

**CPRC**

CANADIAN POLICE RESEARCH CENTRE



**CCRP**

CENTRE CANADIEN DE RECHERCHES POLICIÈRES

---

# TR-02-97

## Les risques biologiques du métier de policier

A. Trottier  
J. Brown

**RAPPORT TECHNIQUE**  
1995

Préparé par :  
J. Brown  
Gendarmerie royale du Canada

NOTE: Further information  
about this report can be  
obtained by calling the  
CPRC information number  
(613) 998-6343

## ÉTUDE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL DANS LE MILIEU POLICIER

Les risques biologiques du métier de policier

A. Trottier, J. Brown

Gendarmerie royale du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

---

**RÉSUMÉ** . Le présent article porte sur les risques de contracter une maladie contagieuse, plus particulièrement le sida, l'hépatite ou la tuberculose, dans l'exercice de fonctions policières. Les auteurs passent en revue la documentation pertinente et analysent les risques biologiques du métier de policier. Ils précisent que les policiers risquent moins d'attraper le SIDA ou l'hépatite C que l'hépatite B, recommandent des précautions universelles contre ces virus à diffusion hémotogène, dont le vaccin contre l'hépatite B, et expliquent comment ces précautions s'appliquent au milieu policier. Enfin, ils mentionnent le risque potentiellement croissant de contracter la tuberculose, recommandent l'établissement d'un programme de suivi et étudient les mesures post-exposition qui s'imposent.

---

Le terme «biorisque» désigne les risques de nature biologique. Précautions tout d'abord que ce terme ne correspond pas parfaitement aux dangers biologiques auxquels s'exposent quotidiennement les policiers. Si on l'interprétait littéralement, on pourrait croire que même les agresseurs armés et les suspects qui résistent à l'arrestation constituent des biorisques. Au sens du présent article, ce terme a une définition beaucoup plus restreinte : il désigne le danger que représente un *microorganisme* ou le produit d'un microorganisme avec lequel un policier entre en contact dans l'exercice de ses fonctions.

Ce genre de microorganisme se transmet de diverses façons, mais on l'attrape le plus facilement par voie aéroportée. C'est ce qui arrive lorsqu'une personne infectée tousse, éternue ou expire et qu'une autre personne inspire l'agent infectieux contenu dans son souffle. C'est ainsi que se propagent le rhume, la grippe et, ce qui est plus inquiétant, la tuberculose.

Autre méthode de transmission assez courante : par voie oro-fécale. Cela se produit lorsqu'une personne infectée se retrouve avec des microorganismes infectieux sur les mains (après être allé aux toilettes, par exemple). Elle touche les *mains* d'une deuxième personne ou lui remet un objet qu'elle a manipulé, et cette autre personne porte ses mains à sa bouche. Les maladies qui s'attrapent ainsi se propagent aussi par la consommation d'eau contaminée. C'est le cas de l'hépatite A, du choléra et de la fièvre typhoïde.

La contagion peut aussi se faire par le sang. C'est ainsi que se contractent les virus à diffusion hémotogène. Cette forme d'infection inquiète beaucoup les policiers à l'heure actuelle. L'hépatite B est probablement la maladie la plus grave et la plus contagieuse qui se communique de cette façon. L'hépatite C présente aussi des dangers, mais la maladie qui attire le plus d'attention, c'est le sida.

La nature évocatrice de certains titres d'articles<sup>1</sup> n'aide pas à calmer les peurs irrationnelles des gens. Commençons par le VIH et le sida, puisqu'ils semblent inspirer le plus de craintes.

## SIDA

Le sida serait causé par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Plusieurs des caractéristiques principales de ce virus ne sont bien connues que dans le milieu médical. La première chose à retenir, c'est qu'il n'est pas très facile à contracter. On ne l'attrape pas en serrant la main d'un sidéen, en s'asseyant sur le siège d'une toilette publique, en buvant l'eau d'une fontaine ou par une piqûre d'insecte. Il ne se communique ni par voie aéroportée ni par voie oro-fécale. On le contracte lors de relations sexuelles non protégées ou au contact de sang contaminé. Ce qui nous intéresse ici, c'est le risque de contamination accidentelle par le sang.

