

**ORGANISATION DES SERVICES POUR LA PRISE EN CHARGE  
ET LE SUIVI DES PERSONNES EXPOSÉES  
ACCIDENTELLEMENT AU SANG ET AUX AUTRES LIQUIDES  
BIOLOGIQUES**

**VOLET 1**



**Agence de la santé  
et des services  
sociaux de Chaudière-  
Appalaches**

**Québec** 

## **VOLET 1 : ANALYSE DE LA SITUATION DES SERVICES ACTUELS**

**DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION  
DE CHAUDIÈRE-APPALACHES**

**OCTOBRE 2006**

Le document « Organisation des services pour la prise en charge et le suivi des personnes exposées accidentellement au sang et aux autres liquides biologiques » a été préparé par un groupe de travail de la direction de santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches (DSPE) et du CSSS de Beauce, mandaté par le directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches.

## **COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL :**

- Fabienne Blais, agente de planification, de programmation et de recherche en santé au travail, DSPE
- Brigitte Fournier, médecin-conseil en maladies infectieuses, DSPE
- Sylvie Lemieux, médecin-conseil en santé au travail, CSSS de Beauce
- Diane Morin, coordonnatrice en maladies infectieuses, DSPE, responsable du groupe de travail
- Louise Poulin, agente de planification, de programmation et de recherche en maladie infectieuses, DSPE
- Georges Letarte, consultant, Gestion Georges Letarte

Les établissements sont désignés selon le nom qu'ils portaient en 2004.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN 2-89548-380-9 ( version imprimée )

ISBN 2-89548-381-7 ( version PDF )

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>) : 12-2006-021

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2006

## AVANT-PROPOS

La présente analyse s'inscrit dans le cadre des travaux prévus au Plan d'action régional en santé publique (PAR) de la région Chaudière-Appalaches 2004-2007. Elle fait suite à l'activité inscrite au *Programme national de santé publique* (PNSP) dans le domaine des maladies infectieuses portant sur les expositions accidentelles au sang et autres liquides biologiques, «Post-exposition au VIH».

Des recommandations ont été émises pour le Québec afin d'assurer l'accessibilité à des services appropriés, conformes aux standards de pratique actuels et à l'avis des experts dans ce domaine : « Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) aux personnes exposées à des liquides biologiques dans le contexte du travail » (MSSS, 2006).

Les expositions au sang et aux autres liquides biologiques comportent un risque important de transmission de l'hépatite B, de l'hépatite C et de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Une prise en charge adéquate des personnes exposées, dans un contexte professionnel ou hors professionnel est essentielle afin de prévenir la survenue de telles infections.

Cependant, différents éléments peuvent amener des barrières à l'accessibilité et à la continuité des services offerts aux personnes exposées :

- Complexité de l'intervention,
- Protocole complexe,
- Enquête épidémiologique devant être réalisée auprès de la personne source, dans certains cas,
- Nécessité d'avoir accès à des tests sanguins, des vaccins, des immunoglobulines et la thérapie antirétrovirale,
- Nécessité de débiter un traitement postexposition et de réaliser un counselling de façon urgente,
- Absence d'équipes expérimentées dans la région en raison de la faible occurrence de ce type d'intervention, ce qui rend difficile l'acquisition des compétences,
- Contexte de l'urgence en centre hospitalier qui se prête mal à ce genre d'intervention, particulièrement pour le counselling prétest,
- Contexte de l'urgence en CH qui se prête encore plus mal au suivi de la personne exposée dans les jours qui suivent,
- Manque d'organisation définie et entendue de ces services dans la région en ce qui a trait à l'évaluation médicale, au counselling prétest, au suivi et au counselling post-test auprès de la personne exposée, et même qu'à l'enquête à effectuer auprès de la personne source.

Dans un premier temps, nous avons voulu mieux connaître l'ampleur de la problématique dans la région. Ce document décrit les constatations et les premières réflexions auxquels nous sommes parvenus au terme de notre travail. Des recommandations tant qu'à l'organisation optimale de ces services seront formulées ultérieurement dans un autre document.

## **REMERCIEMENTS**

Les résultats de cette démarche peuvent être présentés grâce à la collaboration de tous les partenaires de la région que nous avons contactés. Nous désirons donc remercier tous ceux et celles qui ont pris le temps de compléter des questionnaires ou qui ont accepté de participer à des entrevues et de répondre à nos questions. Nous espérons que les résultats de cette démarche sauront répondre à leurs attentes et qu'ils permettront de planifier une meilleure adéquation des besoins et des services en ce qui concerne la prise en charge et le suivi des personnes exposées au sang et aux autres liquides biologiques visés.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>iii</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>v</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>viii</b>
<b>LISTE DES SIGLES</b> .....	<b>ix</b>
<b>LEXIQUE</b> .....	<b>x</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>ANALYSE DE LA SITUATION DES SERVICES ACTUELS</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Participation à la cueillette de données</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Observations selon les types de services</b> .....	<b>5</b>
2.1 Les centres hospitaliers .....	5
2.2 Les CLSC et CHSLD .....	9
2.3 Les services de police et d'incendie .....	13
2.4 Les premiers répondants .....	15
<b>3 Prévalence des expositions accidentelles</b> .....	<b>17</b>
<b>4 Observations générales et pistes de réflexion</b> .....	<b>19</b>
4.1 La disponibilité de l'information sur les expositions accidentelles .....	19
4.2 La connaissance des risques et l'identification des clientèles à risque .....	19
4.3 La disponibilité des protocoles et de guides d'intervention et la capacité locale des organisations à se doter de politiques et d'un cadre d'intervention .....	20
4.4 Les délais entre les expositions accidentelles et la première consultation .....	21
4.5 Les délais de traitement et de transmission des résultats des tests de laboratoire .....	21
4.6 L'urgence des centres hospitaliers comme lieu d'intervention .....	22
4.7 Le suivi des personnes vues à l'urgence .....	22
<b>5. Un nouveau contexte organisationnel</b> .....	<b>25</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>27</b>
<b>ANNEXE 1</b> Une préoccupation particulière exposée lors des entrevues .....	<b>29</b>

## LISTE DES TABLEAUX

<b>TABLEAU I</b>	Participants à la cueillette de données .....	4
<b>TABLEAU II</b>	Exposition accidentelles connues dans les centres hospitaliers au cours d'une période d'un an .....	6
<b>TABLEAU III</b>	Délai de traitement et de transmission des résultats des tests pour les employés exposés accidentellement dans les centres hospitaliers ....	8
<b>TABLEAU IV</b>	Nombre et répartition des expositions accidentelles connues dans les CLSC et CHSLD au cours d'une période d'un an .....	12
<b>TABLEAU V</b>	Délai de traitement et de transmission des résultats des tests pour les employés exposés accidentellement dans les CLSC et CHSLD	13
<b>TABLEAU VI</b>	Total des expositions accidentelles au cours d'une période de 12 mois .....	17

