

## Conseil d'Ethique Clinique

### **Attitude vis-à-vis des médecins et des soignants potentiellement infectieux pour les malades (HIV, HBV ou C positifs)**

**Demande d'Avis Consultatif au CEC du Dr Nadia BESSIRE, médecin d'entreprise des Hôpitaux Universitaires de Genève.**

---

#### **I. Contexte de la demande**

Le médecin d'entreprise des HUG, la Docteure Nadia BESSIRE, s'est adressé à la Commission de l'Infection de l'Institution pour qu'elle lui indique quelles sont ou seraient les recommandations en Suisse ou dans les HUG à l'égard de cette question. Comme il n'existe pas à ce jour de réflexion locale ou nationale à ce sujet, la Commission de l'Infection a proposé au médecin d'entreprise de solliciter l'Avis consultatif de notre Conseil.

Voici le libellé de la question posée à notre Conseil : « *Dans le cadre de ma fonction de médecin d'entreprise, je peux être amenée à connaître le statut sérologique HIV, hépatite B (HBV) ou C (HBC) d'un collaborateur des HUG. Toute donnée médicale reste en principe confidentielle mais, dans le cas d'un collaborateur effectuant des manœuvres invasives vis-à-vis d'un patient, il existe un risque non négligeable de transmission de la maladie. Dans ce contexte, il est de la responsabilité de l'hôpital de prendre des mesures pour éviter tout risque de transmission au patient. Malheureusement, il n'existe pas en Suisse de recommandations claires concernant l'attitude à avoir face à cette problématique*».

Il faut déjà noter que, de façon directe ou indirecte, le Conseil d'Ethique Clinique a déjà été interpellé à ce sujet :

**-1. le 16 juillet 1997, par le Docteur (maintenant Professeur) Jean-François BALAVOINE**, qui posait au Conseil la question suivante « *Une personne séropositive (HIV) est-elle, de manière générale, habilitée à fournir des soins aux patients ?* » (CEC, 1997).

Nous avons alors répondu que : « *Il nous semble qu'il s'agit de plutôt de savoir si cette personne est ou non contagieuse, et que, en cas de réponse positive, les précautions adéquates doivent être prises, en fonction de la situation clinique. L'aspect formel que doivent prendre ces précautions est de nature technique et leur application résulte d'un contrôle institutionnel. Il s'agit au fond de l'exercice de la responsabilité de l'institution vis-à-vis des malades qu'elle accepte de prendre en charge. Le problème d'éthique est donc soit peu visible à nos yeux, soit absent, et la question se déplace vers des réponses soit d'ordre infectiologique, soit d'ordre institutionnel (politique générale de notre institution, laquelle doit être définie par le médecin d'entreprise, en harmonie avec les instances traitant des ressources humaines); ...* » et, plus loin : « *A notre sens toutefois, la réflexion purement éthique, se limite à quelques points :*

*-premièrement, le malade séropositif et s'occupant d'autrui a un devoir de véracité vis-à-vis de ses conseillers médicaux, le plus souvent son médecin-traitant, et il doit notamment s'assurer que, dans sa situation, aucun des gestes qu'il est amené à entreprendre ne met en danger ses malades. Au fond, il devrait en aller de même pour tout malade séropositif amené à côtoyer autrui (conjoint, crèche, collègues,...), le risque devant être pesé de cas en cas. Ainsi, la situation du soignant séropositif ne paraît avoir une spécificité particulière;*

*-deuxièmement, le médecin au courant de la situation de son malade, a un devoir de solidarité avec les personnes qui pourraient être mises en danger. A cet égard, la situation nous paraît très proche de celle qui prévaut quand un malade séropositif refuse ou omet de prendre des précautions lors des rapports sexuels et d'en informer son/ses partenaire(s). Ici, les devoirs du médecin ont été depuis longtemps discutés*

*dans le détail et une pesée des intérêts peut amener le thérapeute à signaler son malade à une instance officielle, levant ainsi le secret médical. Toutefois, le risque paraît ici bien mince pour les malades traités par un soignant séropositif, hormis quelques situations très particulières, mais, encore une fois, l'évaluation de ce risque n'est pas du domaine de l'éthique, mais du « technique »;*

*-troisièmement, l'Institution a un devoir de solidarité vis-à-vis de son personnel et doit le soutenir, notamment en précisant sa politique à l'égard ces questions qui, probablement. Ne se posent pas de façon exceptionnelle aujourd'hui, en aidant ses employés dans cette situation difficile par une attitude empathique et constructive. »*

**-2. l'année suivante, en 1998, le Pr. François CLERGUE (service d'anesthésiologie des HUG)** nous interpellait au sujet de *« l'attitude à adopter en cas de contamination d'un membre du personnel par un liquide biologique potentiellement infectieux (particulièrement avec le VIH) provenant d'un patient, dans le cadre d'une intervention chirurgicale »*. Dans notre réponse, qui ne se rapportait pas tout à fait à la situation du soignant contaminant, nous insistions toutefois pour que la personne potentiellement dangereuse pense aux intérêts de la personne contaminée de façon prédominante, et nous allions, dans notre Avis consultatif, jusqu'à recommander que dans le cas d'un malade suspect, mais inconscient, un test sérologique puisse être pratiqué (CEC, 1998).

Nous écrivions en effet alors :

*« A l'unanimité de ces membres, la commission d'Ethique Clinique émet l'avis consultatif suivant :*

*L'accord préalable du patient est nécessaire pour pratiquer un test VIH.*

*Le patient capable de discernement ou son représentant doit être informé qu'en cas de contamination possible d'une tierce personne, par son sang ou par un autre liquide biologique, une sérologie VIH sera pratiquée. Les patients qui vont subir un acte médical pendant lequel le risque de contamination du personnel soignant est augmenté (par ex: intervention chirurgicale, accouchement, cathétérisme cardiaque...) doivent être systématiquement informés de cette pratique.*

*Les raisons pour lesquelles une sérologie VIH est nécessaire doivent être clairement expliquées au patient.*

*Un refus de la part du patient de se soumettre en cas de nécessité à un test de dépistage peut amener les soignants à proposer une prise en charge présentant moins de risque de contagion, même si elle ne constitue pas le traitement optimal.*

*Dans le cas des patients amenés inconscients à l'hôpital chez lesquels il est impossible de demander le consentement, en cas de nécessité le test VIH peut être pratiqué, le patient doit en être informé dès que possible. (...) ».*

**-3. Rappelons enfin qu'il existe une Directive Institutionnelle, signée de l'ancien Conseiller d'Etat GO. SEGOND, datée du 15 avril 1994, intitulée « SIDA et emploi ».** Il y est, notamment écrit que *« Etant donné que l'infection par le VIH, en l'absence de symptôme, ne porte pas atteinte à l'aptitude au travail, la personne concernée n'a aucune obligation d'en informer ses supérieurs ou ses collègues de travail. Lorsqu'une personne est malade du SIDA, elle est uniquement tenue de donner des informations si son état risque de compromettre l'exécution du travail en toute sécurité »*. Il est vrai que cette directive peut être comprise, dans la question qui vous préoccupe, de deux façons différentes : soit elle clôt le débat, le collaborateur potentiellement infectieux est dégagé de toute obligation vis-à-vis du malade, soit, si l'on en croit la dernière phrase, on pourrait comprendre qu'un collaborateur mettant un malade à risque de transmission virale *« compromet l'exécution du travail en toute sécurité »* et qu'il a l'obligation d'informer le patient et sa hiérarchie. Cette directive, depuis onze ans, n'a été ni amendée, ni abrogée.

## **II. Faits médicaux et recommandations de différentes instances**

Une estimation fiable du risque de transmission virale pourrait intervenir dans l'analyse éthique de cette question. En effet, l'importance et la lourdeur des mesures envisageables par une Institution devraient être mise en perspective : une décision aussi grave qu'une interdiction professionnelle, même partielle, pourrait dépendre de l'importance du risque concerné.

Mentionnons tout d'abord que, dans la population générale (dont les soignants font partie, sauf qu'ils pourraient présenter, pour les plus anciens d'entre eux, non vaccinés contre l'hépatite B, un risque HBV plus élevé), la prévalence des individus potentiellement infectants est de < 0.5 % pour HBV, de 1 % pour HCV et de 0.15 % pour HIV) (Moloughney B, 2001). Des données parcellaires montrent qu'environ 1 % des chirurgiens sont, au début des années 90's, HBV positifs (Ristinen, 1998), alors que les taux de HIV et HCV sont équivalents à ceux de la population générale.

Nous disposons de quelques estimations du risque de transmission virale per-opératoire, qui semble surtout lié à l'activité chirurgicale cardio-thoracique, orthopédique, colo-rectale et obstétricale (CDC, 1991). Une situation-type de ce type de risque est celle, assez fréquente, lors de laquelle un chirurgien, surtout en train d'opérer une région peu visible, palpe une aiguille fichée dans le tissu d'un malade et se blesse, répandant alors du sang dans la cavité opératoire. Cette situation a été observée dans environ 30 p.cent des cas lors desquels un chirurgien s'est blessé lors d'une intervention (CDC, 1991). Même la précaution consistant à utiliser un double gantage et à limiter les interventions à celles qui ne présentent pas un risque élevé de transmission ne mettent pas totalement à l'abri les malades (Schalm S, 2000).