La période d'incubation du sida peut durer très longtemps. On a de bonnes raisons de croire qu'une personne peut être porteuse du VIH pendant dix ans avant de contracter le sida. Autrement dit, bien des porteurs du VIH ne savent pas qu'ils sont infectés. C'est pourquoi le policier qui se trouve exposé à du sang doit toujours prendre les précautions nécessaires pour éviter l'infection, même si l'individu qui saigne semble en parfaite santé.

Le policier doit aussi comprendre qu'un test de dépistage ne révélera pas immédiatement la présence du virus. Souvent, un policier qui entre en contact avec un blessé se rendra tout de suite à l'urgence pour demander un test de dépistage du sida.

Or, le virus peut passer inaperçu pendant jusqu'à neuf mois, ce qui veut dire qu'un test subi peu de temps après l'exposition au virus n'est pas concluant. Habituellement, il faut répéter le test tous les trois mois pendant un an avant d'obtenir des résultats surs.

Heureusement, ce virus n'est pas très résistant et ne survit pas longtemps à l'extérieur du corps. Cependant, il peut

subsister assez longtemps dans un cadavre<sup>2</sup>, donc probablement aussi dans les tissus nécrosés. Ainsi, les policiers et surtout les spécialistes judiciaires doivent traiter tout reste humain, qu'il s'agisse d'un corps entier ou non, comme s'il était infectieux.

## RISQUES D'INFECTION

Le risque d'attraper le VIH en se piquant sur une seringue portant des traces de sang frais est de moins de 1 p. 100. En fait, ce risque s'élève probablement à moins de 0,5 p. 100<sup>3,4</sup>. C'est-à-dire que si un policier se pique sur une seringue contaminée, il a moins d'une chance sur cent d'attraper le virus. Le risque de le contracter autrement est encore moindre. Par exemple, si un policier reçoit du sang sur une partie du corps où sa peau est intacte, le risque d'attraper le virus est infime. Si du sang contaminé tombe sur une plaie ouverte, il pourrait y avoir infection, mais le risque est probablement plus faible qu'en cas de piqûre avec une seringue contaminée. Bien entendu, c'est une bonne idée de recouvrir toute plaie, éraflure ou autre lésion d'un pansement impeméable.

Le risque d'infection par la salive est encore moins élevé. Si un sidéen crache sur un policier, les chances que celui-ci contracte le virus sont très minces. Évidemment, le risque augmente si le crachat contient du sang, mais encore là, il faudrait que la salive infectée tombe sur une lésion cutanée, dans l'oeil ou dans la bouche du policier pour que l'infection soit transmise. Même là, le risque d'infection serait probablement beaucoup plus faible que si le policier se piquait sur une seringue oontaminée. Il en va de même pour les morsures. Le risque de propagation est plutôt faible, mais il augmente considérablement si l'agresseur a du sang dans la bouche.

Il importe de mettre le risque d'infection en perspective. Les chances qu'un policier contracte le sida dans l'exercice de

ses fonctions sont minimes, mais la peur engendrée par ce risque peut devenir paralysant<sup>85</sup>.

Quels sont les risques d'entrer en contact avec du sang contaminé dans l'exercice de fonctions policières? Une étude menée récemment à Denver<sup>6</sup> a révélé qu'un nombre étonnamment élevé d'individus qui avaient des contacts avec les policiers étaient séropositifs. Une étude encore plus récente, réalisée à Londres<sup>7</sup>, a donné des résultats semblables. Dans la première étude, le taux de séropositivité était plus élevé dans le groupe cible que dans la population générale, mais il ne s'élevait quand même qu'à 15,6 p. 100. Dans la deuxième étude, on a conclu que plus d'un quart des individus ciblés appartenaient à des groupes à risque élevé. Dans le cadre de l'étude menée à Denver, on a calculé que, en général, les policiers risquaient d'être exposés à du sang contaminé 0,1 fois en 10 000 jours-personnes, c'est-à-dire 1 fois en 100 000 jours-personnes. Le risque est donc minime. Ce qui est encore plus réconfortant, c'est de savoir qu'aucun des policiers qui ont participé à l'étude et qui avaient été exposés à du sang contaminé n'est devenu séropositif, ce qui semble confirmer les risques mentionnés ci-dessus.