## LISTE DES SIGLES

<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHSLD</b>	Centre hospitalier de soins de longue durée
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>CSST</b>	Commission de la santé et sécurité au travail
<b>DSPE</b>	Direction de santé publique et de l'évaluation
<b>HBIG</b>	Immunoglobulines hyperimmune contre le virus de l'hépatite B
<b>HBsAg</b>	Antigène de surface du virus de l'hépatite B
<b>MI</b>	Maladies infectieuses
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>PPE</b>	Prophylaxie postexposition
<b>PIQ</b>	Protocole d'immunisation du Québec
<b>SAT</b>	Santé au travail
<b>SQ</b>	Sûreté du Québec
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>VHB</b>	Virus de l'hépatite B
<b>VHC</b>	Virus de l'hépatite C

## LEXIQUE

### **Exposition significative**

Qui comporte un risque de transmission d'une infection. Le risque dépendra du type d'exposition et du liquide biologique en cause. On considère les types d'expositions suivants :

- **Exposition percutanée :**
  - Piqûre- coupure-égratignure
- **Exposition sur une muqueuse :**
  - Éclaboussure- contact direct
- **Exposition sur peau non intacte** (plaie cutanée, eczéma, etc.)
  - Éclaboussure- contact direct
- **Morsure avec bris de peau**

### **Personne exposée**

Personne ayant été exposée accidentellement à du sang ou à un autre liquide biologique pouvant être contaminé par le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C ou le virus d'immunodéficience humaine.

### **Personne source**

Personne potentiellement infectée de qui provient le sang ou le liquide biologique concerné.

## INTRODUCTION

Ce document porte sur l'organisation des services pour la prise en charge et le suivi des personnes exposées accidentellement au sang et à d'autres liquides biologiques susceptibles de transmettre des infections à diffusion hémotogène. Il s'adresse aux gestionnaires des CSSS impliqués au niveau de tels services, qu'ils soient destinés aux travailleurs (dans les établissements de santé ou provenant d'autres domaines de la santé) ou aux personnes exposées dans un contexte autre que celui du travail.

La démarche ayant donné lieu au présent document a été débuté en 2004. Les objectifs de ces travaux sont :

- de documenter la situation des interventions cliniques de protection au regard des travailleurs et autres personnes exposés accidentellement au sang et aux autres liquides biologiques,
- d'identifier les contraintes et problèmes spécifiques à ces situations dans notre région,
- de formuler des pistes de solutions relativement à l'organisation des services dans ce domaine et émettre des recommandations sur les mesures nécessaires pour en supporter l'application.

Un groupe de travail réunissant des professionnels de la direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) et du CSSS de Beauce a été mis sur pied. Il est composé d'un médecin en santé au travail, de représentants de l'équipe régionale en maladies infectieuses et de l'équipe régionale en santé au travail de la DSPE. Un consultant provenant d'une firme externe s'est joint à l'équipe.

Dans un premier temps, le comité a convenu de procéder à une collecte d'information auprès d'informateurs clés. Trente-huit entrevues ont été réalisées au cours des mois de juillet et août 2004 par une rencontre de personne à personne ou par un questionnaire envoyé par la poste. Ces informateurs étaient :

- des gestionnaires et intervenants dans les CSSS (CH, CLSC, CHSLD) ou au CH affilié universitaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis,
- des directeurs de services de police et d'incendies des quatre grandes municipalités disposant de services autonomes ainsi que de la Sûreté du Québec,
- et des responsables des services de premiers répondants dans neuf municipalités ayant répondu au questionnaire parmi celles disposant d'un tel service.

Cette cueillette d'information visait d'une part à décrire les services disponibles dans la région, pour les travailleurs (des établissements de santé et d'autres domaines de la santé) de même que les personnes exposées dans d'autres contextes que celui du travail. Elle visait aussi à mieux cerner les contraintes et problèmes vécus régionalement, au niveau de :

- l'accessibilité aux analyses de laboratoire,
- la recherche et de l'évaluation de la personne source,
- l'accessibilité au counselling de base (prétest),
- l'accessibilité aux antirétroviraux, au vaccin contre l'hépatite B et aux immunoglobulines dans les délais prescrits par les protocoles,
- le suivi de la personne exposée dans les jours suivant la première évaluation.

On retrouve dans le présent document le résultat de notre analyse des services actuels, de même que quelques pistes de réflexion permettant de remédier aux difficultés rencontrées.

## **ANALYSE DE LA SITUATION DES SERVICES ACTUELS**

### **1. PARTICIPATION À LA CUEILLETTE DE DONNÉES**

Trente-huit entrevues ont été réalisées auprès d'informateurs clés au cours des mois de juillet et août 2004 par une rencontre de personne à personne ou par un questionnaire envoyé par la poste. Ces informateurs sont :

- des gestionnaires et intervenants dans les CSSS,
  - dans les quatre installations des centres hospitaliers,
  - dans neuf installations des anciens CLSC et CHSLD sélectionnés préalablement,
- des directeurs de services de police et d'incendies des quatre grandes municipalités disposant de services autonomes, (Lévis, Sainte-Marie, Saint-Georges-de-Beauce et Thetford-Mines), ainsi que de la Sûreté du Québec,
- neuf municipalités parmi celles disposant d'un service de premiers répondants dans la région de Chaudière-Appalaches ont répondu à un questionnaire écrit simplifié.

Le tableau suivant identifie les fonctions des participants à la cueillette d'information ainsi que l'établissement (ou installation) ou l'organisme auquel ils sont rattachés.

## TABLEAU I

### Participants à la cueillette de données

	ENTREVUES					QUESTIONNAIRES		
	Services de santé des employés	Chef de l'urgence	MD-chef de l'urgence	Chef de police	Chef de pompiers	CLSC	CHSLD	Premiers répondants/ambulanciers
Ville de Lévis				*	-			
Ville de Sainte-Marie				*	*			
Ville de Thetford-Mines				*	*			
Ville de St-Georges				**	*			
Sûreté du Québec				*				
Autres municipalités (9)								* (9)
CH HD de Lévis	*	*	-					
CH HD de Montmagny	**	*	-					
CH Beauce-Etchemin	*	*	*					
CH de l'Amiante	**	*	-					
CLSC des Etchemins						-		
CLSC Beauce-Centre						*		
CLSC l'Islet						*		
CLSC Arthur-Caux						*		
CLSC Paul-Gilbert						*		
CLSC Frontenac						*		
CHSLD Bellechasse							*	
CHSLD Nouvelle-Beauce							*	
CHSLD de Beauce							*	
CHSLD de l'Amiante							*	
TOTAL	6	4	1	6	3	5	4	9
	20					18		

\* Entrevue complétée sur place ou questionnaire complété

- Entrevue non réalisée en raison de la difficulté de planifier une rencontre ou autre raison

\*\* Infirmière en prévention ou autre personne a été rencontrée en plus

Note : Les établissements ont été désignés selon les noms qu'ils avaient en 2004.

