilles doivent être rouges, porter l'étiquette des risques biologiques et être utilisés selon la situation.

Tous les membres participant aux opérations doivent recevoir un masque de poche avec valve à sens unique afin de réduire au minimum le besoin de recourir à la réanimation bouche-à-bouche. La réanimation bouche-à-bouche ne doit être effectuée qu'en DERNIER RECOURS.

Les membres doivent choisir un EPI adapté à l'exposition possible. Aucune procédure d'opération normale et aucun ensemble d'EPI ne peut servir à toutes les situations. On doit se fier à son jugement, et dans le doute, être plutôt trop prudent que pas assez.

La protection faciale doit être utilisée dans toutes les situations où une éclaboussure au visage est possible. On protège le visage à l'aide d'un masque facial et d'une protection oculaire ou d'une visière. Au moment de traiter un patient atteint d'une maladie à diffusion aérogène, on doit utiliser une protection faciale. On devrait d'abord mettre un masque au patient; si cela n'est pas possible, portez vous-même un masque. Les visières dont sont munis les casques ne doivent pas être considérées comme une protection contre les maladies infectieuses.

Les gants des pompiers doivent être portés dans toute situation où on risque de se blesser sur des surfaces coupantes ou rugueuses. Si les gants ont été exposés à des germes de maladies infectieuses, ils devraient être nettoyés de la même façon que les uniformes.

Les gants en latex jetables doivent être portés toutes les fois qu'il y a contact avec un patient.

Quand il y a plusieurs blessés et que la situation le permet, on doit changer de gants de latex entre chaque patient. Les gants de latex jetables ne doivent pas être ni réutilisés, ni lavés, ni désinfectés.

IMMUNISATIONS ET ANTÉCÉDENTS

On doit offrir et fournir à tous les membres les immunisations et renseignements suivants sur l'immunité :

Hépatite B

- Série de trois inoculations;
- l'injection de rappel doit être effectuée conformément aux recommandations des CDC;
- la première inoculation contre le VHB pour les employés actuels doit être fournie après la formation; les recrues doivent recevoir leur inoculation pendant leur dernière semaine à l'école de formation.

Diphtérie-tétanos

- L'inoculation doit être faite tous les dix ans;
- s'il y a blessure par piqûre, une injection de rappel est nécessaire si la dernière inoculation remonte à sept ans ou plus.

Varicelle, oreillons et rubéole

- L'immunisation n'est pas recommandée si vous êtes né(e) avant 1957;
- l'immunisation n'est pas recommandée si vous êtes enceinte ou prévoyez le devenir dans les trois prochains mois.

Influenza

- Les vaccins contre l'influenza sont disponibles entre octobre et février chaque année;

- le virus de l'influenza se modifie d'une année à l'autre; c'est pourquoi le vaccin doit être administré de nouveau chaque année;
- il est recommandé de recevoir une inoculation contre l'influenza chaque année, et celle-ci devrait être fournie aux membres s'ils le désirent.

Tuberculose

- Les membres devraient faire l'objet d'un dépistage de la TB.

Tous les membres devraient remplir un dossier concernant leurs antécédents de maladies transmissibles, lequel doit être mis à jour chaque année afin d'étayer l'immunisation et les tests de dépistage de la TB.

EXPOSITION À DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES SERVICES D'INCENDIE OU D'INTERVENTION MÉDICALE D'URGENCE

L'employé doit s'occuper immédiatement de sa blessure, c'est-à-dire la nettoyer avec du désinfectant, du savon et de l'eau chaude; dans le cas d'exposition des yeux, du nez ou de la bouche, rincer ces parties avec de l'eau ou du liquide Ringer.

L'employé doit signaler l'exposition verbalement et sans tarder à son superviseur et remplir une déclaration de maladie transmissible.

Le responsable de la prévention des infections doit communiquer avec l'hôpital où le patient en cause a été transféré et demander à parler avec l'infirmière responsable du service d'urgence.

Le responsable de prévention des infections doit signaler la nature de l'exposition, donner le numéro de l'intervention et du patient et demander à ce que le patient subisse des tests.

Le responsable de la prévention des infections doit faire en sorte que l'employé reçoive sans tarder des soins médicaux par l'infirmière responsable de l'immunisation et du service d'urgence.

Le responsable de la prévention des infections doit avertir le capitaine qu'une exposition a eu lieu.