Cela dit, quelques cas de sida professionnel ont déjà été signalés dans 18 milieu policier. En mai 1993, le *Federal Bureau of Investigation* (FBI) affirmait qu'en dix ans, sept policiers avaient attrapé la maladie dans l'exercice de leurs fonctions. Notons d'abord que ce chiffre, calculé pour l'ensemble des États-Unis est extrêmement bas. Rappelons aussi que cette affirmation a soulevé toute une controverse quant aux circonstances dans lesquelles certains des policiers avaient contracté la maladie<sup>1</sup>. Pour y voir clair, étudions chaque cas individuellement. Dans le premier, aucun détail n'est donné. Dans le deuxième, le policier, blessé dans un accident de moto, a reçu une transfusion de sang contaminé. Le troisième policier a pris les empreintes digitales de deux prostituées qui saignaient abondamment, alors qu'il avait lui-même des plaies ouvertes sur

las mains. Dans ce cas, l'infection aurait sans doute pu être prévenue. (Il sera question de mesures préventives un peu plus loin.) Deux autres policiers se sont piqués sur des seringues; encore là, on discutera plus loin de la façon de prévenir ce genre de blessure. Le sixième policier a manipulé des preuves ensanglantées avec ses mains nues, ce qu'il aurait pu éviter de faire. Le dernier policier a été «recouvert de sang» lorsqu'il essayait de porter secours à quelqu'un. Dans ce cas, l'agent semble avoir pris toutes les précautions possibles. Bref, en dix ans, sur tous les policiers des Etats-Unis, un seul aurait été contaminé du VIH malgré toutes les précautions prévues.

Même si les sept cas relevés par le FBI ne représentaient que le dixième du nombre réel de policiers américains infectés dans l'exercice de leurs fonctions, les risques d'attraper le VIH semblent considérablement inférieurs à ceux de mourir des suites d'une agression. En effet, en 1991, sur les sept policiers morts dans l'exercice de leurs fonctions, cinq ont été victimes d'un acte criminel<sup>8</sup>. Ces décès sont survenus au cours d'une même année, alors que les sept cas possibles de séroconversion (dont cinq auraient peut-être pu être évités) s'étaient étalés sur dix ans.

## **PRÉVENTION**

Comme il n'existe ni vaccin ni remède contre le sida, la meilleure façon pour le policier de se protéger est de prendre des précautions pour prévenir l'infection. Dans le milieu policier, plusieurs mesures préventives élémentaires s'imposent. En voici une liste sommaire; certaines précautions seront décrites en détail plus loin<sup>9</sup>.

Dans la mesure du possible, le policier doit porter des gants de latex chaque fois qu'il prévoit entrer en contact avec du sang ou avec des preuves ensanglantées, surtout s'il a des lésions sur les mains.

Lorsqu'il est de service, le policier doit recouvrir toute lésion ou plaie ouverte d'un pansement occlusif.

Il doit manipuler les seringues avec énormément de précaution et les transporter dans un contenant spécial que l'aiguille ne peut transpercer. Il doit faire attention aux objets à bords tranchants et manipuler avec un soin extrême les pièces à conviction coupantes, surtout si elles portent des traces de sang frais. Dans la mesure du possible, les preuves de ce genre devraient être prises à l'aide d'instruments appropriés et non avec les mains.

Si le policier prend des mesures de réanimation, il doit porter des gants de latex et un masque. Pour administrer les premiers soins à quelqu'un, il doit toujours porter des gants de latex. Cela dit, il ne faut pas oublier que les risques d'attraper le VIH en réanimant un blessé sont infimes.

Il faut aussi éviter certaines techniques policières traditionnelles, dont la fouille-palpation. Nombreux sont les policiers qui se sont piqués sur une seringue en procédant à ce genre de fouille. Il est tout aussi dangereux de tripoter dans un contenant, dans un sac ou dans les poches d'un suspect. Mieux vaut en vider le contenu sur une surface plane afin de l'examiner. Autre technique de fouille à proscrire : passer la main en dessous d'une banquette de voiture ou des coussins d'un canapé, par exemple. Il est préférable de démonter les meubles que de tâter à l'aveuglette un endroit où peuvent traîner des seringues. Rappelons que les gants de latex ne protègent pas contre les piqûres de seringue.