## **2. OBSERVATIONS SELON LES TYPES DE SERVICES**

L'information provenant des entrevues et questionnaires est présentée par catégories d'établissements ou d'organisations.

### **2.1 Les centres hospitaliers des CSSS**

Quatre centres hospitaliers desservant la région ont été pris en compte dans le cadre de la cueillette d'information: le CH affilié universitaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis et dans les CSSS : le CH Beauce-Etchemins, le CH Hôtel-Dieu de Montmagny et le CH de l'Amiante. Les responsables des services de santé ainsi que les responsables des urgences ont tous été rencontrés. Un médecin urgentologue intervenant à Lévis et au CHBE a aussi été rencontré. Par ailleurs, la mission CH du Centre de santé Paul-Gilbert a été prise en compte globalement avec les missions CLSC et CHSLD.

Du côté des incidents impliquant des travailleurs en milieu de santé des quatre centres hospitaliers, 142 expositions accidentelles ont été répertoriées. La grande majorité des expositions accidentelles, soit une proportion de 95%, sont le fait de piqûres et de coupures. Seulement six situations réfèrent à des éclaboussures et une, à une morsure humaine. L'information recueillie pourrait suggérer que les expositions accidentelles aux éclaboussures ne sont pas toujours considérées à risque et, de ce fait, ne sont pas systématiquement signalées. Les situations signalées ne sont pas non plus systématiquement inscrites dans un registre. Les données disponibles ne permettent pas de savoir précisément quelle proportion de ces situations a nécessité une consultation et un suivi médical. Une situation de séroconversion à l'hépatite C a été confirmée. La plupart, sinon la quasi-totalité, des situations auraient toutefois fait l'objet de tests de laboratoire en raison de la nature des expositions. Dans les situations de coupures et de piqûres, le recours aux tests de laboratoire est systématique sans égard au niveau de risque. Les situations doivent généralement être déclarées au supérieur immédiat et font l'objet d'un rapport incident/accident en vertu des règles de la CSST.

Sur les 142 expositions accidentelles, 111 (78,9% des situations) concernent des infirmières et infirmières auxiliaires (98) et des technologistes (13). Les préposés et employés d'entretien sont toutefois relativement nombreux à avoir été exposés, soit 25 (17,6%), bien que la nature de leurs tâches devraient en principe les rendre moins à risque. Les services de buanderie seraient particulièrement à risque en raison de l'importance du travail manuel et de la présence d'aiguilles ou d'instruments oubliés dans les sacs de linge souillé.

Le tableau suivant illustre le type de personnel exposé accidentellement.

## TABLEAU II

### Expositions accidentelles connues dans les centres hospitaliers au cours d'une période d'un an

	Lévis	Montmagny	Beauce- Etchemins	L'Amiante	Total
Infirmières et inf. auxiliaires	32	6	45	15	98 (69%)
Technologistes	11	2			13 (9,2%)
Préposés	12				12 (8,4%)
Employés d'entretien	3		5	5	13 (9,2%)
Autres	4	2			6 (4,2%)
Total	62	10	50	20	142 (100%)

Les services de santé des centres hospitaliers ont mis en place une série de mesures préventives, appuyés en cela par les comités paritaires en santé et sécurité au travail. Le CH Hôtel-Dieu de Lévis a de plus mis en place un comité *piquant/tranchant* qui voit à l'organisation d'activités préventives spécifiques aux expositions accidentelles au sang et aux autres liquides biologiques. Parmi les mesures préventives mises en place. La vaccination contre l'hépatite B est offerte gratuitement aux nouveaux employés. Mentionnons aussi la diffusion de documentation, l'affichage de posters et la généralisation progressive de l'usage d'aiguilles avec papillon rétractable. Le coût élevé du matériel pose toutefois problème. Ainsi, les boîtes biomédicales disponibles dans les établissements ne sont pas compatibles avec les nouvelles aiguilles à capuchons rétractables; leur remplacement amène des coûts élevés. Dans le cas où leur usage est maintenu, le risque d'accident est élevé en raison de la manipulation requise. Certains établissements procèdent à des inspections ponctuelles de départements où des situations d'expositions sont signalées, afin de s'assurer du respect des procédures et de les rappeler au besoin.

La compilation de l'information sur les incidents/accidents varie selon les établissements et est parfois aléatoire. Les déclarations sont d'abord faites dans le cadre des règles de la CSST. Il n'existe pas de modèle unique permettant d'accéder rapidement aux mêmes renseignements. Cette information est par ailleurs cruciale dans une perspective préventive. Elle permet d'identifier le personnel et les situations les plus à risque de même que les secteurs d'activités ou les départements où des situations de négligence perdurent malgré les procédures.

Malgré l'action préventive des établissements, la présence de comportements négligeant est observée même chez le personnel pourtant le plus exposé et théoriquement le plus informé, soit les infirmières.

La procédure à suivre en cas d'exposition accidentelle semble respectée rigoureusement dans les établissements. Tous disposent d'un protocole clair et deux utilisent une *enveloppe* spécifique préparée à cet effet. En cas d'accident, l'*enveloppe* numérotée devient l'outil qui guide les intervenants et la personne exposée. Toute l'information requise est incluse dans l'*enveloppe* en vue de permettre l'évaluation du niveau de risque et de décider du suivi approprié. L'usage de cette *enveloppe* aurait d'ailleurs favorisé un rehaussement des déclarations, du moins dans un centre hospitalier. Les deux autres établissements disposent d'outils similaires bien qu'ils ne soient pas regroupés dans une telle *enveloppe*. Dans les situations où une prophylaxie est indiquée, les vaccins et médicaments requis sont facilement accessibles sur place à la pharmacie de l'établissement ou sur un chariot de médicaments constamment disponible à l'urgence, notamment lors des quarts de travail de soir et de nuit. L'information est contradictoire dans un établissement où un médecin indique que les médicaments ne sont pas accessibles à l'urgence même.

La procédure de l'ensemble des CH veut que la première évaluation du risque soit faite dans le département auquel la personne est rattachée, tout comme l'évaluation du risque de la personne source lorsque cette dernière est connue. L'*enveloppe* (le protocole) est généralement utilisée dès cette étape. Par la suite, la personne se rend au service de santé ou directement à l'urgence avec l'*enveloppe*. Bien que les façons de faire varient selon les établissements et le quart de travail, la situation est toujours référée au service de santé du personnel pour compléter la déclaration CSST. Le service de santé accompagne généralement la personne exposée accidentellement à toutes les étapes de l'application du protocole. L'évaluation médicale est faite à l'urgence, parfois directement par le médecin infectiologue lorsque disponible. Les infirmières en prévention sont mises à contribution au besoin. Les CH mentionnent toutefois devoir rappeler ce mode de fonctionnement à des chefs de département qui, parfois, persistent à diriger immédiatement vers l'urgence la personne exposée. Le faible volume des situations, dans certains cas, expliquerait que des chefs de départements ne se sentiraient pas en maîtrise de l'expertise ou seraient peu motivés à développer cette dernière.