Le service de santé ou l'hôpital doit avertir le responsable de la prévention des infections au moment où le résultat du test sanguin du patient est connu; cela peut prendre sept jours ou plus.

Le responsable de la prévention des infections doit communiquer avec l'employé pendant les heures ouvrables et l'informer de l'accessibilité des tests de même que des procédures de suivi recommandées.

S'ils sont traités, les membres doivent remplir tous les formulaires obligatoires liés au traitement d'une blessure ou d'une maladie professionnelle.

Si l'hôpital recommande que le membre fasse l'objet de soins immédiats après les heures ouvrables, l'hôpital devra communiquer avec le responsable de la prévention des

infections, qui prendra des dispositions pour que le membre se fasse traiter dans les plus brefs délais.

EXPOSITIONS DÉCLARÉES PAR L'HÔPITAL

L'hôpital doit informer le responsable de la prévention des infections de toute exposition déclarée par l'hôpital.

Le responsable de la prévention des infections doit prendre des dispositions afin que le membre reçoive un suivi médical tel qu'indiqué dans le protocole du suivi des expositions et tel que recommandé par l'hôpital qui a déclaré l'exposition.

Le responsable de la prévention des infections doit communiquer avec le membre et l'informer de l'accessibilité des tests et des procédures de suivi recommandées.

S'ils sont traités, les membres devront remplir tous les formulaires obligatoires liés au traitement d'une blessure ou d'une maladie professionnelle.

LES MALADIES INFECTIEUSES ET LES SERVICES D'INCENDIE ET D'INTERVENTION D'URGENCE

Je suis le docteur Deborah M. Ratliff. Je suis résidente en médecine du travail à l'école d'hygiène et de santé publique John Hopkins. Avant d'entreprendre mes études à John Hopkins, j'étais interniste. Je suis sensibilisée aux questions de confidentialité pour les patients ainsi qu'à l'importance de la surveillance des maladies infectieuses dans le cadre de la santé publique. J'ai été priée par l'Association internationale des pompiers de livrer des commentaires au comité étudiant le projet de loi C-333, Loi modifiant la Loi canadienne sur la santé.

Je pense comme le Dr Walters que les précautions universelles constituent le principal moyen de prévenir la propagation des maladies infectieuses. Toutefois, les dispensateurs de soins de santé continuent d'être exposés à du sang par voie percutanée malgré la prise de telles mesures. Le risque d'exposition est encore plus élevé chez le personnel d'intervention d'urgence qui travaille dans un milieu moins contrôlé que celui des soins de santé, par exemple dans un immeuble sur le point de s'effondrer ou auprès de victimes qu'il faut extraire d'automobiles. Bien entendu, il est recommandé que tous les travailleurs de la santé et d'intervention d'urgence se fassent immuniser contre l'hépatite B. Malheureusement, bon nombre d'employeurs dans le domaine de l'intervention d'urgence n'offrent toujours pas les vaccins nécessaires. De plus, un très faible pourcentage des personnes vaccinées ne sont pas protégées malgré tout et devront, si elles sont exposées à l'hépatite B, subir un traitement prophylactique aux immunoglobulines antihépatiques B (HBIG).

La Loi Ryan White (*Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency Act*) comprend des dispositions visant le personnel d'intervention d'urgence ainsi qu'une liste des maladies infectieuses auxquelles ce personnel pourrait être exposé. Les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) ont établi la liste d'après les critères suivants :

1. La maladie peut être fatale si elle est contractée par un hôte susceptible sain.
2. La maladie est transmissible d'une personne à une autre.

La liste comprend les hépatites B et C, *Mycobacterium tuberculosis* (la tuberculose), le virus d'immunodéficience humaine (VIH), la diphtérie, les fièvres hémorragiques virales, les méningococcies, la rage et *Yersinia pestis* (la peste).