Il peut être nécessaire de porter des lunettes protectrices et un masque dans des situations où l'on peut s'attendre à être écalaboussé de liquides organiques, comme de la salive ou du sang. Chose certaine, il faut aménager un endroit où les policiers peuvent jeter leurs appareils protecteurs en toute sécurité et se



laver les mains. Entre autres, on devrait garder des solutions nettoyantes préemballées dans les autos-patrouilles.

Enfin, il faut se demander ce qu'on doit faire à la suite d'une exposition percutanée inévitable au VIH. Il faut d'abord essayer de déterminer si la source du sang suspect est vraiment contaminée. Malheureusement, ce n'est pas toujours possible. Deuxièmement, il faut absolument renseigner le policier sur les risques réels d'infection, car bon nombre des gens qui ne travaillent pas dans le milieu médical croient que ces risques sont beaucoup plus élevés qu'ils ne le sont vraiment. Le policier doit aussi être avisé de la nécessité de répéter le test de dépistage plusieurs fois au cours des six à neuf mois suivants et de prendre les mesures appropriées pour protéger son partenaire sexuel pendant cette période. Enfin, il faut discuter de la possibilité de commencer un traitement prophylactique à la zidovudine (AZT). A la suite d'une étude récente des procédures à suivre au cas où un policier serait exposé au VIH pendant qu'il travaille<sup>10</sup>, on a conclu que ce genre de traitement ne devrait pas être prescrit systématiquement. Il n'en demeure pas moins que, malgré les risques qu'il comporte, ce médicament se prend de plus en plus en Amérique du Nord à titre de traitement prophylactique post-exposition.

Bref, le risque d'attraper le sida ou le VIH en faisant du travail policier est minime. Cependant, il peut engendrer une profonde angoisse. Il est concevable qu'un policier se retrouve dans une situation où ce risque est assez grand pour justifier un certain degré d'inquiétude. La meilleure façon de réduire non seulement le risque, mais aussi l'angoisse qui l'accompagne, c'est d'expliquer aux policiers quelles techniques peuvent être dangereuses et lesquelles ne le sont pas. Il est essentiel de leur apprendre de nouvelles techniques et de leur fournir du matériel protecteur afin qu'ils puissent réduire au minimum le risque d'infection.

## **HÉPATITE B**

En général, l'hépatite B semble faire moins peur que le sida. Pourtant, elle présente plus de risques pour le policier que le VIH. L'hépatite B est aussi une virose à diffusion hématogène qui peut entraîner la mort, mais elle est beaucoup plus contagieuse que le VIH. Le risque de la contracter après être entré en contact avec du sang contaminé est considérablement plus élevé que celui d'attraper le VIH de la même façon : non seulement le virus de l'hépatite B (HBV) se présente-t-il en concentrations sanguines beaucoup plus fortes que le VIH, mais il est aussi plus résistant<sup>11,12</sup>.

Le taux sanguin du HBV peut atteindre jusqu'à un million de virions par millilitre, tandis que celui du VIH se situe habituellement entre 10 et 15 virions par millilitre<sup>11,12</sup>.

Évidemment, un seul virion peut suffire à propager la maladie, mais le risque de la contracter est proportionnel au taux de virions présents dans le sang.

La période d'incubation peut aller de quelques semaines à quelques mois. Les manifestations de la maladie varient de l'état pseudogrippal accompagné d'une augmentation minime et asymptomatique des taux de transaminases, à l'expression clinique complète comprenant de graves symptômes caractéristiques, dont une jaunisse apparente. La plupart des victimes de l'hépatite B s'en remettent, mais quelques-unes en meurent, et 5 à 10 p. 100 d'entre elles deviennent porteuses chroniques.

Bien que de nombreux cas d'hépatite professionnelle aient été signalés dans le milieu policier<sup>1</sup>, le risque de contracter cette maladie dans l'exercice de fonctions policières n'est pas tellement élevé par rapport à d'autres professions<sup>13;14,15,16</sup>. Quoi qu'il en soit, le risque est réel, et l'hépatite B doit être considérée comme une maladie professionnelle pouvant atteindre les policiers. Les mesures préventives énoncées à la section

portant sur le VIH s'appliquent également à l'hépatite B. Celle-ci étant beaucoup plus contagieuse que le sida, elle risque de se propager davantage et d'entraîner plus de décès à court terme. C'est là une raison plus que suffisante d'obliger tous les policiers à prendre les mesures de prévention qui s'imposent.