### **Par ailleurs, le risque de contamination du patient dépend du type de virus :**

-1. *pour l'hépatite C* : après un contact percutané avec une source contaminée, le taux de séroconversion HCV est de 1.8 % (CDC, 1998). Les conséquences de l'infection à virus HCV sont, dans 75 à 85 % des cas, l'évolution vers une hépatopathie chronique, dont 10-20 % de cirrhoses du foie. Au prix d'un traitement d'interféron  $\alpha$ -2 pendant au moins trois mois, associé ou non à la ribavirine, il semble que le passage à la chronicité puisse être réduit (Orland J, 2001 ; CDC, 2001), voire presque nul (Jaeckel E, 2001). Dans un modèle mathématique tentant d'évaluer le risque de transmission HCV d'un chirurgien à un patient, le risque est estimé à  $2 \cdot 10^{-3} \pm 2 \cdot 10^{-4}$  % (moyenne  $\pm$  écart-type) pour un chirurgien dont l'état sérologique est inconnu ; pour un chirurgien positif pour HCV-RNA, il se monte à  $0.014 \pm 0.002$  %. Ainsi, le risque de transmission dans au moins une procédure sur 5000 en dix années d'activité est de  $0.9 \pm 0.1$  % quand le statut sérologique est inconnu, et de  $50.3 \pm 4.8$  % quand le chirurgien est HCV-RNA positif (Ross, 2000). Ce risque est similaire à celui d'acquérir une hépatite C lors d'une transfusion sanguine moyennant les précautions actuelles, les « précautions standard » (Koerner, 1998). Il est par ailleurs intéressant de mentionner que, dans l'industrie, un risque de décès supérieur à 1 : 10'000 procédures risquées ou non par année est considéré comme inacceptable (Poole C, 1997 ; Calman, 1996). Il n'existe pas de vaccin à ce jour qui permettrait une prophylaxie du virus HCV.

-2. *pour l'hépatite B* : tout d'abord, il convient de rappeler que le risque de transmission du virus de l'hépatite B est de 30 % lors d'une piqûre d'une personne avec une aiguille contaminée par du sang d'un tiers présentant une sérologie positive HBVeAg, ce facteur de risque représente donc un risque très considérable.

Il en va de même chez les malades avec une biopsie hépatique montrant la présence de l'antigène HBV-DNA ou de l'antigène HBVc sur leurs hépatocytes. Récemment, il a été montré qu'environ 20 % des malades porteurs du virus B (HBsAG +), mais HBVe négatifs, pouvaient être tout de même infectants s'ils étaient porteurs de virus B avec une mutation sur le *codon 28 precore* ou encore chez des patients porteurs d'autres mutations (Boxall E, 1997). De plus, la prophylaxie de l'hépatite B par des immunoglobulines spécifiques est efficace (NACI, 1998). En revanche, le risque général de transmission HBV d'un soignant à un malade est très mal connu. Il est probablement très bas, bien qu'un auteur estime que ce risque se monte à 1 : 1000 procédures (Poole C, 1999) ou 1 : 2300 (Ross, 2002), chiffres contestés par d'autres auteurs (Eddleston A, 1997) qui disent que ce risque, quoique peu évaluable, est « *extremely low* » (Beltrami, 2000). Actuellement, il n'existe pas de preuve qu'un traitement post-exposition ou dans le contexte d'une hépatite B habituelle, soit efficace. Un traitement de lamivudine n'est donc recommandé qu'en cas d'hépatite B aiguë particulièrement sévère (CDC, 2001). Toutefois, le traitement antiviral permet de réduire considérablement la charge virale et il pourrait rendre non contagieux un membre du personnel jusque là potentiellement infectant, dans la mesure où, par PCR (*polymerase chain reaction*), plus aucune copie virale ne serait détectable. Une limite de 0.5 à 1.0  $10^5$  ml<sup>-1</sup> copies a

parfois été proposée comme limite supérieure permettant une activité chirurgicale « à risque » (Schalm S, 2000). Enfin, et ceci est très important, il existe un vaccin très efficace et pratiquement sans danger permettant la prophylaxie de l'hépatite B. Ceci va nous mener à la discussion des aspects éthiques de la vaccination obligatoire du personnel à l'embauche dans les HUG.

-3. *pour le virus HIV* : le risque de transmission HIV est dix fois moindre que celui de la transmission HBV, surtout HBVe. Il est évalué à 0.3 % (CDC, 1991) et il est considéré comme « très bas » par le CDC (Robert L, 1995). De plus, la prophylaxie post-exposition est efficace : elle réduit de > 90 % le risque d'évolution vers la maladie. Il n'existe pas de vaccin à ce jour qui permettrait une prophylaxie du virus HIV.

### **Une recommandation du Center for Disease Control and Prevention (CDC), datant de 1991 (CDC, 1991), dit que :**

« Investigations of HIV and HBV transmission from health care workers (HCWs) to patients indicate that, when HCWs adhere to recommended infection-control procedures, the risk of transmitting HBV from an infected HCW to a patient is small, and the risk of transmitting HIV is likely to be even smaller. However, the likelihood of exposure of the patient to an HCW's blood is greater for certain procedures designated as exposure-prone (i.e. colorectal, cardio-thoracic and obstetrical surgery). To minimize the risk of HIV or HBV transmission, the following measures are recommended:

-1. **All HCWs should adhere to universal precautions**, including the appropriate use of hand washing, protective barriers, and care in the use and disposal of needles and other sharp instruments. HCWs who have exudative lesions or weeping dermatitis should refrain from all direct patient care and from handling patient-care equipment and devices used in performing invasive procedures until the condition resolves. HCWs should also comply with current guidelines for disinfection and sterilization of reusable devices used in invasive procedures.

-2. *Currently available data provide **no basis for recommendations to restrict the practice of HCWs infected with HIV or HBV who perform invasive procedures not identified as exposure-prone, provided the infected HCWs practice recommended surgical or dental technique and comply with universal precautions and current recommendations for sterilization/disinfection.***

-3. Exposure-prone procedures should be identified by medical/surgical/dental organizations and institutions at which the procedures are performed.

-4. **HCWs who perform exposure-prone procedures should know their HIV antibody status.** HCWs who perform exposure-prone procedures and who do not have serologic evidence of immunity to HBV from vaccination or from previous infection should **know their HBsAg status and, if that is positive, should also know their HBeAg status.**

-5. HCWs who are infected with **HIV or HBV (and are HBeAg positive) should not perform exposure-prone procedures unless they have sought counsel from an expert review panel** (The review panel should include experts who represent a balanced perspective. Such experts might include all of the following: a) the HCW's personal physician(s), b) an infectious disease specialist with expertise in the epidemiology of HIV and HBV transmission, c) a health professional with expertise in the procedures performed by the HCW, and d) state or local public health official(s). If the HCW's practice is institutionally based, the expert review panel might also include a member of the infection-control committee, preferably a hospital epidemiologist.) **and been advised under what circumstances**, if any, they may continue to perform these procedures. Such circumstances would include **notifying prospective patients of the HCW's seropositivity** before they undergo exposure-prone invasive procedures.

-6. **Mandatory testing of HCWs for HIV antibody, HBsAg, or HBeAg is not recommended.** *The current assessment of the risk that infected HCWs will transmit HIV or HBV to patients during exposure-prone procedures does not support the diversion of resources that would be required to implement mandatory testing programs. Compliance by HCWs with recommendations can be increased through education, training, and appropriate confidentiality safeguards. »*

Il est intéressant de noter que, depuis que ces précautions ont été diffusées aux Etats-Unis, il n'a plus été rapporté en cinq années aucun cas de transmission HIV et seulement un rapport de transmission de l'infection HBV, à partir d'une unique source, mais à plusieurs malades, dans ce pays (1991-1996) (Harpaz, 1996).

**Des directives plus récentes, italiennes, sont plus contraignantes pour les médecins/soignants (Mele A, 2001).** Elles disent ce qui suit :

« The recommendations can be summarised as follows: **all healthcare workers must undergo hepatitis B virus vaccination** and adopt the standard measures for infection control in hospitals; **healthcare workers who directly perform invasive procedures must undergo serological testing and the evaluation of markers of viral infection. Those found to be positive** for: 1) HBsAg and HBeAg, 2) HBsAg and hepatitis B virus DNA, or 3) anti-hepatitis C virus and hepatitis C virus RNA **must abstain from directly performing invasive procedures**; no other limitations in their activities are necessary. Infected healthcare workers are **urged to inform their patients of their infectious status**, although this is left to the discretion of the healthcare worker; whose privacy is guaranteed by law. If exposure to hepatitis B virus occurs, the healthcare worker must undergo prophylaxis with specific immunoglobulins, in addition to vaccination. »