Les tests de laboratoire relatifs aux hépatites sont effectués dans les établissements ou encore acheminés à Lévis. Le test concernant le VIH n'est toutefois pas disponible à Lévis; seul le CHUL à Québec dispose de la technologie requise. Des délais très variables sont constatés quant à la transmission des résultats comme le montre le tableau suivant.

### TABLEAU III

#### Délai de traitement et de transmission des résultats des tests pour les employés exposés accidentellement dans les centres hospitaliers

	Hépatites	VIH
Lévis	Sur place, rapide	Moyenne de 12 heures
Montmagny	24 heures	Minimum de 24 heures Le laboratoire du CHUL ne traiterait pas immédiatement les tests reçus la nuit.
Beauce-Etchemin	De 4-5 jours au mieux à 7-10 jours en général	De 4-5 jours au mieux à 7-10 jours en général.
L'Amiante	Minimum de 5-6 jours	Minimum de 5-6 jours; Note : un cas externe connu mais non récent jusqu'à 3 semaines.

Le délai de deux heures est un minimum requis pour évaluer l'exposition. Cette situation fait en sorte que la prophylaxie post-exposition au VIH doit, lorsque requise, être amorcée en prévention avant que les résultats des tests ne soient disponibles. En général, les établissements acheminent les tests par taxi au CHUL dès le prélèvement; un centre hospitalier ne les achemine pas nécessairement en urgence selon le niveau de risque.

Le délai d'attente de la personne exposée accidentellement, pour fin de consultation médicale dans les urgences, varie selon le classement de l'urgence au triage. Ce classement varie d'un niveau d'urgence 2 à un niveau 3 selon les endroits. Des difficultés ont été signalées dans les urgences des centres hospitaliers. On signale que les médecins urgentologues préféreraient en général que ces situations ne se rendent pas à l'urgence et soient prises en charge ailleurs. Dans trois centres hospitaliers, les médecins s'appuieraient souvent sur l'expertise des infirmières en prévention quant à la procédure à suivre et au traitement au besoin. Dans le contexte particulier d'un service d'urgence, les médecins n'auraient pas le temps de lire la documentation préparée à cet effet et le volume des situations ne serait pas suffisamment élevé dans ces établissements pour leur permettre d'être en maîtrise totale de l'information. Par ailleurs, cette situation serait en partie attribuable au fait qu'une large proportion des médecins urgentologues de ces établissements serait des médecins dépanneurs, moins au fait des procédures internes. Un médecin souligne que les protocoles ne sont pas toujours facilement accessibles à l'urgence et que l'accès au médecin de garde de la santé publique pour fin de consultation ne serait pas non plus toujours aisé en raison du délai de réponse. Dans une situation, on mentionne aussi que la prophylaxie relative au VIH ne serait pas suffisamment connue à la pharmacie de l'hôpital.

Le recours systématique à l'urgence comme porte d'entrée du système de soins dans les situations d'expositions accidentelles est questionné, tant par certains responsables d'urgence que par le médecin rencontré. Le contexte de l'urgence se prêterait moins bien aux situations de ce type; les urgences de niveau 1 doivent évidemment disposer d'une priorité absolue ayant comme conséquence qu'une personne exposée accidentellement peut attendre plus longtemps que le délai requis. Deux avenues ont été évoquées comme alternatives : le traitement de ces situations dans un autre département du centre hospitalier, la délégation médicale à des infirmières, comme c'est le cas pour la pilule du lendemain.

Le suivi des employés qui doivent recourir à une prophylaxie à des fins préventives dans l'attente des résultats est assuré de diverses façons selon les établissements. Le service de santé ou encore l'infectiologue peuvent y contribuer. En cas d'une éventuelle séroconversion, les personnes concernées seraient référées généralement à leur médecin de famille. La personne exposée dont la situation a été jugée comme présentant un risque est rappelée par le service de santé du centre hospitalier après six semaines, trois mois et six mois pour fin de suivi clinique et sérologique.

En ce qui concerne la clientèle externe c'est-à-dire les travailleurs exposés accidentellement mais provenant d'autres établissements (CLSC-CHSLD) ou de services publics (Sûreté municipale, protection contre les incendies, ambulanciers et premiers répondants), il est fort difficile d'avoir accès à l'information. Ces données ne sont pas colligées de façon spécifique dans les urgences. Les responsables des urgences indiquent que ces situations sont rares. On serait toutefois attentifs à la situation des policiers, pompiers et ambulanciers en devoir afin qu'ils n'attendent pas indûment. Les établissements indiquent ne pas recevoir de clientèle se présentant pour un traitement d'urgence contre le VIH suite à une relation non protégée ou à une injection de drogues intraveineuses. Dans ce cas, le premier réflexe serait de refuser de considérer la situation comme urgente et de référer la personne concernée à son médecin de famille, à moins que cette dernière soit sans médecin ou qu'elle puisse démontrer que le risque est élevé. Il n'y a pas de protocole d'intervention spécifique à la clientèle externe.

## **2.2 Les CLSC et CHSLD**

Dans les cinq CLSC ayant répondu au questionnaire, 33 situations d'expositions accidentelles chez les employés ont été signalées au cours d'une période d'une année. Les deux tiers de ces situations sont toutefois concentrés au Centre de santé Paul-Gilbert, probablement en raison de la mission de centre hospitalier. De façon générale, l'information disponible ne permet pas de savoir combien de ces situations ont nécessité un suivi médical, à l'exception de deux établissements où 14 situations d'expositions ont nécessité ce suivi. La quasi totalité des situations réfèrent à des piqûres ou coupures et concernent des infirmières; seulement six situations d'éclaboussures ont été déclarées. Dans un établissement où l'information est disponible, le temps écoulé entre l'exposition et le suivi médical varie entre deux et six heures. Dans un autre établissement, plus de

90% des personnes exposées pourraient avoir accès à une consultation médicale dans un délai de deux heures. Quatre CLSC sur les cinq répondants disposent d'un protocole formel d'intervention et quatre disposent d'un mécanisme de prise en charge; un établissement réfère directement les personnes exposées au Centre hospitalier. Les cinq établissements ont un mécanisme de suivi de la prise en charge. Trois comptent sur un mécanisme d'information et de mise à jour de l'information; un quatrième établissement a amorcé une telle démarche.

Dans quatre établissements, les prélèvements sont faits sur place et expédiés au centre hospitalier le plus près. Les deux autres réfèrent au centre hospitalier pour les prélèvements. Dans les trois établissements où l'information est disponible, les résultats des tests concernant l'hépatite B et l'hépatite C sont disponibles dans des délais variables; un établissement indique un délai de 24 heures et l'autre, des délais de dix jours pour l'hépatite B et de trois semaines pour l'hépatite C. Un troisième établissement mentionne un délai de 12 heures pour le VIH, de 24 heures pour l'hépatite B et de 72 heures pour l'hépatite C. Un délai de trois semaines est aussi mentionné dans un établissement en ce qui concerne le VIH. Rappelons qu'aucun centre hospitalier de la région n'effectue le test relatif au VIH; tous les prélèvements sont acheminés au CHUL à Québec. À l'exception des vaccins accessibles dans deux établissements et du Centre de santé Paul-Gilbert où l'ensemble de la médication est accessible sur place, la médication n'est pas disponible dans les CLSC qui ont répondu au questionnaire.

