

Dépistage obligatoire du VIH chez les médecins d'urgence en Ontario: pour protéger la population ou l'inquiéter?

Marco L.A. Sivilotti, MD, MSc

Si vous pratiquez la médecine d'urgence en Ontario, vous n'êtes probablement pas encore au courant du fait que vous devez maintenant vous soumettre à un test annuel de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C. Sans tambour ni trompette et avec l'argument de « la meilleure preuve » à l'appui, le changement d'orientation de la politique a fait en sorte que l'Ontario est devenu l'une des rares autorités dans le monde libre à instaurer le dépistage obligatoire du VIH de facto en fonction de la profession. Ce dépistage est malavisé, préjudiciable et viole, selon toute vraisemblance, nos droits en vertu de la Charte: tous les médecins devraient prendre connaissance de ce précédent majeur, justifié par la devise du Collège qui promet la « protection du public ».

Jusqu'à tout récemment, la politique du Collège demandait aux médecins de déclarer volontairement toute « opération à risque d'exposition » et, le cas échéant, de se soumettre à un test de dépistage de l'hépatite B, de l'hépatite C, ou du VIH.¹ Les opérations à risque d'exposition ont été définies dans le cadre d'une conférence de concertation de Santé Canada comme « la palpation, avec le doigt, de la pointe d'une aiguille dans une cavité du corps...dans une zone du corps cachée ou très exigüe (par exemple, durant les chirurgies abdominales, cardiothoraciques, vaginales, ou orthopédiques lourdes), la réparation d'importants traumatismes, une section importante ou l'ablation de tout tissu buccal ou péribuccal, y compris des structures dentaires... ».² Cette définition empirique a été élaborée afin de résoudre le problème, en matière de santé au travail, des restrictions professionnelles concernant les médecins infectés par des pathogènes à diffusion hémotogène. D'une part, la plupart des chirurgiens qui procèdent souvent à des interventions dans la bouche, la poitrine, l'abdomen, et le pelvis ont reconnu volontiers le risque de cet élément

inhérent à leur pratique et accepté le dépistage ponctuel. D'autre part, la plupart des médecins d'urgence ont répondu « non » à la question suivante: « Dans votre pratique, procédez-vous à des opérations à risque d'exposition...? », probablement parce que « rarement, voire jamais », « seulement si aucun médecin plus expérimenté n'est disponible » et « seulement si le patient est mourant » n'étaient pas parmi les choix de réponse.

En mai 2012, la politique a été revue et mise à jour.³ En plus de passer à un test de dépistage annuel parce que les médecins débordés disposaient de peu de temps pour subir les tests,⁴ la politique comprend dorénavant une annexe énumérant des interventions précises considérées comme à risque d'exposition. Cette liste plutôt arbitraire d'interventions a été extraite textuellement d'un tableau publié dans une ligne directrice consensuelle, mise à jour et élaborée par la Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) afin de résoudre le problème des travailleurs de la santé déjà infectés par l'hépatite B, l'hépatite C, ou le VIH.⁵ Point important à souligner aux médecins d'urgence, les interventions urgentes pratiquées dans les services d'urgence, notamment les efforts de réanimation ouverte, les sutures profondes pour stopper une hémorragie, et le massage cardiaque interne, de même que les interactions avec des patients violents ou en crise épileptique, figurent maintenant sur la liste des interventions dites à risque d'exposition. D'après le Collège, bon nombre d'urgentologues auront la chance de ne jamais avoir à effectuer une thoracotomie de réanimation, mais de là à affirmer qu'ils n'auront jamais à le faire, en aucune circonstance, c'est une autre affaire. Même si l'on n'envisage pas d'avoir à pratiquer une césarienne *peri-mortem*, il serait difficile de trouver un médecin qui n'a jamais eu à traiter avec des patients

Tiré de Departments of Emergency Medicine and Biomedical and Molecular Sciences, Queen's University, Kingston, ON.

Correspondance à: Dr. Marco Sivilotti, Department of Emergency Medicine, Queen's University, 76 Stuart Street, Kingston, ON K7L 2V7; marco.sivilotti@queensu.ca.

Cet article a été évalué par dex pairs.

© Association canadienne des médecins d'urgence

CJEM 2013;15(3):130-132

DOI 10.2310/8000.2013.131123F

violents. Pourtant, bien camouflée dans une annexe, la modification est passée inaperçue.

À la lecture attentive de la foire aux questions⁶ sur la politique et de la ligne directrice⁵ de la SHEA, on constate que la note de bas de page selon laquelle la phlébotomie, lorsqu'elle est pratiquée à l'urgence, est aussi considérée comme une intervention à risque d'exposition par le Collège a une portée encore plus générale. Maintenant, tout médecin appelé à faire un prélèvement fémoral ou à installer une perfusion dans une veine superficielle chez un patient doit se soumettre à un test de dépistage annuel—non pas parce qu'il a procédé à une telle intervention, mais simplement parce qu'il pourrait avoir à le faire. En vertu de la politique, le simple fait d'assister à ces gestes oblige maintenant à se soumettre à un test annuel. Pour les médecins qui pratiquent la médecine d'urgence, l'officialisation des suggestions de la SHEA dans une politique se traduit, dans les faits, par un test de dépistage obligatoire pour tous.