D'autres directives ont été publiées par différentes instances (UK Department of Health, 1993 ; American Medical Association, 1991 ; AIDS/TB Committee, 1997 ; LCDC, 1998). Elles sont généralement de nature indicative, essentiellement parce qu'il est très difficile de définir quelles devraient être l'autorité exécutive et l'autorité de contrôle, et parce que leur application pose des problèmes pratiques difficiles (Magnavita M, 2003). De plus, quelques auteurs, comme DANIELS (Daniels, 1992 ) ont relevé que ces directives n'étaient pas toujours cohérentes entre elles et qu'elles pouvaient être source d'abus ou d'illusion quand elles mettaient trop en exergue l'information aux patients exposés. Citons ici cet auteur : « *The ethical controversy surrounding the Centers for Disease Control (CDC) and American Medical Association (AMA) guidelines for restricting the practice of HIV-infected health professionals appears to hinge on whether we give priority to the rights of infected workers or patients. We cannot simply dismiss the concerns of patients as irrational, despite the low risks of transmission. Nor can we avoid the dispute about rights by claiming with the AMA that professionals have obligations to refrain from imposing "identifiable risks," however low, on patients. Nevertheless, allowing the full exercise of patient rights, either by giving patients the opportunity to know the risks they face and to switch providers, or by removing infected providers (compulsory switching), would make each of us worse off. This gives us adequate reason to reject these guidelines and to emphasize other infection control measures.* »

Une **Directive de l'Union Européenne** (Directive 89/361, 1989) stipule que l'employeur doit, en cas de travail dangereux pour un employé, reconnaître formellement ce risque, alors que l'employé ne peut être exposé au risque que dans des cas exceptionnels, après l'accord d'une tierce partie (généralement un service médical extérieur qui ne doit pas être le médecin de l'entreprise). Ceci concerne, il est vrai, plutôt le risque qu'encourt un médecin qui traiterait un malade contagieux que l'inverse. Toutefois, cette Directive montre que l'entreprise ne peut pas rester en marge d'une activité dangereuse se déroulant en son sein.

Enfin, en cas d'exposition accidentelle aux virus HBV, HCV et HUV, un traitement est souhaité. En effet, une **recommandation du Center for Disease Control and Prevention (CDC), datant de 2001 (CDC, 2001), dit que** : « *Recommendations for HBV postexposure management include initiation of the hepatitis B vaccine series to any susceptible, unvaccinated person who sustains an occupational blood or body fluid exposure. Postexposure prophylaxis (PEP) with hepatitis B immune globulin (HBIG) and/or hepatitis B vaccine series should be considered for occupational exposures after evaluation of the hepatitis B surface antigen status of the source and the vaccination and vaccine-response status of the exposed person. Guidance is provided to clinicians and exposed HCP for selecting the appropriate HBV PEP.*

*Immune globulin and antiviral agents (e.g., interferon with or without ribavirin) are not recommended for PEP of hepatitis C. For HCV postexposure management, the HCV status of the source and the exposed person should be determined, and for HCP exposed to an HCV positive source, follow-up HCV testing should be performed to determine if infection develops* (Notons que, comme nous l'avons mentionné plus haut, cette directive peut être contestée au vu d'études postérieures à cette recommandation, études qui proposent l'administration d'interferon 2b).

*Recommendations for HIV PEP include a basic 4-week regimen of two drugs (zidovudine [ZDV] and lamivudine [3TC]; 3TC and stavudine [d4T]; or didanosine [ddI] and d4T) for most HIV exposures and an expanded regimen that includes the addition of a third drug for HIV exposures that pose an increased risk for transmission. When the source person's virus is known or suspected to be resistant to one or more of the drugs considered for the PEP regimen, the selection of drugs to which the source person's virus is unlikely to be resistant is recommended.*

*In addition, this report outlines several special circumstances (e.g., delayed exposure report, unknown source person, pregnancy in the exposed person, resistance of the source virus to antiretroviral agents, or toxicity of the PEP regimen) when consultation with local experts and/or the National Clinicians' Post-Exposure Prophylaxis Hotline ([PEPline] 1-888-448-4911) is advised.*

*Occupational exposures should be considered urgent medical concerns to ensure timely postexposure management and administration of HBIG, hepatitis B vaccine, and/or HIV PEP. »*

### **III. Attitude institutionnelle – position des HUG**

Le Conseil a entendu, dans sa séance du 2 février 2005, le Directeur Médical (Pr. Pierre DAYER) et le médecin chef du service de prévention et contrôle de l'infection-SPCI (Pr. Didier PITTET). Lors de la même séance, la Dre Nadia BESSIRE, qui est la mandante du présent avis, a aussi été reçue en séance.

**Notons d'emblée qu'il n'existe pas de Directive HUG sur ce sujet et que le statut du personnel ne permet pas aujourd'hui une vaccination forcée du personnel.**

Le **Directeur Médical**, le **Pr. Pierre DAYER**, informe le Conseil qu'il a eu à examiner une demi-douzaine de situations qui se rapportaient à des médecins potentiellement infectieux. En collaboration avec le Pr. Didier PITTET, il a pris les décisions qui s'imposaient dans l'intérêt prédominant des malades exposés à des soignants potentiellement contaminants, soit une reconversion professionnelle de ceux-ci. Le Pr. DAYER est d'avis qu'à l'engagement, il faut contrôler les candidats à un poste dans les HUG, et, en cas de sérologie négative pour l'hépatite B, la vaccination devrait être obligatoire. Si, en cours de son activité professionnelle, un médecin (ou un autre soignant) devenait dangereux pour les malades, le danger devrait être apprécié par des experts. Les mesures prises alors pourraient aller d'un changement d'activité au sein des hôpitaux jusqu'à la résiliation du contrat de travail. Un soutien approprié pour les collègues ou collaborateurs qui auraient accidentellement contracté une infection potentiellement contaminante devrait être apporté par l'Institution (voir aussi : Warhaft N, 2004). Pour satisfaire ces objectifs, le statut du personnel des hôpitaux genevois devrait être modifié dans le sens qu'il permettrait l'application de ce qui deviendrait une exigence institutionnelle. Les activités à risque devraient être inventoriées par des experts médicaux, ce qui n'a pas été formellement réalisé à ce jour.

Le **médecin d'entreprise**, la **Dre Nadia BESSIRE**, va dans le sens du Directeur Médical. Elle se pose toutefois la question de la préservation du secret médical lorsqu'un médecin ou un soignant se révèle séropositif, notamment pour l'HBV, en cours d'activité professionnelle. Il existe là un conflit de conscience : la loyauté envers l'entreprise, dans le but de protéger les malades, doit-elle céder le pas devant la protection du médecin-patient, privilégiant ainsi le secret médical ?

Le **Pr. Didier PITTET**, quant à lui, est aussi d'avis qu'il faudrait vacciner le personnel à l'embauche, mais pas seulement contre l'HBV. La grippe, par exemple, est un risque quantitatif plus élevé que celui de l'hépatite, notamment pour les malades âgés et fragiles, nombreux dans la patientèle des HUG. Les soignants qui refusent, actuellement, cette vaccination sont pour le moins irresponsables.

### **IV. Aspects juridiques**

Il n'existe aucun texte législatif en Suisse qui pourrait contraindre un établissement médical, public ou privé, à déterminer le status sérologique d'un membre futur ou actuel de son personnel soignant, ni qui autoriserait un tel établissement à effectuer systématiquement, à titre préventif, ce type d'investigation.

Le droit positif suisse est également dépourvu de texte permettant à un patient à exiger de connaître le status sérologique du soignant qui le prend en charge. Loi fondamentale par excellence, la *Constitution fédérale*, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000, consacre le principe de la liberté personnelle de tout individu. La liberté personnelle est la liberté centrale qui garantit en premier lieu l'intégrité corporelle et donc le droit à la vie (article 10 Constitution fédérale). Ce même principe de la liberté personnelle prévoit la protection de la sphère privée (article 13 Constitution fédérale).

L'ordre juridique suisse comprend, outre le droit constitutionnel fédéral, d'autres branches du droit tendant à la protection de ces biens fondamentaux. Ainsi, le *Code civil suisse* contient des dispositions générales qui protègent la personnalité d'un individu contre les « engagements excessifs », c'est-à-dire qu'on ne peut contraindre un individu d'accepter des contraintes ou des obligations démesurées par rapport à ses possibilités, notamment financières (article 27 CCS) et contre les atteintes illicites d'un autre individu (article 28 CCS). Le *droit administratif* participe à la protection de la liberté personnelle, notamment à travers le droit des assurances sociales et la lutte contre les maladies dangereuses. Le Code pénal suisse sanctionne, notamment, les infractions contre la vie et l'intégrité corporelle (article 111 à 136 CPS) et les infractions contre la sphère privée (notamment article 321 CPS). L'article 231 CPS réprime, plus particulièrement, la propagation intentionnelle d'une maladie de l'homme. Dans un arrêt rendu le 22 février 1990, dans la cause S. contre Procureur général du Canton de Vaud (arrêt du Tribunal fédéral suisse 116 IV page 125 et suivantes), la Cour de cassation pénale a confirmé l'arrêt du Tribunal cantonal vaudois qui a reconnu coupable de propagation intentionnelle d'une maladie de l'homme, une personne qui avait entretenu des relations sexuelles sans précaution avec une jeune fille, alors qu'il se savait séropositif et ne l'en avait pas informée. Il a été estimé que le virus HIV constitue, dans le contexte de l'article 231 CPS une maladie dangereuse et transmissible. Par ailleurs, la personne a été également condamnée pour lésions corporelles graves (au sens de l'article 122 CPS).

En revanche, l'article 129 CPS traitant « de la mise en danger de la vie d'autrui », ne trouverait pas d'application dans la problématique qui nous concerne. En effet, l'article 129 stipule que « *celui qui, sans scrupules, aura mis autrui en danger de mort imminente, sera puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement.* » Cette disposition légale s'applique en effet uniquement et de façon spécifique à la mise en danger d'un tiers dans le contexte d'un risque extrême entraînant avec grande probabilité une mort immédiate.