Parmi les difficultés signalées, un établissement souligne l'obligation de se déplacer à l'extérieur du territoire pour obtenir les vaccins et la médication, de même que la difficulté d'assurer le suivi de la prise en charge puisque les services médicaux sont assurés par des médecins dépanneurs. Un autre établissement note la méconnaissance du protocole chez les employés et l'absence d'un arbre décisionnel précis et clair; des mesures à cet effet seront prises par cet établissement à l'automne. L'établissement ne disposant pas d'un protocole reconnaît la pertinence de disposer d'un tel outil. L'absence d'un service de santé des employés dans un établissement serait un obstacle dans l'application adéquate du protocole. Un CLSC se questionne sur la façon dont ces situations sont prises en charge dans les centres privés d'hébergement.

Finalement, deux CLSC ont reçu des demandes de consultation provenant de la population de leur territoire relativement à une exposition accidentelle découlant de piqûres ou de coupures. Ces 15 consultations ont été effectuées par des travailleurs provenant d'autres établissements (pharmacien, technicien de laboratoire, infirmières, préposés). Treize de ces consultations ont été faites à l'urgence du Centre de santé Paul-Gilbert. Le suivi est effectué en référant à l'équipe de santé préventive ou de santé/sexualité et seulement pour la clientèle sans médecin de famille. Un établissement note un manque de confiance de la clientèle en raison de l'insuffisance d'information sur la trajectoire à suivre et sur les risques encourus. L'établissement suggère une campagne nationale d'information visant la population en général et souligne l'importance de relancer la clientèle concernée.

Les quatre CHSLD identifiés pour fin de cueillette d'information ont répondu au questionnaire. Dix-sept situations d'expositions accidentelles ont été signalées au cours d'une période d'un an. À l'exception d'un établissement mentionnant qu'aucune situation

n'a requis un suivi médical, nous ne disposons pas d'information à ce sujet. Toutes les situations concernent des piqûres ou coupures et ce sont des infirmières qui ont été exposées, à l'exception d'une préposée aux bénéficiaires. Dans les deux situations ayant demandé un suivi médical, le temps moyen entre l'exposition accidentelle et la consultation a été de 30 minutes.

Deux établissements sur quatre ont un mécanisme de prise en charge et de suivi. Les quatre CHSLD disposent d'un protocole d'intervention, bien que celui-ci soit succinct selon un établissement. Aucun établissement ne dispose d'un mécanisme de mise à jour de l'information.

Les prélèvements se font sur place dans un CHSLD; ils sont effectués au CLSC dans deux établissements et au service de garde médicale dans un autre. Un seul établissement indique le temps moyen pour la réception des résultats des tests de laboratoire. Ce temps moyen est de moins de 24 heures pour les hépatites et de 24 à 48 heures pour le VIH. Il s'agit d'un établissement qui achemine les prélèvements au CH Hôtel-Dieu de Lévis, lequel transfère les prélèvements pour le VIH vers le CHUL à Québec. Les vaccins sont disponibles dans deux CLSC des territoires concernés, les immunoglobulines dans un CLSC et les antirétroviraux dans un autre CLSC.

La disponibilité de l'information relative au nombre d'expositions accidentelles pose problème selon un établissement. Ces situations ne sont pas répertoriées distinctement ni analysées. Selon un autre établissement, le faible volume des expositions accidentelles crée en soi une difficulté. Cet élément est revenu dans de nombreuses entrevues faites auprès d'autres répondants. Il apparaît difficile de développer et de maintenir l'expertise nécessaire lorsque ces situations ne se présentent pas avec une certaine régularité. Dans ce contexte, on précise qu'il serait utile de disposer d'une procédure simple pour intervenir selon les règles de précaution.

Le tableau suivant illustre la répartition des situations d'expositions accidentelles dans les CLSC et CHSLD.

**TABLEAU IV**

**Nombre et répartition des expositions accidentelles connues dans les CLSC et CHSLD au cours d'une période d'un an**

	CLSC						CHSLD				Total
	Les Etchemins	Beauce-Centre	L'Islet	Arthur-Caux	Paul-Gilbert	Frontenac	Bellechasse	Nouvelle-Beauce	De Beauce	Amiante	
Infirmières et inf. auxiliaires	-	1	6	4	16	0	10	0	4	2	43 (66,2%)
Technologistes											0
Préposés et auxiliaires					1		1				2 (3,1%)
Employés d'entretien											0
Autres					5						5 (7,7%)
Clientèle externe					13	2					15 (23%)
<b>Total</b>	-	1	6	4	35	2	11	0	4	2	65 (100%)

Le prochain tableau montre les délais de transmission des résultats des tests vers les CLSC et CHSLD.

**TABLEAU V**

**Délai de traitement et de transmission des résultats des tests pour les employés exposés accidentellement dans les CLSC et CHSLD**

	Hépatites	VIH
CLSC Les Etchemins	-	-
CLSC Beauce-Centre	NSP	NSP
CLSC de L'Islet	24 heures	NSP
CLSC Arthur-Caux	NSP	NSP
CLSC Paul-Gilbert	24 heures (B) 72 heures (C)	12 heures
CLSC Frontenac *	10 jours (B) 3 semaines (C)	3 semaines
CHSLD de Bellechasse	24 heures	24 heures
CHSLD de Nouvelle-Beauce *	24 heures	24-48 heures
CHSLD de Beauce	NSP	NSP
CHSLD de l'Amiante	NSP	NSP

\* Les réponses d'établissements n'ayant pas déclaré de cas dans les derniers 12 mois réfèrent vraisemblablement aux situations antérieures.

### **2.3 Les services de police et d'incendie**

Les chefs de police des quatre villes disposant d'un service autonome, ou son représentant dans une situation, ont été rencontrés, de même qu'un représentant du directeur régional de la Sûreté du Québec (SQ) qui dessert toutes les autres municipalités de la région Chaudière-Appalaches. Le cadre responsable des ressources humaines de Ville St-Georges s'est joint au chef de police, ce qui a permis de prendre en considération d'autres situations à risque pour des employés d'entretien municipaux (annexe 1). Ces employés ne seraient généralement pas pris en compte dans le cadre des actions de prévention en santé et sécurité au travail. Trois chefs de services de protection contre les incendies ont aussi été rencontrés dans le cadre d'une entrevue.