Les CDC ont publié des lignes directrices sur l'exposition professionnelle au VIH, qui prévoient notamment l'utilisation de la zidovudine (AZT) (MMWR 1990;39:RR-1). On estime qu'il y a contamination dans environ 0,4 % des cas d'exposition parentérale importante (aiguille ou objet tranchant contaminés), soit une personne sur 250. Le risque est moins élevé dans les cas d'exposition par voie mucocutanée. Toutefois, il n'est pas nul et l'infection à VIH mène à la mort. L'AZT a été proposé comme mesure de prévention secondaire parce qu'il inhibe la réplication virale et est peut-être utile après la transmission du virus. Étant donné le faible taux de séroconversion, on n'a pas

pu vérifier l'efficacité de l'AZT à titre prophylactique chez les êtres humains car l'échantillon est trop petit pour estimer de façon sûre la réduction du risque, le cas échéant. Une étude sur l'administration de l'AZT à titre prophylactique après exposition au virus chez des travailleurs de la santé a dû être abandonnée par Burroughs-Wellcome parce que l'on acceptait mal d'établir aléatoirement des groupes expérimentaux qui recevraient l'AZT et des groupes témoins qui absorberaient un placebo. En outre, les séquelles à long terme de l'administration d'AZT, particulièrement en ce qui a trait à la cancérogénicité, sont inconnues.

À l'heure actuelle, les CDC recommandent qu'une personne exposée au VIH soit testée immédiatement (niveau de référence), après six semaines, après douze semaines et après six mois. Des établissements comme l'hôpital John Hopkins, les *National Institutes of Health* et l'hôpital général de San Francisco ont établi des protocoles pour faire subir des tests au patient et au travailleur de la santé exposé, sur une base volontaire. Il convient très certainement de protéger en tout temps l'identité de la personne source ainsi que du travailleur. L'AZT est administré après exposition au virus à ceux qui le veulent après une consultation attentive avec un dispensateur de soins de santé désigné au sein de chaque établissement. Les sujets sont informés des recommandations du Service de santé publique visant à prévenir la transmission du VIH durant la période de latence, soit la période où le virus peut être présent chez le sujet sans que la séropositivité ne soit encore manifeste. Il est recommandé notamment de retarder les projets de grossesse, de cesser d'allaiter, de ne pas donner de sang ou d'organe, d'éviter les rapports sexuels ou d'utiliser un condom en latex (MMWR 1990;39:RR-1).

Sous l'angle pratique, le fait d'être informé que la personne source n'était pas porteuse du VIH, de la tuberculose ou de l'hépatite B ou C après une exposition réelle peut être réconfortant et éliminer la nécessité de contrôles et de traitements préventifs. Une étude sur cette question a été menée par mes collègues canadiens (Allen et coll., 1991) sur la valeur des analyses de recherche du VIH dans le sang du patient, appelé le sang du «donneur». Une analyse décisionnelle des trois scénarios ci-après a été faite :

- A. Administrer de l'AZT à titre préventif à tous les travailleurs de la santé exposés pendant 42 jours;
- B. Ne rien administrer aux sujets exposés;
- C. Examiner la personne source et administrer de l'AZT au travailleur de la santé exposé seulement si la source est séropositive.

(Le test de dépistage Western Blot a une sensibilité de 99,4 % et une spécificité de 97 %, ce qui indique respectivement quelques faux négatifs et quelques faux positifs.) L'analyse explique les complications iatrogènes consécutives à l'administration d'AZT. Ce genre d'analyse a montré que la valeur du test était indépendante de l'efficacité de l'AZT à titre préventif; autrement dit, le test est utile ou valable, non pas parce qu'il dépiste 5 % des sujets qui bénéficieraient de l'AZT, mais parce qu'il rassure, lorsqu'il est négatif, quelque 95 % des travailleurs de la santé.

Une deuxième étude faite au Canada par Allen et coll. en 1992 a démontré qu'il était plus rentable d'analyser le sang du «donneur» que de soumettre le travailleur de la santé exposé à de multiples tests et séances de counseling. Une analyse décisionnelle a été faite utilisant trois scénarios et une probabilité basée sur la séroprévalence du VIH dans la population et un risque de séroconversion de 0,3 % après l'exposition au VIH. Voici les scénarios possibles.

- A. Administrer de l'AZT à tous les travailleurs de la santé exposés jusqu'à ce que les résultats de l'analyse du sang du «donneur» soient connus. Si les résultats sont négatifs, interrompre l'AZT et les tests de contrôle. Si les résultats sont positifs, administrer l'AZT pendant 4 semaines et poursuivre les tests de recherche du VIH à 6 semaines, 3 mois, 6 mois, 1 an et 2 ans.
- B. Analyser le sang du «donneur» et poursuivre les analyses de contrôle seulement si le travailleur de la santé a été exposé à du sang contaminé. Ne pas administrer d'AZT même si le sang était contaminé.
- C. Ne pas analyser le sang du «donneur» et soumettre les travailleurs de la santé exposés à un dépistage du VIH à 6 semaines, 3 mois, 6 mois, 1 an et 2 ans. Ne pas administrer d'AZT.