Comme nous l'avons écrit plus haut, l'article 10 alinéa 2 de la Constitution fédérale prévoit l'intangibilité du corps humain. Toute intervention sur le corps humain, quelle que soit sa gravité, que la commission soit volontaire ou accidentelle, constitue une atteinte à la liberté personnelle. Toutefois, l'Etat peut être légitimé à restreindre cette liberté s'il respecte les trois conditions essentielles fixées à l'article 36 de la constitution fédérale. Il faut premièrement que la restriction soit prévue dans une loi (condition de la base légale), il faut ensuite qu'elle soit justifiée (condition de l'intérêt public), il faut enfin, qu'elle soit dans un rapport raisonnable avec le but recherché (condition de la proportionnalité). Ces trois conditions sont cumulatives. L'article 36 alinéa 4 de la Constitution fédérale ajoute que la restriction ne doit pas vider la liberté de toute substance. C'est ainsi que le législateur a prévu des dispositions contraignantes dans la *loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (loi sur les épidémies)*. Cette loi autorise la Confédération et les cantons à prendre les mesures nécessaires pour lutter contre les maladies transmissibles de l'homme. Y est adjointe la loi fédérale sur la lutte contre la tuberculose qui s'applique à titre complémentaire. La Confédération et les cantons ont également pour mission de prendre les mesures propres, à protéger l'homme contre les agents pathogènes. Sont définies comme maladies transmissibles au sens de la loi fédérale, *les maladies produites par des agents pathogènes et pouvant être transmises directement ou indirectement à l'homme*. Les agents pathogènes sont des organismes (prions, virus, rickettsies, bactéries, champignons, protozoaires et helminthes, notamment) ainsi que des matériaux génétiques qui peuvent provoquer une maladie transmissible chez l'homme (article 2 alinéas 1 et 2 de la loi sur les épidémies). Dans ce cadre, le

Conseil fédéral a adopté des ordonnances d'exécution, notamment une ordonnance sur « la déclaration des maladies transmissibles de l'homme » (ordonnance sur la déclaration).

Cette ordonnance impose aux médecins, aux hôpitaux et aux autres institutions publiques ou privées du domaine de la santé, de déclarer à l'autorité cantonale compétente, les cas de maladies transmissibles chez des personnes malades, infectées ou exposées, avec des indications permettant d'identifier ces personnes, sauf exceptions expressément prévues. En tant que médecin, le médecin d'entreprise, est également soumis à cette obligation. L'autorité cantonale doit transmettre ensuite ces déclarations à l'Office fédéral de la santé public (OFSP). L'ordonnance sur la déclaration susmentionnée, prévoit, dans le cadre des informations à transmettre à l'autorité cantonale compétente et à l'OFSP, un ensemble de données personnelles dont la profession de la personne malade, infectée ou exposée. Les laboratoires ont également l'obligation de déclarer à l'autorité cantonale compétente, les résultats d'analyses infectiologiques, avec des indications permettant d'identifier les personnes malades ou infectées, sous réserve de dispositions légales contraires. Cette obligation de déclaration n'est pas constitutive d'une violation du secret professionnel au sens de l'article 321 CPS ; en effet, le chiffre 3 de l'article 321 prévoit d'une telle restriction au respect de la confidentialité des données personnelles, si elle est prévue dans une législation fédérale ou cantonale.

Le *Canton de Genève* a adopté une *loi d'application de la loi fédérale sur les épidémies* ainsi qu'un règlement d'exécution, qui désignent le département de l'action sociale et de la santé, comme autorité compétente ; le DASS charge, à l'article 2 du règlement cantonal, le service médical et prophylactique de l'institut d'hygiène, représenté par le médecin cantonal, de prendre les mesures propres à lutter contre les maladies transmissibles sur le territoire du canton de Genève. L'article 28 alinéa 2 de la loi sur les épidémies stipule que le médecin qui découvre, traite ou surveille des malades, des malades suspects, des sujets contacts ou des excréteurs, prend les mesures en son pouvoir pour empêcher la propagation de la maladie et éliminer la source de l'infection. Il est même prévu qu'il puisse, s'il l'estime nécessaire, informer le médecin cantonal pour qu'il intervienne. En effet, sur la base de la déclaration nominative avec mention de la profession, le médecin cantonal doit surveiller l'évolution de l'état de santé de la personne. Il peut même prendre des mesures coercitives de son propre chef ou à la demande du médecin traitant. L'arsenal de ces mesures est très étendu, comme nous le montrerons plus loin.

En effet, selon l'article 15 alinéa 2 de la loi sur les épidémies, *la surveillance médicale peut être ordonnée par le médecin cantonal* si les personnes :

- excrètent des agents pathogènes ou sont suspects d'en excréter ;
- ont été en contact avec des personnes contagieuses ou des malades (sujets-contacts) ou sont suspects de l'avoir été (sujets-contacts suspects) ;
- sont atteintes d'une maladie transmissible (malades) ou présentent des symptômes laissant soupçonner qu'il s'agit d'une maladie transmissible (malades suspects).

Le médecin cantonal peut ordonner de mettre ces personnes en isolement dans un établissement approprié, s'il l'estime approprié (article 16 de la loi sur les épidémies). Ces mêmes personnes peuvent être contraintes à subir des examens médicaux et des prélèvements pour analyse, si ces mesures sont nécessaires pour prévenir la propagation d'une maladie transmissible (article 17 de la loi sur les épidémies).

L'article 19 de la loi fédérale sur les épidémies prévoit même que « *les cantons peuvent exiger des personnes qui exercent certaines activités ou professions, la preuve, présentée à des intervalles réguliers, qu'elles n'excrètent pas d'agents pathogènes. Lorsque des circonstances particulières le justifient, ils peuvent ordonner en tout temps l'examen de ces personnes* ». L'article 19 alinéa 2 stipule même « *que les cantons peuvent interdire aux personnes visées à l'article 15 alinéa 2, d'exercer certaines activités ou profession.* » Les cantons peuvent néanmoins accorder une indemnité aux personnes qui doivent interrompre ou cesser leur travail, en raison d'une des causes susmentionnées et subissent ainsi une perte de gain (article 20 de la loi sur l'épidémie). Ces diverses mesures, ordonnées par le médecin cantonal, ne le sont que s'il a connaissance



d'une situation critique. Cette information lui est accessible par la déclaration obligatoire au sens de l'ordonnance fédérale ; cela lui permet de suivre la personne et de prendre des mesures adaptées aux circonstances et visant à prévenir une contamination.

*Le médecin cantonal est donc habilité à ordonner à un professionnel de la santé effectuant des gestes invasifs, de suspendre son activité.*

L'ordonnance fédérale sur cette déclaration obligatoire prévoit que cette interdiction d'activité peut être prescrite selon les cas sous forme codée ; les données transmises ne doivent pas permettre d'identifier les personnes et doivent se référer uniquement au sexe, à la date de naissance, aux initiales, au pays de domicile, à la nationalité, au canton de domicile, le lieu de domicile et la profession. C'est au département fédéral de l'intérieur qu'il appartient de déterminer, dans une autre ordonnance, les observations soumises à déclaration nominative ou sous forme codée, les critères et les délais de déclaration. La déclaration est nominative s'agissant des virus de l'hépatite A, B et C, de la tuberculose, de la rougeole, notamment. En revanche, elle est codée pour les personnes HIV séropositives ou ayant développé un SIDA. L'article 17 de l'ordonnance sur la déclaration prévoit toutefois que l'OFSP peut exiger que les déclarations codées devront lui permettre de connaître l'identité de la personne en cause, si « des circonstances extraordinaires le rendent nécessaire. »

La loi d'application genevoise de la loi sur les épidémies (Loi K 1.15 et règlement d'application K 1.15.01) prévoit à son article 2, que le DASS peut, sur préavis du médecin cantonal, *requérir la force publique* pour l'exécution des mesures relatives à l'isolement et à l'hospitalisation des personnes pouvant propager une maladie transmissible. Il peut également être fait appel à la force publique quand le médecin cantonal décide d'ordonner des contrôles réguliers à la personne concernée ou même lui interdire certaines activités ou professions, au sens des articles 15, 16, 17, 19 et 21 de la loi sur les épidémies.

Le médecin cantonal est également l'autorité compétente pour prendre un certain nombre de mesures complémentaires applicables à l'ensemble du personnel des établissements hospitaliers présentant des manifestations suspectes de tuberculose. Ceux qui sont reconnus atteints de tuberculose dangereuse pour autrui doivent être éloignés de l'établissement et doivent recevoir les soins nécessaires à leur état. Des mesures doivent être prises pour qu'ils ne deviennent pas des agents de contamination.