Heureusement, il y a un moyen de se protéger contre l'hépatite B qui n'existe pas encore pour le sida : un vaccin efficace; Tous les policiers devraient le recevoir, qu'ils travaillent en identité judiciaire ou aux services généraux. Il n'y a aucune raison valable pour un organisme policier de ne pas mettre sur pied un programme de vaccination contre l'hépatite B. Un programme de ce genre peut sauver des vies, réduire le taux de morbidité et contribuer de façon importante à la gestion des risques de responsabilité.

Ce qui est moins évident, c'est la nécessité d'effectuer des tests après la vaccination pour s'assurer que les policiers ont eu une réaction immunitaire au vaccin. Les vaccins actuellement offerts présentent un taux d'efficacité très élevé. Pour l'instant, on pourrait se contenter de réserver les tests post-vaccinaux aux policiers qui appartiennent aux catégories connues pour leur faible réponse immunitaire<sup>17</sup>, dont ceux qui ont franchi le cap des quarante ans et ceux qui font de l'embonpoint ou du diabète.

Récemment, on a mené une étude sur le traitement à prescrire en cas d'exposition percutanée à l'hépatite B<sup>10</sup>. Les policiers qui ont été exposés au HBV et dont on ne sait pas s'ils ont été immunisés contre la maladie devraient passer des tests pour déterminer s'ils produisent des anticorps contre l'antigène HBs. Un taux d'anticorps de 10 mUI par millilitre suffit à immuniser un sujet contre l'hépatite B. Les personnes vaccinées qui ont été exposées au HBV mais qui n'ont pas fait tester leur taux d'anticorps au cours des deux années précédentes devraient subir un test d'immunité. Si un vacciné présente un taux d'anticorps

faible ou indétectable tout de suite après l'exposition, c'est qu'il n'a pas eu de réponse immunitaire au vaccin ou que son immunité a diminué avec le temps. Peu importe le cas, le traitement à prescrire est le même : il doit comprendre l'administration d'hyperimmunoglobulines et d'un vaccin recombinant contre le HBV. Ces substances peuvent être administrées simultanément mais elles devraient être injectées dans différentes parties du corps, avec des seringues différentes<sup>10</sup>.

En somme, pour les policiers, le risque de contracter l'hépatite B est beaucoup plus grand que celui d'attraper le VIH ou le sida. Comparativement à d'autres métiers, ce risque n'est quand même pas tellement élevé. Cela dit, il existe de nombreux cas d'hépatite B professionnelle chez les policiers. Les précautions à prendre pour prévenir le VIH s'appliquent aussi à la prévention de l'hépatite B. De plus, il existe un vaccin efficace contre cette maladie. Nous considérons donc qu'il est nécessaire d'introduire un programme de vaccination dans tous les services de police.

## **HÉPATITE C**

La grande majorité des cas de ce qu'on appelait autrefois «hépatite post-transfusionnelle» ou «hépatite virale séronégative» sont en fait des cas d'hépatite C. Cette maladie a été placée dans la catégorie des virus à diffusion hématogène, et ce, avec raison, car elle se propage principalement par les transfusions de sang ou de produits sanguins. Pourtant, des millions de personnes ont été infectées sans exposition parentérale à du sang contaminé ni relations sexuelles avec des porteurs connus<sup>18</sup>. Il est vrai que l'hépatite C peut se transmettre par voie sexuelle, mais elle se communique moins facilement ainsi<sup>18</sup>. En Europe, les toxicomanes, les hémophiles, les personnes qui dépendent de l'hémodialyse et les personnes<sup>8</sup> atteintes de cirrhose ou d'un carcinome hépatocellulaire semblent

être les plus à risquel<sup>9</sup>. Le lien qui existe entre ces deux dernières maladies et l'hépatite C démontre que celle-ci peut effectivement entraîner des états pathologiques graves; outre les maladies susmentionnées, elle peut notamment causer des formes d'hépatite chroniques<sup>20</sup>.