Le coût (en dollars canadiens) pour réaliser les stratégies A, B et C chez 100 travailleurs de la santé serait respectivement de 47 910 \$, 38 849 \$ et 110 834 \$. La stratégie la plus rentable serait donc d'examiner la personne source (le patient) et de soumettre les travailleurs de la santé exposés à des tests de dépistage du VIH seulement lorsqu'il s'avère que la source était séropositive. (Il n'y a pas eu d'administration d'AZT dans cette stratégie même s'il s'est avéré que la source était séropositive.)

Le dépistage du VIH doit être fait avec le libre consentement du sujet et il doit être confidentiel. La présence d'un travailleur de la santé désigné dans l'établissement de soins aiderait à protéger l'identité de la source et des personnes exposées. Cela éviterait aussi aux médecins traitants le lourd fardeau de retracer les contacts. En conclusion, l'existence d'un système de déclaration des maladies transmissibles pour les secouristes d'urgence ne signifie pas qu'il faille pour autant négliger les précautions universelles pour prévenir la transmission des maladies. Un système comme celui-là aurait cependant pour effet d'atténuer les angoisses inutiles, d'éliminer la nécessité de contrôles additionnels coûteux et de réduire les décisions qui empiètent sur la vie privée mais qui doivent être prises pour prévenir la transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses.

Sources

Allen UD, Gueriére M, Read SE, and Detsky AS. Percutaneous injuries among health care workers: the real value of human immunodeficiency virus testing of 'donor' blood. *Arch Inter Med* 1991;151:2033-2040.

Allen UD, Read S, and Gafni A. Zidovudine for chemoprophylaxis after occupational exposure to HIV-infected blood: an economic evaluation. *Clin Inf Dis* 1992;14:822-30.

Callahan ML. Prophylaxis with zidovudine (AZT) after exposure to human immunodeficiency virus: a brief discussion of the issues for emergency physicians. University of California, San Francisco. *Ann Emerg Med* 1991; Dec.;20(12): 1351

Santé et Bien-être social Canada. «Risques de transmission des pathogènes à diffusion hématogène dans les établissements de soins de santé», 25 décembre 1992; vol. 18-24:177-194.

Centers for Disease Control. Public health service statement on management of occupational exposure to human immunodeficiency virus, including considerations regarding zidovudine postexposure use. *MMWR*. 1990;39:RR-1.

Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency Act. PHS Act, 42 U.S.C. 300ff-81 to 300ff-90.

Walters D., directeur, ministère des soins et de la promotion de la santé. Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la santé, du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine. Témoignage sur le projet de loi C-333, Loi modifiant la Loi canadienne sur la santé. Fascicule n° 15, 16 février 1993.

Journal of the American Medical Association

Allen UD, Gardner M, Reed SE, and Ditzky AS. Pertussis virus infection among health care workers: the role of human immunodeficiency virus testing of donor blood. *Arch Intern Med* 1991;151:2033-2040.

Allen UD, Reed S, and Gelin A. Zidovudine for chemoprophylaxis after occupational exposure to HIV-infected blood: an economic evaluation. *Clin Infect Dis* 1992;14:822-30.

Callahan MJ. Prophylaxis with zidovudine (AZT) after exposure to human immunodeficiency virus: a brief discussion of the issues for emergency physicians. *University of California, San Francisco, A. A. Emergency Med* 1991; Dec;20(12):1351.

Sanit et Bien-être social Canada. *Rapport de transmission des pathogènes à diffusion hémotogène dans les établissements de soins de santé*, 25 décembre 1992; vol. 18-24177-104.

Center for Disease Control. Public health service statement on management of occupational exposure to human immunodeficiency virus, including considerations regarding zidovudine postexposure use. *MMWR* 1990;39:RR-1.

Ryan White Comprehensive AIDS Emergency Act. PHS Act 42 U.S.C. 5908-51 to 5908-63.

Walters D., directeur, ministère des soins et de la protection de la santé. *Processus-virus et rétrovirus du Comité permanent de la santé et bien-être social des provinces et territoires et de la condition féminine. Témoignage au projet de loi C-223. La maladie à l'origine de la pandémie en santé.* Fascicule n° 13, 16 février 1992.