La loi genevoise sur « l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical » (Loi K3.05), exclut en principe de son champ d'application l'exploitation des établissements publics médicaux comme les HUG. De même, cette loi cantonale ne vise que l'exercice, à titre privé, des professions de la santé. Toutefois, au sein des HUG, le Directeur Médical a été investi d'un devoir de surveillance de la conformité de la formation des médecins, attestée par les différents diplômes qu'ils ont acquis. Cette mission est assimilée au contrôle de l'octroi des droits de pratique, de sorte le dispositif législatif cantonal, *de facto*, peut s'appliquer dans les HUG. Ainsi, il est intéressant de relever que les professionnels de la santé se voient refuser, en vertu de cette loi, l'autorisation de pratiquer ou se la voit retirer, s'ils présentent des atteintes physiques incompatibles avec leur activité professionnelle. C'est pourquoi le règlement cantonal d'exécution prévoit, à l'article 2, que l'intéressé doit produire à l'appui de sa demande de droit de pratique, sa réponse à un questionnaire sur sa santé « *ainsi qu'une déclaration par laquelle il manifeste qu'il est conscient que son état de santé ne doit pas représenter un risque pour autrui et s'engage à annoncer au médecin cantonal toute atteinte à sa santé qui serait incompatible avec la poursuite de ses activités professionnelles.* » En cas de doute, le médecin cantonal peut demander au candidat un certificat médical. Par ailleurs, le Conseil d'Etat a adopté un règlement concernant la pratique de l'obstétrique par les sages-femmes, qui prévoit à l'article 2, que cette professionnelle de la santé se doit de respecter strictement les règles d'hygiène et de prévention des infections. Elle est même tenue de faire contrôler son immunité contre la rubéole et, si elle n'est pas immunisée, la vaccination lui est vivement recommandée. Si

elle ne peut être vaccinée, elle doit éviter dans son travail le contact avec des femmes enceintes dans la première moitié de leur grossesse.

## **V. Discussion d'ordre éthique**

### **1. Les enjeux**

Les enjeux éthiques nous paraissent être en relation d'une part avec le risque qu'un collaborateur pourrait faire courir à un malade et, d'autre part, avec le conflit potentiel entre deux libertés, celle du patient et celle du soignant.

#### *Risque*

Dans l'absolu, il n'est pas possible de faire courir à un patient un risque que l'on serait en mesure d'éviter et il n'est pas question de mentir à un patient ou d'omettre de lui révéler une information se rapportant à un danger au sujet de sa santé. Dans cette optique, un soignant potentiellement contaminant, aussi faible ce risque soit-il, devrait être exclu d'un soin dangereux pour un malade.

#### *Liberté*

Dans l'absolu toujours, la liberté du soignant de dire ou d'omettre de faire savoir qu'il est infecté par un virus transmissible, donc potentiellement dangereux (voir plus haut la « Directive SEGOND » de 1994), devrait être respectée ; de même, la liberté d'un malade de ne pas courir de risque évitable devrait être entière elle aussi. Il y a donc ici, à première vue, un conflit d'intérêt irréductible.

#### *La situation particulière du médecin d'entreprise*

Il existe en effet, pour le médecin d'entreprise des HUG, un conflit de devoirs :

-1. comme *médecin*, cette personne a l'obligation de respecter intégralement le secret médical et il/elle a l'obligation de ne pas divulguer une information de nature médicale concernant un collaborateur venu le/la consulter ;

-2. comme *médecin d'entreprise*, il/elle a l'obligation de veiller aux intérêts de l'Institution, en l'occurrence de respecter les directives de celle-ci, au prix de violer le secret médical.

### **2. Discussion proprement dite**

La situation n'est donc pas simple et nous aimerions montrer que le débat doit être enrichi, tant une attitude radicale et absolue paraît peu défendable.

Tout d'abord, il convient de souligner que la relation patient-soignant, à l'égard du risque infectieux, n'est pas symétrique, et ce pour plusieurs raisons. Premièrement, si le risque est très faible pour un patient (quoique non nul), il n'en va pas de même pour le soignant, alors que ces risques sont de nature très différente ; il est donc difficile de les mettre en balance. En effet, pour le patient, il existe un risque d'atteinte à sa santé, alors que pour le soignant, c'est son avenir professionnel qui est en jeu, parfois à l'issue d'efforts personnels considérables (que l'on pense à la très longue et difficile formation d'un chirurgien, par exemple), avec la possibilité d'une stigmatisation au sein de l'Institution. Cette situation, pour le soignant, est le plus souvent d'autant plus injuste que celui-ci, dans la majorité des cas, a été contaminé non pas en raison d'un comportement à risque, mais dans l'exercice de son activité professionnelle. Deuxièmement, il existe une autre asymétrie, en relation avec le fait qu'un même soignant, potentiellement contagieux, va exposer non pas seulement un malade, mais tous les patients dont il aura la charge

au risque de contamination. Cette double asymétrie rend très difficile une pesée d'intérêts généralisable entre patient et soignant.

Ensuite, la situation est encore plus compliquée qu'il n'y paraît au premier abord. En effet, même s'il est souvent difficile à chiffrer, il est clair que le risque de contaminer un malade est minime, sinon l'Institution aurait déjà pris de longue date la précaution d'interdire à un soignant gravement contaminant de s'approcher d'un malade. Or, une circonstance dans laquelle un soignant potentiellement contaminant pourrait être la personne la plus expérimentée dans l'Institution pour pratiquer un geste médical ou chirurgical est loin d'être exclue. Que devient alors le « risque » pour le malade et de quel(s) risque(s) parle-t-on ? On voit d'emblée, par cet exemple, que la notion de risque, pour un patient dans une situation donnée, dépasse de loin la problématique du risque de contamination infectieuse. On pourrait ainsi, mais c'est à première vue hors sujet, envisager l'ensemble des risques que font courir les soignants aux malades : médecins surmenés, dépressifs, toxicomanes, etc.

En fait, ce problème n'est pas totalement sans relation avec la question posée : en effet, si l'Institution allait dans le sens d'un contrôle systématique des sérologies virales des soignants, ne faudrait-il pas, par souci de cohérence, qu'elle aille au bout de son raisonnement et qu'elle procède à la détection large et répétée d'autres facteurs de danger chez les soignants (alcool, drogues, état psychologique ou psychique, voire psychiatrique, etc.) à même, au moins dans certains cas, d'apporter un risque plus grand chez les malades traités par ces soignants que celui que leur ferait courir une hypothétique transmission virale ? Comme le dit A. PINCHING (Pinching A 2000) « *These matters evidently affect not only the risk of the impact of blood-borne infections but also the impact of, for example, depression, substance misuse, fatigue or lack of insight. How far does the public have the right to be notified of these matters and how much must be presumed to be part of the intrinsic consequence of having their health care delivered by human beings ?* »

Ces deux exemples conduisent assez naturellement à la notion de *proportionnalité* dans le traitement de cette question. On voit en effet d'emblée qu'une solution radicale et absolue, visant à exclure des soins un soignant potentiellement dangereux, soit à arbitrairement décider que c'est la liberté du malade (exclusion des soins du soignant à risque) ou alors que c'est celle du soignant qui prédomine (ne tenir aucun compte du risque et ne rien dire aux patients) ne sont pas tenables, car incohérentes et peu réalistes. C'est pourquoi il convient d'argumenter de façon contextuelle et appropriée au milieu hospitalier dans lequel nous vivons aujourd'hui. Cette façon d'envisager la question est non seulement soutenue par les arguments que nous venons de mentionner plus haut, mais aussi par le fait que, par nature et indépendamment de la transmission virale potentielle, l'activité médico-soignante est en elle-même une activité risquée pour le malade : que l'on pense en effet à l'exposition aux effets indésirables des médicaments, aux erreurs logistiques (dosages erronés, croisements d'examen de laboratoire entre différents malades, etc.) ou à l'acquisition des infections nosocomiales à l'hôpital.

Dans la littérature sur le sujet, quelques propositions intéressantes ont été publiées et discutées, notamment par Ristinen (Ristinen, 1998). Ces auteurs envisagent trois stratégies possibles destinées à gérer la question des soignants potentiellement contaminants et ils en discutent les avantages et les inconvénients comme suit :

*-1. première stratégie - « priorité absolue aux intérêts du patient » :*

Cette stratégie veut que tous les soignants soient testés pour les différents virus contaminants possibles et que les personnes infectées se voient interdire les interventions à risque de transmission. De plus, les soignants non infectés, avec de rares exceptions de nature médicale (contre-indications aux vaccins) se voient obligés d'être vaccinés. Dans ce cas, pratiquement la totalité des malades est protégée contre la transmission des virus et le risque pour les patients est le plus faible possible. Au vu de l'improbabilité marquée du risque de transmission virale, une information systématique des malades et une demande de consentement (acceptation du

soignant) n'a pas de sens. En revanche, cette attitude pénalise les soignants en restreignant de façon injuste la progression professionnelle de certains d'entre eux (stigmatisation) ;

*-2. deuxième stratégie – « priorité au patient, mais avec une protection des droits des soignants » :*

Ici, les soignants infectés sont identifiés et un conseil leur est donné en fonction du risque. Les soignants à haut risque de transmission virale se voient interdits d'intervention. Les soignants non infectés sont immunisés d'autorité. Le bénéfice pour les malades est important, car la plupart d'entre eux, mais pas tous, seront protégés. Le risque de transmission existe donc, mais il est très faible. La question se pose toutefois de savoir si le malade doit être informé, ce qui n'a de sens que s'il peut donner ou refuser son consentement à la prise en charge par un soignant. Quant aux soignants, leurs intérêts sont protégés, mais partiellement : un petit nombre de soignants seulement sera interdit d'intervention à risque, alors que la vaccination est contraignante pour la grande majorité d'entre eux ;

*-3. troisième stratégie – « priorité aux droits des soignants, avec une protection des patients » :*

Dans cette option, les soignants infectés sont identifiés et un conseil leur est apporté. La confidentialité est maintenue et c'est au soignant de déterminer quelle va être son attitude quant à sa participation à des actes à risque. Cette stratégie va probablement protéger la plupart des malades, mais de façon potentiellement aléatoire, car c'est au soignant de décider de son attitude. Cette stratégie est donc moins sûre pour les malades que les deux autres façons de procéder. Le consentement du patient à la prise en charge par un soignant donné n'est pas possible, car les patients ne sont pas forcément conscients du risque, laissé à la discrétion du soignant. Enfin, cette stratégie protège les intérêts des soignants, dont la carrière n'est pas compromise, à moins que, volontairement, ils acceptent de faire connaître leur séropositivité virale.