Le fait que les toxicomanes soient un groupe à risque porte à croire que les policiers ont bien des chances d'entrer en contact avec des personnes infectées, probabilité que des études ont déjà confirmée<sup>21</sup>. Cela dit, le risque qu'un policier contracte l'hépatite C après s'être exposé à du sang ou à d'autres liquides organiques n'est peut-être pas aussi élevé que pour l'hépatite B. Mentionnons aussi que des observations contradictoires ont été faites au sujet du danger d'attraper l'hépatite C en travaillant dans le domaine médical<sup>10,22,23</sup>; selon certaines études, le personnel médical présenterait un taux d'infection semblable à celui de la population générale<sup>22</sup>, ce qui semble indiquer que la maladie se communique difficilement en milieu hospitalier. Pourtant, il n'y a aucun doute qu'on peut attraper l'hépatite C en se piquant accidentellement sur une seringue : le risque de contracter la maladie de cette façon est probablement plus élevé que pour le VIH et moins élevé que pour l'hépatite B<sup>18</sup>. A cause de ses effets à long terme, l'hépatite C peut entraîner de graves conséquences. Compte tenu du nombre de personnes qui la contractent sans être exposées à aucun facteur de risque connu, il sera impossible de déterminer quelles précautions s'imposent avant d'en connaître davantage sur les mécanismes de transmission. En tout cas, comme il a été prouvé que l'hépatite C se communique par les piqûres de seringue et les morsures, toutes les techniques de prévention du VIH s'appliquent ici aussi. On ne sait pas si l'administration d'immunoglobulines ou d'interférons alpha après l'exposition au virus peut réduire le risque de séroconversion<sup>10</sup>, mais on sait au moins que ces derniers constituent un traitement efficace contre la maladie<sup>10</sup>.

TUBERCULOSE

Contrairement au sida, la tuberculose existe depuis longtemps, et on a des raisons de croire le taux d'acquisition professionnelle de cette maladie augmente rapidement<sup>24</sup>. La diminution constante du nombre de cas de tuberculose signalés au Canada et aux États-Unis a encouragé le *US Public Health Service* à viser l'élimination de la maladie avant l'an 2010. Or, entre 1985 et 1991, on a signalé 39 000 cas de plus que prévu<sup>25</sup>. Dans au moins 15 p. 100 de ces cas, on a constaté une résistance à divers médicaments. De plus, d'importantes poussées de tuberculose avec résistance aux médicaments sont survenues dans des prisons, des centres d'accueil pour les sans-abri, des maisons de soins infirmiers et des hôpitaux.

Les policiers ont bien des chances d'entrer en contact avec des gens qui viennent des deux premiers milieux. Ils rencontrent également des toxicomanes piqueurs, qui constituent aussi un groupe à risque pour le VIH. Rappelons que la probabilité d'attraper la tuberculose est 500 fois plus élevée chez les sidéens que chez les personnes immunocompétentes<sup>25</sup>. Au Canada, la tuberculose est endémique dans la plupart des communautés autochtones, ce qui veut dire que les policiers qui travaillent auprès de ces communautés sont à risque surtout s'ils travaillent dans une réserve.

La tuberculose est causée par le bacille *Mycobacterium tuberculosis*. C'est une maladie infectieuse qui touche le plus souvent les poumons. Elle se propage par voie aéroportée, surtout par la toux. Le bacille survit le plus facilement dans l'apex du poumon, car c'est là qu'on trouve le taux d'oxygène le plus élevé.

Souvent, le système immunitaire réussit à enrayer l'infection à ce stade. Le malade ne présente alors aucun symptôme, mais le test de dépistage cutané produit un résultat

positif. Le risque de réaction est le plus élevé dans l'année suivant le test de dépistage, mais la maladie peut resurgir n'importe quand après cette période. Ce risque peut être considérablement réduit grâce à un traitement à l'isoniazide. La plupart des personnes qui font une nouvelle réaction positive au test de dépistage ou dont la réaction positive vient d'être découverte devraient prendre de l'isoniazide tous les jours pendant six mois.

La réactivation est la manifestation clinique importante la plus commune de la tuberculose. L'atteinte initiale peut aussi être grave, mais c'est plutôt rare. Comme les signes cliniques de la tuberculose dépassent le cadre du présent article, nous préiserons seulement que les symptômes habituels sont la fièvre, la perte de poids, les sueurs nocturnes et la toux. C'est par la toux que la maladie se propage et que le cycle recommence.