Dans les quatre villes disposant de services autonomes de police et d'incendie, une seule exposition accidentelle à des éclaboussures a été signalée formellement et a donné suite à une déclaration d'incident/accident (CSST). La Sûreté du Québec a toutefois identifié sept situations d'expositions accidentelles à des éclaboussures avec le sang. Les situations d'éclaboussures seraient celles qui seraient le plus fréquentes chez les policiers et pompiers, dans des circonstances exigeant de maîtriser une personne par la force ou encore dans les situations d'accidents de la route et de désincarcération de victimes d'accidents. Ces situations ne sont pas consignées dans un registre et ne seraient pas systématiquement déclarées. Une certaine ambiguïté persiste relativement au niveau de risque des situations d'éclaboussures. L'information recueillie permet de croire qu'elles ne sont pas automatiquement considérées à risque. Les policiers et pompiers font usage d'équipements protecteurs qui, de fait, limitent la possibilité de contact des éclaboussures avec la peau, et disposent de solutions nettoyantes aseptiques à bord des véhicules. L'ensemble des corps de police et de pompiers semble particulièrement soucieux de rendre disponibles des équipements sécuritaires. D'autre part, lors des situations d'accidents d'automobiles, les policiers et pompiers agissent de concert avec les ambulanciers et peuvent compter sur leur expertise pour toute situation d'exposition accidentelle. Sans pouvoir l'affirmer avec certitude, il semble que l'évaluation du risque comme faible ou nul par les intervenants eux-mêmes limiterait les signalements d'expositions. Dans certains services, notamment la SQ, le niveau de sensibilisation serait élevé en raison de l'information provenant à la fois de l'employeur et du syndicat et les situations seraient déclarées assez systématiquement pour inscription à la CSST.

Aucun service ne dispose d'un protocole mais un service local et la SQ a une procédure claire sur le processus à suivre en cas d'exposition accidentelle. Par protocole, on entend un guide présentant les informations et recommandations sur les situations et niveaux de risque, les informations de base sur la prophylaxie et sur le processus à suivre ainsi que les formulaires requis. Une procédure réfère au processus à appliquer dans les situations identifiées et indique les responsabilités des personnes en poste dans une organisation.

Lorsque des situations ont donné lieu à une consultation médicale à l'urgence au cours des années antérieures, deux situations connues ont posé problème en raison des délais d'attente à l'urgence, les situations n'ayant pas été retenues comme prioritaires. Une de ces situations a donné lieu à une plainte formelle. Dans un de ces cas, la personne concernée a de plus dû attendre trois semaines avant de connaître le résultat du test VIH. À l'exception de ces situations, il semble bien que les policiers et pompiers en exercice seraient vus rapidement dans les urgences des centres hospitaliers.

Les services de police de plus grande taille, soit celui de la Ville de Lévis et la SQ, disposent de services organisés assumant une fonction reliée à la prévention. Bien que cette situation leur permette d'être davantage proactifs dans les actions préventives, l'ensemble des services de police et de pompiers ayant participé à la cueillette d'information sont dépendants des actions des équipes de santé et sécurité au travail dans les CLSC. Ce sont les CLSC qui, selon une certaine régularité, rappellent l'importance de la vaccination contre l'hépatite B, offrent cette vaccination aux nouveaux employés et diffusent de l'information documentaire ou encore organisent des séances

d'information sur les conduites préventives et les actions à prendre au besoin. Les services de police et de pompiers municipaux en particulier ne disposent pas d'une politique d'action autonome sur cette problématique, à l'exception d'une municipalité qui offre systématiquement la vaccination contre l'hépatite B à ses nouveaux policiers et pompiers. Cette situation fait en sorte que, dans certains services de petite taille, les intervenants nouvellement employés ne sont pas protégés contre l'hépatite B durant un certain temps alors qu'ils sont en fonction. On ne connaît pas non plus le niveau d'information prodigué aux policiers et pompiers dans le cadre de leur formation professionnelle en institution scolaire. Par ailleurs, les entrevues ont permis de constater que les équipes SST en CLSC exercent une fonction centrale dans la prévention notamment auprès des policiers et pompiers. Les services rendus disponibles par les équipes SST sont fortement appréciés et jugés de grande qualité par les répondants. Les municipalités et la SQ assument en totalité les coûts de la vaccination contre l'hépatite B.

Enfin, les services de police et de pompiers ne disposent pas des ressources nécessaires pour se doter de protocoles d'intervention. Tous ont indiqué qu'ils apprécieraient fortement recevoir un guide simple et clair leur indiquant les facteurs de risque, les actions préventives à mettre en place, l'action à prendre en cas d'expositions accidentelles, le processus à suivre étape par étape ainsi que le ou les lieux précis où s'adresser dans leur territoire pour obtenir rapidement les services de santé requis au besoin.

## **2.4 Les premiers répondants**

Les services de premiers répondants ou d'ambulanciers provenant de neuf municipalités ont répondu à la grille acheminée par l'Agence régionale.

Deux des neuf municipalités déclarent des situations d'expositions, pour un nombre approximatif de 20 situations. Quinze de ces situations se retrouvent en milieu urbain, à Lévis, au cours d'une période d'une année et les cinq autres en milieu rural (Sainte-Perpétue) pour une période de trois mois. Toutes les situations signalées en milieu urbain réfèrent à des éclaboussures; c'est aussi le cas en milieu rural dans une proportion de 80%. Au total, une seule situation d'exposition réfère à une piqûre ou à une coupure.

Dans sept cas sur neuf, les situations doivent être signalées à la personne responsable du service (supérieur immédiat). Deux municipalités ont indiqué disposer d'un mécanisme d'information et de mise à jour du personnel. Trois municipalités ont indiqué qu'elles réfèreraient à l'urgence du centre hospitalier en situation d'exposition, une au CLSC. Dans ce cas, il s'agit d'un territoire rural où le CLSC dispose d'un service médical.

Trois commentaires ont été formulés au regard de l'insuffisance de l'information tant l'information sur les méthodes de prévention, que sur le comportement à observer en cas d'exposition ainsi que sur les lieux où référer.



### 3. PRÉVALENCE DES EXPOSITIONS ACCIDENTELLES

Le tableau suivant montre le nombre total d'expositions accidentelles au sang et aux autres liquides biologiques au cours d'une période d'une année. Un total de 235 situations a été signalé. Il s'agit ici d'un nombre minimal, compte tenu de la probable sous déclaration des situations d'éclaboussures et de l'absence généralisée de registre des situations provenant de la clientèle externe se dirigeant vers les services d'urgence des centres hospitaliers. Les responsables des urgences ont tous indiqué que ces situations sont rares; elles ne dépasseraient pas une par mois à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Moins de 18 situations de ce type seraient connues au cours de la dernière année. Par ailleurs, l'urgence médicale du Centre de santé Paul-Gilbert a reçu treize de ces situations au cours d'un an. Toutefois, la clientèle externe recouvre vraisemblablement les situations déclarées et provenant d'autres CLSC et CHSLD.