On le voit, chacune de ces stratégies présente des avantages et des inconvénients, pour l'une ou l'autre des parties, le soignant ou le patient.

**Notre Conseil estime quant à lui qu'une attitude uniforme et universelle applicable à toutes les situations que pourraient rencontrer un patient et un soignant dans les HUG n'est pas envisageable, en raison de la grande variété de l'importance du risque encouru par les malades dans ces circonstances (notion de seuil de risque).**

### 3. Opinion des patients

L'opinion des patients suisses, et plus spécifiquement genevois, sur la question de l'autorisation ou non octroyée à des médecins/soignants de procéder à des interventions dans telle ou telle condition, en particulier s'il existe un potentiel de contamination, même minime, est inconnue. Au sein de notre Conseil, l'opinion des membres qui ne sont pas du monde de la santé est que c'est à l'Institution de fixer ses règles et que la population est légitimée à penser que des procédures sécuritaires suffisantes dans nos hôpitaux sont mises en place ; l'idée d'une information systématique des patients opérés par des médecins séropositifs lorsque le risque de transmission virale n'est pas présent n'est pas retenue, car elle serait une source d'angoisse pour un risque mineur et elle représenterait un oreiller de paresse pour l'Institution. En effet, celle-ci se verrait déchargée de toute obligation après une information qui aurait résulté dans la résignation du malade à se faire soigner par une personne séropositive.

Dans la littérature, il n'en va pas de même et des associations de patients sont d'avis de ne pas permettre aux chirurgiens porteurs de virus contaminants d'opérer (Halle, BMJ 1996). De même, sur le plan politique, des voix se font entendre pour rendre les précautions plus contraignantes, notamment en rendant les vaccinations obligatoires pour le personnel à risque de transmission de maladies virales (Sheldon, 1999). En milieu anglo-saxon, il existe des données montrant que les

malades qui ont été exposés à un soignant potentiellement infectant désirent le savoir, même au prix d'un certain degré d'anxiété généré par cette information (Blatchford, 2000).

## **VI. Propositions du Conseil d'Ethique Clinique et argumentation**

Le Conseil d'Ethique estime qu'il existe deux situations différentes dans notre Institution : le cas de l'embauche d'un nouveau personnel et celui d'un soignant déjà engagé, mais contaminé durant son activité professionnelle. Ces situations seront donc discutées séparément. De plus, le CEC terminera par deux remarques particulières traduisant des préoccupations en relation avec la question posée par le médecin d'entreprise, la vaccination contre des maladies transmissibles fréquentes comme la grippe, et la situation du personnel en formation, en amont de l'embauche (étudiants en médecine et infirmières, notamment).

### **1. A l'embauche d'un nouveau personnel HUG**

Notre Conseil pense qu'à *l'embauche de tout nouveau personnel soignant dans les HUG*, une proposition devrait être faite aux candidats, dont la teneur serait que leur statut sérologique puisse être connu de façon fiable et, le cas échéant, qu'une vaccination soit effectuée chez eux. Cette proposition devrait être assortie à une information soigneuse, à la portée de ces personnes. En effet, il est difficile de contester que toute personne se dédiant à porter des soins « directs » aux malades, c'est-à-dire avec un contact physique avec eux, a une obligation morale de connaître son statut sérologique et à le faire connaître au médecin d'entreprise, celui-ci étant lié par le secret médical. La raison qui sous-tend cette obligation morale réside dans le fait que le risque zéro de transmission n'existe pas et qu'un soignant doit tout faire pour minimiser un tel risque.

Une obligation formelle et institutionnelle de mettre en route cette vaccination ne peut pas se concevoir, car il n'existe pas de base légale pour l'imposer. Il est de plus très probable qu'une directive ou un règlement n'auraient pas une portée suffisante pour soutenir une éventuelle obligation de ce type. Cette éventuelle obligation ne pourrait que se fonder sur une loi, compte tenu que c'est l'intégrité physique d'une personne qui est ici en jeu (prise de sang, assortie parfois d'une vaccination). Il ne semble pas qu'actuellement, le corps législatif soit actif dans ce domaine, ni qu'il le devienne dans un avenir proche.

Sur le plan éthique, notre proposition peut aisément être défendue. En effet, une personne qui choisit une profession soignante ne fait pas cette démarche par hasard : elle fait montre d'une préoccupation pour autrui, qui se matérialise dans une relation d'aide, qu'elle soit de nature médicale ou autre. Le principe éthique concerné ici est celui de la bienfaisance. Au nom de la cohérence, il est difficile de comprendre comment un soignant se refuserait à vouloir protéger son patient en l'exposant à un risque infectieux tout en poursuivant une activité thérapeutique ou de soutien. Il faut toutefois bien reconnaître, et c'est être réaliste, qu'il existe des croyances, certes infondées, au sujet du pouvoir nocif de certains vaccins. Quelle que soit la nature ou le fondement de ces croyances, elles ne sont pas rares au sein du corps des soignants (Siegrist CA, 2005). Il en va donc du devoir des responsables sanitaires de faire comprendre à ces soignants qu'ils doivent, en conscience, accepter de mettre en œuvre toutes les mesures, y compris les vaccinations, pour protéger leurs malades et pour se protéger eux-mêmes. Ceci est fondé, sur le plan éthique, sur le principe de bienfaisance, ici à la fois altruiste (la protection des patients fragilisés) et non-altruiste (que ces soignants ne deviennent pas eux-mêmes les victimes de maladies évitables).

Bien entendu, en cas de découverte sérologique qui ne rendrait pas inapte aux soins une personne désirent obtenir un emploi dans les HUG, il serait contraire à l'éthique de la discriminer en lui refusant un engagement. De plus, une telle attitude si elle devait être prise par l'Institution serait certainement contre-productive : elle dissuaderait le plus grand nombre de bénéficiaire de contrôles et de mesures favorables tant aux malades qu'à ce personnel lui-même. C'est pourquoi il

importe que la confidentialité des résultats sérologiques soit garantie aux candidats à l'embauche qui accepteraient ces contrôles.

Il en va tout autrement du *personnel qui, dès le début de son engagement dans les HUG, devrait travailler dans une « zone à risque »*. En effet, ici, l'intérêt qui prédomine sans discussion possible est celui du malade, qui ne saurait être mis en danger. Il n'est évidemment pas question d'être naïf au point de croire qu'un risque nul pourrait exister, mais il est du devoir Institutionnel de mettre en œuvre toutes les mesures capables de minimiser un risque identifié, au moins si ces mesures sont réalistes, raisonnables et praticables. Or, dans le cas des soignants potentiellement contaminants, les risques sont assez bien connus et différentes instances ont analysé en détail quelles sont les pratiques permettant de mettre à l'abri les patients avec un haut degré de probabilité de succès (American Medical Association 1991, Center for Disease Control and Prevention CDC 1991, 1998 et 2001, etc.). Notre Conseil estime que chaque Institution, donc les HUG, devrait se pourvoir d'un panel d'expert sur l'évaluation des pratiques et pour définir quelles sont les zones et les pratiques à risque. De plus, il incombe aux devoirs du chef de service concerné de déterminer quels vont être les accès et les pratiques au sein du secteur à risque dont il a la responsabilité. Ici, la valeur éthique de bienfaisance à l'égard des malades rejoint le concept déontologique de la conscience professionnelle et de la responsabilité à l'égard des malades. Il n'incombe pas à un soignant de déterminer de son propre chef quels sont les secteurs ou les pratiques à risque. Le fait qu'un soignant soit exclu d'une zone (ou d'une pratique) à risque n'est pas une discrimination à proprement parler. En effet, tout être humain n'a pas tous les droits possibles imaginables et la nature a par exemple fixé des limites consécutives aux inégalités biologiques qui sont largement acceptées parce qu'incontournables : une acuité visuelle limitée, par exemple, n'autorise pas le pilotage d'un avion de ligne et aucune personne sensée le conteste.

De plus, l'activité dans une zone à risque (ou l'exercice d'une pratique à risque) ne représente qu'une minorité des actions médico-soignantes possibles et l'épanouissement personnel d'un médecin ou d'une infirmière peut aisément trouver un achèvement altruiste dans de nombreux autres secteurs de la vie hospitalière.

## **2. Personnel déjà embauché**

La situation du personnel déjà engagé par les HUG, mais chez lequel on mettrait en évidence un risque infectieux pour les malades, présente des analogies et des différences avec celle de l'embauche.