La tuberculose se guérit normalement à l'aide de médicaments. Chez les patients immunocompétents, on arrive même à bout des souches résistantes avec des médicaments de deuxième ou de troisième intention. Cependant, le traitement approprié ne peut être prescrit à moins que la maladie soit reconnue, et un médecin averti des risques du métier de son patient a beaucoup plus de chances de poser le bon diagnostic et d'exiger un test de dépistage. C'est pourquoi nous recommandons aux policiers de subir un test cutané de dépistage de la tuberculose chaque année.

En résumé, la tuberculose est une maladie qu'on croyait maîtrisée, mais de récentes découvertes semblent indiquer le contraire. La tuberculose recommence à faire des ravages dans des groupes avec lesquels la police a bien des chances d'entrer en contact. Il est à noter que cette maladie a toujours été et demeure endémique chez les peuples autochtones du Canada, ce qui fait que les policiers travaillant auprès de ces communautés doivent composer avec un risque d'infection accru. Pour toutes ces raisons, nous recommandons aux policiers de subir un test

cutané de dépistage de la tuberculose chaque année, ce qui permettra de prévenir la contagion à l'aide d'isoniazide et de commencer le traitement rapidement en cas d'infection.

## **PERSPECTIVES**

Il y a dix ans, personne n'avait encore songé à la possibilité que le sida puisse être un risque du travail policier. De même, on se disait à cette époque que les policiers avaient peu de chances de contracter la tuberculose. Dans les deux cas, il est raisonnable de dire que personne n'aurait pu prévoir l'ampleur des risques biologiques que présentent chacune de ces maladies pour le policier. Il serait donc inutile d'essayer de prévoir leur évolution au cours des prochaines années.

On peut cependant affirmer avec certitude que la mise au point des vaccins se poursuivra, de même que l'adoption de mesures préventives. Les services de police devront se tenir au courant des perches dans ce domaine. Par exemple, un vaccin contre l'hépatite A vient d'être introduit au Canada. Bien que cette maladie ne soit pas endémique chez nous, elle a connu des poussées au pays. Entre autres, les policiers plongeurs sont parfois appelés à faire des fouilles à proximité d'une bouche d'égout, et ils devront peut-être se faire immuniser contre l'hépatite A. De même advenant la mise en marché d'hyperimmunoglobulines ou d'un vaccin contre le virus de l'hépatite C, les policiers devraient se les faire administrer.

Le hic, c'est qu'on ne connaît pas encore la durée de l'action immunisante des vaccins, ni avec quelle fréquence les sujets à risque doivent se faire revacciner. On ne sait pas non plus si les personnes vaccinées contre l'hépatite B doivent subir régulièrement des tests sérologiques pour vérifier la quantité d'anticorps produits, ou si les tests post-exposition suffisent au dépistage. Évidemment, si on réussissait à créer un vaccin



efficace et sans danger contre le VIX, ce serait une bonne idée de l'administrer à tous les policiers.

En conclusion, rappelons que la CRC a commencé à noter les raisons pour lesquelles ses membres prennent des congés de maladie. A l'avenir, il sera donc possible de déterminer s'il y a d'autres maladies infectieuses qui touchent plus souvent les policiers que les autres secteurs de la société et qu'il faudrait ajouter à la liste des risques du métier.

#### OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

1. BIGBEE, D. «Pathogenic Microorganisms - Law Enforcement's Silent Enemies», dans *FBI Law Enforcement Bulletin*, mai 1993, p. 1-5.
2. DOUCERON, H., L. DESFORGES, R. GHERARDI, A. SOBEL et P. CHARIOT. *Forensic Science International*, vol. 60 (1993), p. 61-66.
3. MARCUS, R. «CDC Cooperative Needlestick Surveillance Group: Surveillance of Health Care Workers Exposed to Blood from Patients with Immunodeficiency Virus», dans *New England Journal of Medicine*, vol. 319 (1988), p. 1118.
4. «Centres for Disease Control Update - Acquired Immunodeficiency Virus Infection Among Health Care Workers», dans *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 37 (1988), p. 229-237.
5. BURGESS, A.W., B.S. JACOBSEW, T. BAKER, J.B. THOMPSON et C. GRANT. «Workplace Fear of Acquired Immunodeficiency Syndrome», dans *Journal of Emergency Nursing*, vol. 18, no 3 (1992), p. 233-238.
6. HOFFMAN, R.E., N. HENDERSON, K. O'KEEFE et R. WOOD. «Occupational Exposure to Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infected Blood in Denver Colorado Police Officers», *American Journal of Epidemiology*, vol. 139, no 9 (1994), p. 910-917.
7. PAYNE-JAMES, J.J., D.W. KEYS, et P.J. DEAN. «Prevalence of HIV Risk Factors for Individuals Examined in Clinical Forensic Medicine», dans *Journal of Clinical Forensic Medicine*, vol. 1 (1994), p. 93-96.
8. MISSOURI STATE HIGHWAY PATROL STATISTICAL ANALYSIS CENTER, JEFFERSON (MO). *Missouri Law Enforcement and Assault Report 1991*.