**TABLEAU VI**

#### **Total des expositions accidentelles au cours d'une période de 12 mois**

	CLSC/CHSLD	CH	AUTRES	TOTAL	
Nombre de cas déclarés	65	142	28	235	
<b>Types d'expositions</b>				<b>Nombre</b>	<b>%</b>
<i>Piqûres ou coupures</i>	59	135	1	195	83%
<i>Éclaboussures</i>	6	6	27	39	16,6%
<i>Autres</i>		1		1	0,4%
<b>Personnel touché</b>					
<i>Infirmières, auxiliaires, technologistes</i>	43	111		154	65,5%
<i>Préposés, aux. fam.</i>	2	12		14	6%
<i>Employés d'entretien</i>		13		13	5,5%
<i>Policiers, pompiers, ambulanciers, premiers répondants</i>			28	28	11,9%
<i>Autres, et clientèles externes</i>	20*	6		26	11,1%

\* 13 cas en clientèle externe, possiblement déjà déclarés par les établissements de provenance

On constate que 83% des situations connues réfèrent à des piqûres ou coupures. Les infirmières, infirmières auxiliaires et technologistes constituent le groupe le plus à risque, avec 65,5% des situations. La totalité des services de police du territoire, trois services de pompiers en milieu urbain et neuf services de premiers répondants déclarent 11,9% des situations.

Si on applique à la région de Chaudière-Appalaches l'indicateur de prévalence (1,38%) établi dans le cadre d'une enquête réalisée dans la région de Montréal durant une période de six mois, auprès de travailleurs de la santé (publics et privés) et de services publics (municipalités, universités, milieu carcéral et autres), on devrait retrouver 74 situations d'expositions dans la région sur une base annuelle. Un total de 168 cas a été identifié dans la région auprès du seul personnel des établissements de santé du réseau public, excluant le personnel d'entretien car ce dernier n'est pas recensé dans les données de l'Agence régionale sur le personnel des établissements. Le nombre de travailleurs étant estimé à 5357, nous obtenons un taux de prévalence de 3,13%. Bien que cette estimation soit très approximative, le taux régional est plus de deux fois supérieur au taux de prévalence observé dans l'enquête réalisée à Montréal. Notons que les auteurs de l'enquête de Montréal estiment toutefois que les situations connues sont nettement sous-déclarées. Les résultats obtenus dans Chaudière-Appalaches ne signifient pas nécessairement que le taux de prévalence soit plus élevé que celui de la région de Montréal; il est possible que le signalement des situations soit plus fréquent pour diverses raisons.

## **4. OBSERVATIONS GÉNÉRALES ET PISTES DE RÉFLEXION**

L'analyse de l'information recueillie permet de regrouper les observations autour d'un certain nombre de thématiques centrales et de formuler quelques pistes de réflexions destinées au groupe de travail de la Direction de la santé publique et de l'évaluation.

### **4.1 La disponibilité de l'information sur les expositions accidentelles**

Bien que la cueillette d'information ait permis d'identifier un nombre relativement élevé d'expositions accidentelles, l'absence d'un registre des expositions accidentelles ne permet pas d'avoir une vue plus précise des situations, notamment de connaître le niveau de risque. À la lumière de la situation actuelle, on peut croire à une certaine sous-déclaration des situations d'expositions accidentelles, particulièrement pour les éclaboussures et pour les personnes se présentant elles-mêmes directement aux urgences des centres hospitaliers. Par ailleurs, là où l'information est plus disponible, on constate qu'elle permet de développer des activités de prévention mieux ciblées et même des interventions ponctuelles dans des secteurs où des comportements négligeant perdurent.

#### Piste de réflexion :

- Identifier un moyen simple (registre écrit, code informatique dans le I-CLSC permettant d'identifier les situations d'expositions accidentelles chez les travailleurs des établissements du réseau. Une déclaration obligatoire au service de santé permettrait de centraliser une telle information et constituerait un soutien précieux pour la prévention. Tout en protégeant l'anonymat, l'information devrait permettre d'identifier : le type d'exposition, le niveau de risque, les circonstances de l'incident, le type de profession ou d'emploi, la nature de l'incident/accident. Les cas de séroconversion pourraient être inclus dans ce registre.
- Évaluer l'opportunité et la faisabilité d'instituer un tel registre auprès des partenaires dont les travailleurs sont plus à risque.

### **4.2 La connaissance des risques et l'identification des clientèles à risque**

Les situations d'éclaboussures ne sont pas nécessairement toujours considérées comme à risque. Il semble exister un besoin d'information plus détaillée sur cette question pour permettre aux individus concernés de statuer sur l'opportunité d'une consultation.

On constate que le faible volume d'expositions dans des organisations de petite taille constitue un obstacle majeur au maintien de l'expertise. De plus, à l'exception des centres hospitaliers, les autres établissements et organismes organisent relativement peu ou pas d'activités de prévention de façon régulière. La connaissance des risques et des procédures se diluerait rapidement.

La possibilité d'une prophylaxie d'urgence suite à une relation sexuelle non protégée et à risque de même que l'injection de drogues par intraveineuse ne semble pas être connue par le grand public et aussi par les professionnels de la santé.

#### Pistes de réflexion :

- Rendre disponible ou produire une documentation plus précise sur les risques associés aux éclaboussures.
- Décider d'une orientation régionale sur l'accessibilité à une prophylaxie d'urgence (relation non protégée à risque et injection de drogues) et diffuser l'information auprès des populations cibles et des professionnels de la santé.
- Concentrer en un certain nombre de lieux les activités reliées à la consultation de santé ou médicale en cas d'expositions accidentelles.

### **4.3 La disponibilité de protocoles et de guides d'intervention et la capacité des organisations locales à se doter de politiques et d'un cadre d'intervention (préventif et soutien)**

L'élaboration d'un protocole est perçue comme une tâche lourde pour les établissements, surtout ceux de petite taille. Les organismes hors réseau ne disposent généralement pas de l'expertise pour ce faire. Une demande généralisée a été faite par ces organismes en vue de disposer d'un outil simple précisant les facteurs de risque, la procédure à suivre et les lieux où s'adresser dans chacun des territoires.

L'*enveloppe* contenant les outils requis pour l'évaluation et accompagnant le client dans toutes les étapes du processus, enveloppe développée dans deux centres hospitaliers, constitue un moyen approprié pour guider les interventions dans les établissements du réseau.

#### Pistes de réflexion :

- Adopter un modèle uniforme d'*enveloppe* au niveau régional et en généraliser l'usage dans tous les établissements du réseau. Deux enveloppes devraient être développées: une pour le personnel des établissements et une autre pour la clientèle externe. L'outil peut tenir lieu de protocole.

- Produire un guide simplifié (format plastifié recto verso) à l'usage des policiers, pompiers, ambulanciers et premiers répondants, opérateurs des mâchoires de vie, identifiant les facteurs de risque, les premiers soins, la procédure à suivre, les délais et les lieux de consultation dans chacun des territoires.