Comme la situation de l'embauche, une différence majeure existe selon qu'il s'agisse de personnel de soins dans une zone « normale » ou dans une zone à risque. Dans ce dernier cas, la valeur éthique de non malfaisance impose à l'évidence l'éviction de ce personnel des activités et secteurs où des malades seraient en danger. Quant aux autres secteurs, rien n'empêche aux yeux de notre Conseil que des soignants puissent y travailler, dans la mesure bien entendu où leur état de santé le permet. L'évaluation du risque que fait courir un soignant à ses malades doit être la tâche d'un comité d'experts neutre, sans conflit d'intérêt avec l'Institution, mais en contact étroit avec le médecin d'entreprise. Ce comité devrait définir les modalités de contrôle et le suivi du risque que fait courir un soignant à ses patients pour que, le cas échéant, l'Institution puisse l'autoriser à nouveau à pratiquer son art dans une zone à risque. Un suivi personnel s'impose donc, de même qu'un dépistage périodique de tous les soignants travaillant en zone à risque (ou procédant à des gestes à risque). La fréquence de ce suivi doit également être déterminée par des experts, toujours en coordination étroite avec le médecin d'entreprise. C'est en tant qu'Autorité qu'il incombe à l'Institution, munie des conseils des experts, de décider d'autoriser ou non un soignant infecté à travailler ou non dans un secteur donné.

Il est important de réaliser qu'outre ses obligations régies par la loi sur le travail, sur le plan moral, l'hôpital a un devoir de solidarité avec son personnel en difficulté, *a fortiori* si cette difficulté résulte d'une infection contractée dans l'exercice de sa mission de soins (personnel contaminé par un liquide biologique, par exemple). Des mesures de reclassement doivent être prévues, qu'elles

impliquent un changement de secteur, voire de profession. Un soutien psychologique et social doit être mis en route (assurances perte de gain, orientation professionnelle, etc.). La confidentialité sur l'état de santé de ces personnes doit être strictement garantie. L'identité du soignant ne doit être révélée que pour des besoins précis liés à son bénéficiaire, et avec son accord ou lorsque des intérêts de santé publique ou privée prédominants sont en jeu.

Si un incident ou accident venait tout de même à se produire malgré ces précautions, le malade mis en danger, voire contaminé, devrait en être immédiatement informé. Ceci est non seulement un impératif éthique (véracité, droit à la liberté individuelle-autonomie, donc droit à savoir ce qu'il advient à son corps), mais cet impératif moral se matérialise dans une entreprise médicale. Il existe en effet des mesures spécifiques à prendre dans cette situation (immunoglobuline hyperimmunes anti-HBV, interféron  $\alpha$ -2b contre le développement de HCV et triple thérapie anti-HIV), qu'il n'est pas question d'administrer sans l'accord éclairé du malade). Le principe éthique de bienfaisance ne peut être satisfait qu'au prix de la mise en route de ces mesures.

Il est de plus légitime d'informer le médecin d'entreprise et les autorités hospitalières de la contamination d'un malade par un soignant, à des fins de contrôle de qualité des pratiques professionnelles au sein de l'établissement. Bien entendu, ce médecin est lié par le secret médical à l'égard de l'employé concerné alors que l'Institution est soumise au secret de fonction à l'endroit de ce collaborateur pour ce qui est de la sphère intime de sa santé. Toutefois, si la sphère privée du collaborateur doit être préservée, cela ne veut pas dire que cette personne doit pouvoir continuer à mettre en danger les malades. Le médecin d'entreprise doit le convaincre de s'ouvrir à son médecin traitant qui prendra en charge ses besoins de santé, alors que ce même médecin d'entreprise doit mettre en œuvre les éventuelles mesures sanitaires nécessaires dans l'Institution. En cas de non-conformité d'un collaborateur aux mesures indispensables à la protection des malades, le médecin d'entreprise n'a pas d'autre choix que d'en informer le médecin cantonal. Ce dernier possède l'autorité, fondée sur la loi (LF sur les épidémies, art. 19), pour ordonner à un professionnel de la santé de suspendre son activité.

### **3. Considérations particulières**

#### **3.1. Maladies transmissibles fréquente – l'exemple de la grippe**

La grippe est une maladie contagieuse pour laquelle le risque de transmission d'un soignant contaminé à un patient se répète annuellement. Si la grippe en elle-même n'est en général pas une cause directe de mortalité, elle peut être un facteur déclenchant de complications sévères qui menacent le pronostic vital. Ces complications surviennent plutôt chez les personnes âgées ou affaiblies par une maladie cardiaque ou respiratoire, un diabète, une diminution de l'immunité. En Suisse, la grippe provoque chaque année un excès de 400-1000 décès et 1000-5000 hospitalisations, selon la virulence de l'épidémie, surtout dans les catégories de population mentionnées ci-dessus. La vaccination permet d'éviter efficacement environ 50 - 60% des complications et des décès (HUG). La vaccination du personnel hospitalier en contact avec les patients a par ailleurs démontré son efficacité dans la prévention des épidémies de grippe intra-hospitalières (Bridges, Kuehnert et Hall 2003) et dans la protection des patients hospitalisés contre les complications de la grippe (Carman et al. 2000). Malgré cela, la vaccination contre la grippe est notoirement mal suivie par toutes les professions soignantes, avec une prévalence de vaccination toutefois un peu plus importante chez les professionnels paramédicaux que chez les médecins (O'Rourke et al. 2003).

Les personnes qui possèdent la meilleure connaissance sur le vaccin anti-grippal sont les plus susceptibles de se faire vacciner (Martinello, Jones et Topal 2003). Les raisons de non-vaccination citées dans la littérature sont la croyance en l'inefficacité du vaccin, la peur de ses effets secondaires (LaVela et al. 2004), une perception du risque de la grippe comme faible, (Steiner et al. 2002) ou une incompréhension des buts d'une campagne de sensibilisation (Qureshi et al. 2004). Plusieurs méthodes, dont l'affichage de poster ou la distribution de dépliants (Qureshi et al.

2004) pourraient augmenter l'acceptation du vaccin. Dans une étude sur les règlements institutionnels des hôpitaux de Caroline du Nord, seuls 38% des hôpitaux avaient des directives écrites à ce sujet, et 2% seulement avaient rendu la vaccination obligatoire (Goldstein et al. 2004). Il semble que la vaccination anti-grippe pourrait également réduire l'absentéisme hivernal du personnel hospitalier (Saxen et Virtanen 1999), donc augmenterait la disponibilité du personnel pour les malades.

### **3.2. Le personnel en formation potentiellement contaminé – étudiants en médecine et en soins infirmiers.**

Notre Conseil est également soucieux de l'information et du soutien que pourraient recevoir des étudiants (médecins ou infirmières, autre personnel soignant) contaminés par des virus potentiellement transmissibles à leurs futurs malades. Une orientation des étudiants en médecine et des futures infirmières pour qu'ils choisissent en connaissance de cause leur futur secteur d'activité en tenant compte très tôt des contraintes et des limites que pourraient représenter leur maladie devrait être mise en route tant à la Faculté de Médecine qu'au sein des écoles d'infirmières.

## **Avis Consultatif du Conseil d'Ethique Clinique des HUG**

**Le CEC est d'avis que :**

**-1. à l'embauche de tout nouveau collaborateur en contact avec les malades, il soit proposé au futur employé un contrôle sérologique et, le cas échéant, une vaccination. Cette proposition deviendrait une obligation si un collaborateur devait travailler dans une « zone à risque », ou accomplir des « actes à risque ». Il incombe à un panel d'expert, en collaboration avec le médecin d'entreprise, de définir ces zones ou ces actes. Un collaborateur potentiellement contaminant ne doit pas être autorisé à travailler dans ces secteurs tant qu'il fait courir un risque aux malades. Le cas échéant, des contrôles périodiques de l'état sérologique des soignants dans les zones à risque ou accomplissant des actes à risque doivent être entrepris. C'est encore une fois le rôle du panel d'expert de se prononcer sur le bien-fondé et sur la fréquence de ces contrôles ;**

**-2. personnel déjà embauché :**

**.i. de manière générale, les précautions standard suffisent pour protéger les patients hors des zones à risque ou lorsque les soignants ne pratiquent pas d'actes à risque. Il ne convient donc pas d'exclure de façon générale les soignants porteurs des virus HIV, HBV et HCV des soins aux malades ;**

**.ii. un collaborateur potentiellement contaminant ne doit pas être autorisé à travailler dans ces secteurs à risque, ou accomplir des actes à risque. Le cas échéant, des contrôles périodiques de l'état sérologique des soignants dans les zones à risque ou chez ceux qui accompliraient des actes à risque doivent être entrepris. En cas d'incident ou d'accident survenant malgré ces précautions et qui résulteraient en la contamination d'un patient, l'Institution doit en être informée, de même que le malade. L'Institution doit en effet être tenue au courant de cet événement fâcheux, d'une part pour exercer son rôle de surveillance (elle est garante de la qualité des soins) et, d'autre part, pour apporter son soutien tant au patient contaminé que, le cas échéant, au membre de son personnel. Le malade doit être également informé de ce qui s'est produit, d'une part parce que c'est son droit au nom de la valeur éthique de la véracité et parce que des mesures médicales particulières doivent être discutées, voire mises en route rapidement. Dans ces**



circonstances, tous les efforts doivent être apportés pour préserver la sphère privée du soignant, de même que celle du soigné ;