Mais quelle est cette « meilleure preuve » qui se cache derrière ce désir d'assurance absolue que les patients de l'Ontario ne pourront en aucun cas contracter le VIH d'un urgentologue qui tente de leur sauver la vie? Une preuve dont la qualité est de niveau 3 (opinion d'autorités respectées).⁵ Le document résume parfaitement la documentation médicale mondiale, relative à la transmission probable du VIH de médecin à patient: deux cas.^{7,8} Dans aucun de ces cas, il n'est question de médecins d'urgence ou de circonstances un tant soit peu comparables à notre pratique. Dans la presque majorité des « recherches » portant sur la pratique de chirurgiens séropositifs à l'égard du VIH, aucun nouveau cas n'a été relevé sur environ 30,000 expositions possibles.^{9,10} Bien qu'un anesthésiologiste toxicomane puisse partager des opioïdes et, dans de rares cas, l'hépatite C avec ses patients, la preuve semble indiquer que le risque de transmission nosocomiale du VIH est presque nul. Assurément, aucune science ne se cache derrière cette longue liste d'opérations à risque d'exposition, liste qui n'a d'ailleurs jamais été conçue pour servir de fondement à un vaste programme de dépistage.

Mais nous savons déjà que le VIH ne se transmet pas par magie dans le cadre d'une relation médecin-patient habituelle. Nous le savons puisque nous sommes en contact avec des liquides organiques (dont la sueur) toute la journée. Nous sommes également en première ligne, parlant chaque jour avec des patients et des collègues de risques d'infection. Nous interprétons la science actuelle pour discuter de prophylaxie de la rage

lorsqu'une personne trouve une chauve-souris dans sa maison, du tétanos lorsque l'on marche sur un clou et des risques d'infection transmissible sexuellement chez les gens qui mélangent alcool et sexe. Des patients exposés à des pathogènes à diffusion hématogène dans le cadre de leur travail viennent nous consulter, jour et nuit, craignant le pire. Souvent, nous pouvons leur dire en toute confiance qu'il est pratiquement impossible de contracter le VIH dans les circonstances qu'ils décrivent puisque le virus ne se transmet tout simplement pas de cette façon. Même lorsque l'exposition est plus pré-occupante, l'expérience globale confirme que le risque de transmission de fournisseur à patient est plusieurs fois inférieur à celui de transmission de patient à fournisseur.¹¹ Lorsque les mesures de prévention après le fait sont inutiles ou que les risques sont supérieurs aux avantages, nous le disons au patient; et, s'il n'y a pas lieu de procéder à des tests, nous sommes en mesure d'expliquer pourquoi. Selon des estimations, le nombre de médecins d'urgence en Ontario qu'il faudrait soumettre à des tests pour prévenir un cas de VIH nosocomial dépasse 1 milliard (IC à 95% 300 millions à l'infini), aussi bien dire une valeur infinitésimale. La poursuite du risque zéro est toujours ruineuse, comme le démontre la sécurité dans les aéroports.

Est-il vraiment préjudiciable de procéder à quelques tests supplémentaires dans l'éventualité de détecter un ou deux cas occultes d'hépatite C? C'est ici que l'argument devient plus complexe mais, à la base, il porte sur l'entente que nous avons avec nos patients et le rôle de la profession de combattre les stéréotypes médiévaux qui entourent la contagion. Nous, médecins d'urgence, reconnaissons le grand privilège qui est le nôtre: lorsque les gens sont très malades, blessés ou inquiets, c'est à nous qu'ils s'adressent. En échange de leur confiance, nous acceptons de venir travailler tous les jours, même si l'Organisation mondiale de la santé annonce l'arrivée d'un nouveau coronavirus de type syndrome respiratoire aigu grave (SRAG) ou que la prochaine pandémie mondiale est à nos portes. Nous mettons gants et masques pour affronter cette armée d'entérocoques résistants à la vancomycine, de *Staphylococcus aureus* résistants à la méthicilline et de *Clostridium difficile*, et nous essayons, malgré tout, de rétablir un peu d'humanité et de dignité dans l'arène. À l'occasion, il nous arrive même d'abrégé les mesures de précaution universelles (maintenant appelées « pratiques de routine » dans le jargon de la prévention des infections) pour la victime ivre et violente, poignardée à plusieurs reprises qui est