#### **4.4 Les délais entre l'exposition accidentelle et la première consultation**

Les délais pour la consultation de santé ou médicale peuvent difficilement être rencontrés dans un certain nombre de situations compte tenu de la distance routière. Le délai peut toutefois être respecté pour les travailleurs en centres hospitaliers et certains CLSC et CHSLD.

Le temps d'attente à l'urgence peut accroître largement le délai de consultation. Les personnes exposées accidentellement ne sont pas nécessairement toujours cotées en urgence de niveau 2 lors du triage.

##### Pistes de réflexion :

- Évaluer la faisabilité de coter uniformément en urgence de niveau 2 toutes les situations d'expositions accidentelles se présentant à l'urgence des centres hospitaliers.
- Référence à 4.6.

#### **4.5 Les délais de traitement et de transmission des résultats des tests de laboratoire**

Les délais relatifs aux tests de laboratoire posent un problème sérieux dans la région. Pour les hépatites, les tests sont effectués dans le centre hospitalier d'origine ou encore acheminés à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Les délais pour l'obtention des résultats varient fortement même lorsque les tests sont effectués au centre hospitalier d'origine.

Le test relatif au VIH ne peut actuellement être fait qu'au CHUL à Québec. Les établissements font généralement parvenir les tests par taxi au CHUL. Il faut prévoir un délai de 90 minutes dans certains cas seulement pour acheminer le test à Québec. Un CLSC achemine les tests VIH à Lévis qui les transmet au CHUL, ajoutant en cela un délai supplémentaire.

Les résultats sont transmis dans des délais très variables. Bien que les établissements d'origine affirment prendre les moyens pour signifier au laboratoire du CHUL qu'il s'agit d'un test à effectuer en priorité, il n'est pas certain que l'information soit reçue correctement ou que les tests soient traités ainsi compte tenu des délais. Un

établissement indique que les tests ne seraient pas traités par le laboratoire au cours de la nuit.

Pistes de réflexion :

- Vérifier avec le laboratoire du CHUL la politique relative à l'analyse des tests provenant d'autres établissements.
- Évaluer la pertinence et la faisabilité de l'analyse des tests VIH dans la région.
- Évaluer la faisabilité d'uniformiser la procédure de transmission des tests pour qu'ils soient traités en urgence et que les résultats soient transmis dès que disponible.

#### **4.6 L'urgence des centres hospitaliers comme lieu d'intervention**

Le recours à l'urgence comme porte d'entrée préoccupe un certain nombre d'intervenants. Le temps requis par ce type d'intervention cadre mal avec le type de consultation pratiqué en urgence.

Pistes de réflexion :

- Évaluer la possibilité de déléguer l'intervention sur les expositions accidentelles à des infirmières formées spécifiquement pour ce faire via une ordonnance permanente (infirmières affectées au triage à l'urgence, infirmières du service de santé ou infirmières responsables de la prévention).
- Voir la possibilité de confier aux services de santé des employés la responsabilité de traiter les situations d'expositions accidentelles durant le quart de jour, pour les employés relevant de l'établissement.

#### **4.7 Le suivi des personnes vues à l'urgence**

Le suivi des personnes vues à l'urgence pose problème pour les clientèles externes des autres milieux de travail ou pour la population en général. Les autres établissements ou organismes ne disposent pas toujours d'un service de santé ou encore les personnes qui se sont présentées à l'urgence n'ont pas nécessairement de médecin de famille.

Pour sa part, le personnel des centres hospitaliers bénéficie d'un suivi par le service de santé du personnel.

Piste de réflexion :

- Définir une procédure à suivre pour le suivi de la clientèle externe des centres hospitaliers.



## **5. UN NOUVEAU CONTEXTE ORGANISATIONNEL**

La réorganisation récente du réseau de la santé offre de nouvelles opportunités pour répondre adéquatement à certaines situations requérant une expertise particulière et dont le volume de clientèle est plus faible à l'échelle locale. Les expositions accidentelles au sang et aux autres liquides biologiques s'inscrivent dans ce type de situations.

À l'exception du territoire des Etchemins qui a conservé son organisation antérieure et de l'Hôtel-Dieu de Lévis qui a maintenu aussi une organisation distincte en raison de sa taille et de son statut universitaire, quatre Centres de santé et de services sociaux sont maintenant des entités de taille élevée en terme de volume d'employés. Trois de ces centres regroupent aussi la mission de centre hospitalier.

Cette nouvelle donne pourrait être favorable à la mise en place ou à une plus grande structuration de services de santé pour les employés des établissements, permettant ainsi de concentrer davantage l'expertise au regard des expositions accidentelles et de s'assurer d'un respect rigoureux des façons de faire à toutes les étapes, de la déclaration au suivi des cas à moyen terme. La délégation d'actes médicaux à des infirmières formées spécifiquement pourrait devenir une opportunité à considérer plus aisément dans ce contexte.



## CONCLUSION

La démarche débutée en 2004 a permis de confirmer que la prise en charge des personnes exposées au sang et aux autres liquides biologiques constitue un domaine complexe et que cette intervention s'intègre difficilement dans l'organisation actuelle des services d'urgence.

La prise en charge et le suivi des personnes exposées tel qu'ils sont réalisés actuellement comportent des lacunes significatives : méconnaissance du nombre et du type d'expositions, délais d'attente de la personne exposée pour fin de consultation médicale, difficulté au niveau de l'accessibilité des produits nécessaires, évaluation du risque non systématique et parfois incomplète, la disparité pour l'obtention des résultats des tests de laboratoire, et surtout, une difficulté à maintenir l'expertise des ressources impliquées.

Une meilleure connaissance de l'ampleur de la problématique, du mode de fonctionnement actuel de la prise en charge des expositions permettra d'émettre des recommandations en vue de la mise en place de modalités mieux adaptées aux besoins de la clientèle, tout en respectant les exigences propres à ce type d'intervention.

La seconde étape s'amorce dès maintenant et vise à proposer un modèle d'organisation de services qui pourra par la suite être analysé, adapté par les établissements en considérant leur réalité propre et, éventuellement, implanté par ceux-ci.



## **ANNEXE 1**

### **Une préoccupation particulière exposée lors des entrevues**

Bien que les entrevues portaient sur les risques associés à l'exposition au sang et aux autres liquides biologiques, deux interrogations ont été formulées par les chefs de police et de pompiers. La première a trait à la vaccination contre le tétanos. Cette question est semble-t-il peu présente dans la documentation qui circule dans les organisations. Les équipes SST n'aborderaient pas systématiquement cette question dans leur offre de services bien que les travailleurs des services publics seraient exposés au risque de contracter le tétanos.

La seconde interrogation provient d'un directeur de ressources humaines d'une ville. Ce dernier se questionne sur le fait que les employés d'entretien affectés notamment aux eaux usées ne soient pas pris en compte dans les clientèles cibles de la CSST. Ces employés seraient exposés constamment à des risques de contamination.