**-3. recommandations organisationnelles :**

**.i. *le rôle du médecin d'entreprise* :** il coopère étroitement avec le panel d'experts (voir ci-dessous). Il doit préserver la sphère privée du soignant en cas de contamination de celui-ci. Si ce soignant contaminé travaille dans une zone à risque, le médecin d'entreprise doit le convaincre de changer d'activité. Le cas échéant, en cas de refus, le médecin d'entreprise doit faire intervenir le médecin cantonal, auquel la loi donne le pouvoir d'écarter ce soignant des zones ou actes à risque. Le médecin d'entreprise est tenu au secret médical et à la confidentialité vis-à-vis du patient potentiellement contaminé, s'il vient à en connaître l'identité pour des raisons opérationnelles ;

**.ii. *révélation obligatoire* :** en cas de contamination accidentelle, le malade doit en être immédiatement informé et le cas signalé aux autorités institutionnelles ainsi qu'au médecin d'entreprise. La procédure institutionnelle « incident ou fait grave » (directive HUG) doit être activée ;

**.iii. *le rôle de l'employeur* :** en cas de contamination d'un membre du personnel, l'Institution a un devoir de soutien pouvant aller jusqu'à une offre de reconversion professionnelle, dans le respect de la confidentialité ;

**.iv. *le panel d'experts* :** l'Institution doit se pourvoir d'un panel d'experts qui explicite et qui actualise quelles sont les zones et les pratiques à risque. Il définit les mesures à prendre, qu'elles soient prophylactiques ou qu'elles suivent une contamination. Les experts doivent travailler en étroite collaboration avec le médecin d'entreprise ;

**-4. le Conseil tient à rappeler très fortement qu'il en va d'un devoir professionnel pour les soignants d'accepter de protéger les malades contre des affections médicales courantes, mais potentiellement létales, comme la grippe, en acceptant une vaccination contre l'apparition de ces maladies. Quand le personnel travaille dans une zone à risque ou qu'il fait courir un risque infectieux aux malades, l'Institution est moralement légitimée à déplacer le personnel qui refuserait la vaccination dans un autre secteur de soins.**

Genève, le 20 mai 2005 :

Pour le Conseil d'Ethique Clinique :

Pr. JC. CHEVROLET  
Président

**Bibliographie**

American Medical Association. *AMA Statement on HIV-Infected Physicians*. Chicago, Ill: American Medical Association; January 17, 1991.

AIDS/TB Committee of the Society for Healthcare Epidemiology of America. Management of healthcare workers infected with hepatitis B virus, hepatitis C virus, human immunodeficiency virus, or other bloodborne pathogens. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1997;18:349.

Avis du Conseil d'Ethique Clinique des HUG de 1998 sur les « *Liquides biologiques potentiellement infectieux* » - <http://www.hug-ge.ch/ethique>

Barrigar D et al : Hepatitis B virus infected physicians and disclosure of transmission risks to patients – a critical analysis. *BMC Medical Ethics* 2001 ; 2 :4.

Baxall E et al : Fufth of e-antigen negative carriers of HBV should not perform exposure prone procedures. *BMJ* 1997 ;314 :144.

Beltrami E et al : Risk and management of blood-borne infections in health care workers. *Clin Microbiol Rev* 2000 ;13 :385.

Blatchford O et al : Infectious health care workers – should patients be told ? *J Med Ethics* 2000 ; 26 :27.

Bridges, C. B., M. J. Kuehnert and C. B. Hall. 2003. "Transmission of influenza: implications for control in health care settings." *Clin Infect Dis* 37(8): 1094-101.

Calman K : Cancer : science and society, and the communication of risk. *BMJ* 1996 ; 313 :799.

Carman, W. F., A. G. Elder, L. A. Wallace, K. McAulay, A. Walker, G. D. Murray and D. J. Stott. 2000. "Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial." *Lancet* 355(9198): 93-7.

Center for Disease Control and Prevention (CDC) : Recommendations for preventing transmission of HIV and HBV to patients during exposure-prone invasive procedures. *MMWR* 1991 ; 40(RR08) :1-9.

Center for Disease Control and Prevention (CDC) : Recommendations for preventing transmission of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. *MMWR* 1998 ; 47(RR-19) : 1-39.

Center for Disease Control and Prevention (CDC) : Update US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR* 2001 ; 50(RR-11) : 1-55.

Conseil de l'Europe : Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989, concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. *Journal officiel* n° L 183 du 29/06/1989 pp. 1-8.

Daniels N. HIV-infected health care professionals: public threat or public sacrifice? *Milbank Q.* 1992; 70:3-42

Eddleston A : Hepatitis B and health-care workers. *Lancet* 1997 ;349 :1339.

Goldstein, A. O., J. E. Kincade, G. Gamble and R. S. Bearman. 2004. "Policies and practices for improving influenza immunization rates among healthcare workers." *Infect Control Hosp Epidemiol* 25(11): 908-11.

Halle M : Patients want ban on operation by doctors with hepatitis B. *BMJ* 1996 ;313 :576.

Harpaz R et al : Transmission of HBV to multiple patients form a surgeon without evidence of inadequate infection control. *NEJM* 1996 ; 334 :549.

HUG. La grippe! <http://www.hug-ge.ch/internet/instance.nsf/E64CDA852CD006274125672F005898B2/4f7b3546174f91414125696c00564a87?OpenDocument#grippe>.

Jaeckel E et coll : Treatment of acute hepatitis C with interferon alfa-2b. *NEJM* 2001 ; 345 :1452.

Koerner K et al : Estimated risk of transmission of hepatitis C virus by blood transfusion. *Vox Sang* 1998 ; 74 :213.

LaVela, S. L., M. W. Legro, F. M. Weaver and B. Smith. 2004. "Staff influenza vaccination: lessons learned." *SC/ Nurs* 21(3): 153-7.

LCDC Laboratory Center for Disease Control. Proceedings of the Consensus Conference on Infected Health Care Workers: risk for transmission of bloodborne pathogens. In: *Laboratory Centre for Disease Control*. Ottawa, Ontario: Health Canada; 1998.

Magnavita M et al : Management of health care workers with blood-borne infections. *Arch Intern Med* 2003 ;163 :1489.

Martinello, R. A., L. Jones and J. E. Topal. 2003. "Correlation between healthcare workers' knowledge of influenza vaccine and vaccine receipt." *Infect Control Hosp Epidemiol* 24(11): 845-7.

Mele A, et al. Risk management of HBsAg or anti-HCV positive healthcare workers in hospital. *Dig Liver Dis*. 2001; 33:795.

Moloughney B : Transmission and postexposure management of bloodborne virus infections in the health care setting. *CMAJ* 2001 ;165 :445.

NACI (National Advisory Committee on Immunization). Canadian immunization guide, 5th ed. Ottawa : Canadian Medical Association, 1998.

Orland J et al : Acute hepatitis C. *Hepatology* 2001 ;33 :321.

O'Rorke, C., W. Bourke, D. Bedford and F. Howell. 2003. "Uptake of influenza vaccine by healthcare workers in an acute hospital in Ireland." *Ir Med J* 96(7): 207-9.

Pinching A : Infectious health care workers : should patients be told ? *J Med Ethics* 2000 ; 26 :34.

Poole C : Hepatitis B and health care workers. *Lancet* 1997 ; 350 :218.

Qureshi, A. M., N. J. Hughes, E. Murphy and W. R. Primrose. 2004. "Factors influencing uptake of influenza vaccination among hospital-based health care workers." *Occup Med (Lond)* 54(3): 197-201.

Ristinen B et al : Ethics of transmission of Hepatitis B virus by health-care workers. *Lancet* 1998 ; 352 :1381.

Robert L et al : Investigations of patients of health care workers infected with HIV. The CEC database. *Annals Intern Med* 1995 ; 122 :653.

Ross S et al : Risk of hepatitis C transmission from infected medical staff to patients – model-based calculation for surgical setting. *Arch Intern Med* 2000 ; 160 :2313.

Ross S et al : Risk of hepatitis C virus transmission from an infected gynecologist to patients. *Arch Intern Med* 2002 ; 162 :805.

Saxen, H. and M. Virtanen. 1999. "Randomized, placebo-controlled double blind study on the efficacy of influenza immunization on absenteeism of health care workers." *Pediatr Infect Dis J* 18(9): 779-83.

Schalm S et al : Doctor-to-patient transmission of viral hepatitis B : is it a problem, is there a solution ? *J Viral Hepatitis* 2000 ;7 :245.

Sheldon T : Dutch consider obligatory testing of surgeons for hepatitis B. *BMJ* 1999 ; 319 :1219.

Siegrist CA : Guide sur les vaccinations : évidences et croyances ... *Bull Méd Suisses* 2005 ; 86 :519.

Steiner, M., L. C. Vermeulen, J. Mullahy and M. S. Hayney. 2002. "Factors influencing decisions regarding influenza vaccination and treatment: a survey of healthcare workers." *Infect Control Hosp Epidemiol* 23(10): 625-7.

UK Department of Health. *AIDS-HIV Infected Health Care Workers: Guidance on the Management of Infected Health Care Workers*. Edinburgh, Scotland: Scottish Office Home and Health Dept; 1993.

Warhaft N : The Victorian Doctors Health Program : the first three years. *MJA* 2004 ;181 :376.