sur le point de mourir au bout de son sang. Nous le faisons en partie parce que notre esprit rationnel nous aide à remettre les choses en perspective. Surtout, nous ne demandons pas, pas plus que nous n'exigeons, un test de dépistage obligatoire du VIH chez nos patients en l'absence d'exposition parce que nous avons compris, il y a bien longtemps, qu'une politique de cet ordre alimenterait davantage la peur et l'ignorance qui entourent les maladies infectieuses comme le VIH. Le fait de lancer le message que nous représentons un danger pour nos patients si nous ne nous soumettons pas à un test de dépistage ne rassure en rien la population. Ce message fausse les risques inhérents aux rencontres avec des fournisseurs de soins de santé et entretient un climat de peur, et finit par devenir dommageable. Menacer de mesures disciplinaires pour inconduite professionnelle⁶ les médecins qui ne se conforment pas à la règle apaise peut-être les prophètes de malheur, mais cause aussi du tort à tous. Les lignes directrices de la SHEA font même une recommandation contre le dépistage obligatoire (recommandation 12; niveau A-III),⁵ un détail qui a échappé à l'attention des protagonistes bien intentionnés dans leur hâte de protéger les patients des « risques inacceptables ».⁶

Il est permis de restreindre les libertés individuelles en cas d'urgence touchant la santé publique. Mais il s'agit de circonstances extraordinaires et elles doivent être justifiables et aussi temporaires que possible. Où est donc l'urgence en matière de santé publique dans le cas qui nous intéresse? Environ 2,500 personnes ont été infectées par le VIH, au Canada, l'année dernière—et aucune d'entre elles ne l'a été par un « retour sanguin » de son médecin traitant. La démarche extraordinaire du

dépistage obligatoire n'aura aucune incidence sur l'effort global de freiner la propagation de la maladie.

Le Collège devrait continuer de faire valoir le principe *Medice, cura te ipsum* (« Médecin, guéris-toi toi-même »); après tout, les médecins ont l'obligation morale de conserver leur santé physique et mentale pour le bien de leurs patients. Si certains médecins veulent vraiment savoir s'ils sont porteurs du VIH, ils sont libres de se soumettre au dépistage. Mais le dépistage obligatoire des médecins à faible risque est alarmiste et mine l'autorité du Collège et le fondement scientifique de la profession.

Intérêts concurrentiels: Aucun déclaré.

RÉFÉRENCES

1. College of Physicians and Surgeons of Ontario. *CPSO Policy Statement #6-05: Physicians with blood borne pathogens*. Available at: [http://www.cpso.on.ca/uploadedfiles/policies/policies/policyitems/bloodborne2005\(1\).pdf](http://www.cpso.on.ca/uploadedfiles/policies/policies/policyitems/bloodborne2005(1).pdf) (accessed November 1, 2012).
2. Health Canada. Proceedings of the Consensus Conference on Infected Health Care Worker Risk for transmission of blood-borne pathogens. *Can Commun Dis Rep* 1998;24Suppl 4:1-25.
3. College of Physicians and Surgeons of Ontario. *CPSO Policy Statement #3-12: Blood borne pathogens*. Available at: http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/policies/policyitems/Blood-Borne-Pathogens_Policy.pdf (accessed November 1, 2012).
4. Policy matters: blood borne pathogens. *CPSO Dialogue* 2012; 8(2):19-20.
5. Hendeson DK, Dembry L, Fishman NO, et al. SHEA guidelines for management of healthcare workers who are infected with hepatitis B virus, hepatitis C virus, and/or human immunodeficiency virus. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010;31:203-2, doi:10.1086/650298.
6. College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Physicians with blood borne pathogens FAQs. Mandatory questions for registration renewal frequently asked questions 2012*. Available at: <http://www.cpso.on.ca/members/membership/default.aspx?id=4926> (accessed November 1, 2012).
7. Lot F, Séguier J-C, Fégueux S, et al. Probable transmission of HIV from an orthopaedic surgeon to a patient in France. *Ann Intern Med* 1999;130:1-6.
8. Bosch X. Second case of doctor-to-patient HIV transmission. *Lancet Infect Dis* 2003;3:261, doi:10.1016/S1473-3099(03)00622-4.
9. Salkeld L, McGeehan S. HIV testing of health care workers in England—a flawed policy. *J Health Serv Res Pol* 2010; 15Suppl 2:62-7, doi:10.1258/jhsrp.2009.009095.
10. Robert LM, Chamberland ME, Cleveland JL, et al. Investigations of patients of health care workers infected with HIV. *Ann Intern Med* 1995;122:653-7.
11. Health Protection Agency. *Occupational transmission of HIV – summary of published reports. March 2005 edition (data to end of December 2002)*. London: Health Protection Agency; March 2005. Available at: http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/bbv/pdf/intl_HIV_tables_2005.pdf (accessed November 1, 2012).



Figure 1. ...et s'ils se sont soumis à un test de dépistage du VIH.