9. BROTHERS, J. «The OSHA Bloodborne Pathogen Standard for Law Enforcement», dans Law and Order, mars 1993, p. 43-47.
10. GERBERDING, J.L. «Management of Occupational Exposures to Blood Borne Viruses», dans The New England Journal of Medicine, vol. 332, no 7 (1995), p. 444-451.
11. ALMEIDA, J.D. «Individual Morphological Variations Seen in Australian Antigen Positive Sera», dans American Journal of Diseases of Children, vol. 123 (1972), p. 303-309.
12. LEVY, J.A. «Human Immunodeficiency Virus and the Pathogenesis of AIDS», dans Journal of the American Medical Association, vol. 261 (1989), p. 2997-3006.
13. EVANS, M.R., D.K. HENDERSON et J.E. BENNETT. «Potential for Laboratory Exposures to Biohazardous Agents Found in Blood», dans American Journal of Public Health, vol. 80, no 4 (1990) p. 423-427.
14. BANDARANAYAKE, D.R., C.E. SALMOND et M.I. TOBIAS. «Occupational Risk of Hepatitis for Police and Customs Personnel», dans American Journal of Epidemiology, vol. 134, no 12 (1991), p. 1447-1453.
15. WELCH, J., A.J. TILZEY, J. BERTRAND, E.C. BOTT et J.E. BANATVALA. «Risk to Metropolitan Police Officers from Exposure to Hepatitis B», dans British Medical Journal, vol. 297 (1988), p. 6652-6653.
16. MORGAN-CAPNER, P. et P. HUDSON. «Hepatitis B in Lancashire Police Officers», dans Epidemiology of Infection, vol. 100 (1988), p. 145-151.
17. ROOME, A.J., S.J. WALSH, M.J. CARTTER et J.L. HADLER. Journal of the American Medical Association, vol. 270, no 24 (1993), p. 2931-2934.
18. SHERLOCK, S. Disease-A-Month, vol. XL, no 3 (1994), p. 119-195.
19. DEGOS, F. «Epidemiology of Hepatitis C Virus in Europe», Federation of European Microbiological Societies» dans Microbiology Reviews, vol. 14 (1994), p 267-272.
20. ESUMI, M. et T. SHIKATA. «Hepatitis C Virus and Liver Disease», dans Pathology International, vol. 44 (1994), p. 85-95.
21. LI, L., X. ZHANG N.T. CONSTANTINE et J.E. SMIALEK. «Seroprevalence of Parenterally Transmitted Viruses (HIV-1, HBV, HCV, HTLV I/II) in Forensic Autopsy Cases», dans Journal of Forensic Sciences, vol. 38, no 5 (1993), p. 1075-1083.

22. THOMAS, D.L., S.H. FACTOR, G.D. KELEN, A.S. WASHINGTON, E. TAYLOR et T.C. QUINN. «Viral Hepatitis in Health Care Personnel of the Johns Hopkins Hospital - The Seroprevalence of and Risk Factors for Hepatitis B Virus and Hepatitis C Virus», dans Archives of Internal Medicine, vol. 153 (1993), p. 1705-1712.
23. DANA, F., P.R. BECHERER et B.R. BACON. «Hepatitis C Virus - What Recent Studies Can Tell Us», dans Postgraduate Medicine, vol. 95, no 6 (1994), p. 121-130.
24. BOWDEN, K.M. et M.A. MCDIARMID. «Occupationally Acquired Tuberculosis: What's Known», dans Journal of Occupational Medicine, vol. 36, no 3 (1994)
25. GOSTIN, L.O. «Overlapping Epidemics TB and HIV», dans PAACNOTES, vol. 5, no 3 (mars 1993), p. 116-118.