Demande de réponse du gouvernement

LE MARDI 30 AVRIL 1993

Le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

[7] Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages pertinents (*fascicules nos 14, 15, 16, 17 et 18, qui comprend le présent rapport*) est déposé.

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos à 15 h 40, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Respectueusement soumis,

La présidence,

Membres du Comité présents: Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Rey Pagiakhan, Barbara Sparrow et Stan Wilton.

Membre suppléant présent: Joy Langat remplacé Jim Karpoff.

BARBARA GREENE.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Malton et Margaret Young, attachées de recherche.

Conformément à son ordre de travail, le Comité examine l'objet du projet de loi C-333, Loi modifiant la Loi canadienne sur la santé (voir les Procès-verbaux et témoignages du mardi 9 février 1993, fascicule n° 14).

Le Comité commence à étudier un projet de rapport.

À 16 h 45, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

LE MARDI 1^{er} JUIN 1993

(29)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos à 15 h 40, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Comité présents: Elna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Rey Pagiakhan, Barbara Sparrow et Stan Wilton.

Membre suppléant présent: Joy Langat remplacé Jim Karpoff.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Malton, William Bartlett et Margaret Young, attachées de recherche.

Conformément à son ordre de travail, le Comité examine l'objet du projet de loi C-333, Loi modifiant la Loi canadienne sur la santé (voir les Procès-verbaux et témoignages du mardi 9 février 1993, fascicule n° 14).

Le Comité étudie un projet de rapport.

PROCÈS-VERBAUX

LE MARDI 20 AVRIL 1993

(24)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos à 16 heures, dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Comité présents: Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Rey Pagtakhan, Barbara Sparrow et Stan Wilbee.

Membre suppléant présent: Joy Langan remplace Jim Karpoff.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Margaret Young, attachées de recherche.

Conformément à son ordre de renvoi, le Comité examine l'objet du projet de loi C-333, Loi modifiant la Loi canadienne sur la santé (*voir les Procès-verbaux et témoignages du mardi 9 février 1993, fascicule n° 14*).

Le Comité commence à étudier un projet de rapport.

À 16 h 45, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

LE MARDI 1^{er} JUIN 1993

(29)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos à 15 h 40, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Comité présents: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Rey Pagtakhan, Barbara Sparrow et Stan Wilbee.

Membre suppléant présent: Joy Langan remplace Jim Karpoff.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore, William Bartlett et Margaret Young, attachés de recherche.

Conformément à son ordre de renvoi, le Comité examine l'objet du projet de loi C-333, Loi modifiant la Loi canadienne sur la santé (*voir les Procès-verbaux et témoignages du mardi 9 février 1993, fascicule n° 14*).

Le Comité étudie un projet de rapport.

Il est convenu,—Que le document rédigé par Deborah M. Ratliff pour l'Association internationale des pompiers, soit ajouté en annexe au rapport.

À 16 h 45, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

LE MARDI 15 JUIN 1993

(30)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos à 15 h 40, dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Comité présents: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas et David Walker.

Membres suppléants présents: Ray Skelly remplace Jim Karpoff; Louise Feltham remplace Barbara Sparrow.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore, William Bartlett et Margaret Young, attachés de recherche.

Conformément à son ordre de renvoi, le Comité examine l'objet du projet de loi C-333, Loi modifiant la Loi canadienne sur la santé (*voir les Procès-verbaux et témoignages du mardi 9 février 1993, fascicule n° 14*).

Le Comité étudie un projet de rapport.

Il est convenu,—Que le projet de rapport, modifié, soit adopté.

Il est convenu,—Que le titre du rapport soit *Divulgence de renseignements au personnel des services d'intervention d'urgence*.

Il est convenu,—Que la présidente soit autorisée à apporter au projet de rapport, modifié, les changements jugés nécessaires à la rédaction et à la typographie, sans en altérer le fond, et qu'elle le présente ensuite à la Chambre (neuvième rapport du Comité).

Il est convenu,—Qu'en application de l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale à son rapport.

Il est convenu,—Que le Comité fasse imprimer 2 000 exemplaires du rapport, format tête-bêche bilingue, avec couverture spéciale.

À 15 h 50, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

La greffière du Comité

Christine Fisher

