



CANADIAN FEDERATION  
OF NURSES UNIONS  
LA FÉDÉRATION CANADIENNE  
DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES  
ET INFIRMIERS

## ÉNONCÉ DE POSITION MISE À JOUR - 16 JUILLET 2021



### La sécurité n'est pas négociable Préparation en cas de pandémie – le coronavirus 2019 (COVID-19)



*Lorsqu'il s'agit de la sécurité des travailleurs dans les hôpitaux, nous ne devrions pas nous laisser guider par les dogmes scientifiques d'hier ni même par ceux d'aujourd'hui. Nous devrions nous laisser guider par le principe de précaution selon lequel il ne faut pas attendre la certitude scientifique pour adopter des mesures raisonnables pour diminuer le risque. Tant et aussi longtemps que le **principe de précaution** ne soit pas totalement reconnu, rendu obligatoire et mis en application dans les hôpitaux de l'Ontario, les travailleurs continueront d'être à risque.*  
[Traduction]

**Juge Campbell, président de la Commission sur le SRAS**



#### INTRODUCTION

De nouvelles données et informations sur le COVID-19 nous arrivent quotidiennement. Les recommandations de la FCSII demeurent fondées sur les données scientifiques émergentes et sur les principes et les lois en matière de santé et de sécurité au travail, y compris le principe de précaution.



De façon similaire, un autre principe en matière de santé et de sécurité au travail entre en jeu, notamment la hiérarchie de contrôles. Il s'agit, en tout premier lieu, d'éliminer le risque lorsque c'est possible. Si cela s'avère impossible, il faut alors mettre en application une série de contrôles d'ingénierie et de contrôles administratifs accompagnés d'équipements adéquats de protection individuelle (EPI). Ce système est une hiérarchie parce qu'il faut mettre en application chaque élément selon son ordre dans la liste. Il faut adopter une approche intégrée et systémique pour diminuer les risques; on ne peut pas mettre en application la hiérarchie de contrôles de façon fragmentée.



Il incombe aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, et aux employeurs, de fournir, aux travailleurs de la santé, une protection adéquate et d'exercer un rôle de leadership dans le contrôle et à la prévention des infections dans les établissements de santé.



Le gouvernement fédéral s'est engagé à acheter les équipements de protection individuelle (EPI) nécessaires, et à les distribuer aux provinces, y compris des respirateurs N95, homologués par le NIOSH et soumis à un essai d'ajustement.

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)<sup>1</sup>, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC)<sup>2</sup> et l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>3</sup> ont maintenant officiellement reconnu qu'une des principales voies de transmission du COVID-19 vient de personnes infectées qui propagent le virus par gouttelettes respiratoires, petites ou grandes, ou par aérosols générés lorsqu'elles toussent, crient, parlent ou expirent, et que ces particules peuvent rester en suspension dans l'air et être inhalées. Par conséquent, les gouvernements et les employeurs doivent assurer une protection respiratoire (respirateurs N95 soumis à un essai d'ajustement ou de qualité supérieure) afin de protéger les travailleurs de la santé qui s'occupent de cas suspects ou confirmés de COVID-19.

**Exemples de contrôles d'ingénierie :** panneaux de plexiglas; systèmes efficaces de ventilation qui changent l'air suffisamment de fois à chaque heure, et purificateurs d'air<sup>4</sup>; unités réservées aux patients atteints de la COVID-19; chambres à pression négative; chambres privées avec toilette et lavabo privés; lavabos réservés uniquement aux travailleurs de la santé pour le lavage des mains.

**Exemples de contrôles administratifs :** plan de l'employeur en cas de pandémie; protocoles de dépistage; programme de protection respiratoire; entretien ménager accru; mise en application des précautions contre la transmission par petites gouttelettes et particules en suspension dans l'air, et contre la transmission par contact; politiques pour assurer la sécurité lorsqu'on transporte les patients; formation, évaluation et entraînements; éducation, surveillance et pratiques de vérification; politiques pour restreindre les visiteurs et pour les protéger; politiques relatives à l'achat d'EPI adéquats et politiques sur l'accès aux EPI; lignes directrices provinciales, territoriales et fédérales permettant de protéger adéquatement les travailleurs du risque d'inhaler le virus qui se propagerait par aérosols ou voie aérienne.

**Exemples d'EPI :** respirateurs N95, homologués par le NIOSH et soumis à un essai d'ajustement ou de qualité supérieure (par exemple respirateurs élastomériques réutilisables) pour les travailleurs à risque d'exposition à un cas suspect ou confirmé de COVID-19; réserve adéquate et accessible de respirateurs (et une formation sur comment mettre et enlever les respirateurs); gants, blouses imperméables, masques médicaux, écrans faciaux complets ou lunettes de protection, protection de la tête et des pieds.

## LES FAITS

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le nombre d'infections chez les travailleurs de la santé a triplé entre juillet 2020 et la mi-janvier 2021 pour atteindre 65 920,

---

<sup>1</sup> Agence de la santé publique du Canada. (3 novembre 2020). *COVID-19 : Principaux modes de transmission*. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/principaux-modes-transmission.html>

<sup>2</sup> Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (7 mai 2021). *Scientific Brief: SARS COV-2 Transmission*. Tiré de <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/sars-cov-2-transmission.html>

<sup>3</sup> Organisation mondiale de la santé (OMS). (2021; mise à jour 30 avril 2021). *Maladie à coronavirus 2019 : comment se transmet la COVID-19?* Tiré de <https://www.who.int/fr/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>

<sup>4</sup> U.S. EPA. *Air cleaners, HVAC filters and Coronavirus (COVID-19)*. Tiré de <https://www.epa.gov/coronavirus/air-cleaners-hvac-filters-and-coronavirus-covid->

soit 9,5 % du total des cas au Canada<sup>5</sup>. En date de juillet 2021, Statistique Canada rapporte qu'environ 100 000 travailleurs de la santé ont été infectés par le COVID-19 au Canada (lorsque le code de profession était fourni)<sup>6</sup>. À ce jour, plus de 50 travailleurs de la santé sont décédés de la COVID-19 au Canada.<sup>7</sup>

Comme le précise la FCSII dans le rapport 2020 rédigé par Mario Possamai, *A Time of Fear: How Canada failed our health care workers and mismanaged COVID-19*, d'autres pays ont eu davantage de succès parce qu'ils ont tiré des leçons de l'épidémie du SRAS en 2003. En juillet 2020, après la première vague de COVID-19, le taux d'infection à la COVID-19 chez les travailleurs de la santé en Chine représentait 4,4 % du total national. Les taux d'infection chez les travailleurs de la santé de Taiwan et de Hong Kong sont demeurés sous les 10 % parce que ces pays ont choisi de protéger leurs travailleurs de la santé en leur fournissant une protection respiratoire (respirateurs N95).<sup>8</sup>

Une étude menée en 2021 au R.-U. dans le but d'examiner l'efficacité des masques chirurgicaux comparativement à celle de masques faciaux filtrants, dont les masques N95, confirme les conclusions de Possamai, notamment que l'adoption de respirateurs N95 en Chine a réduit significativement le taux d'infections chez les travailleurs de la santé du pays. Selon l'étude du R.-U., « Passer du masque chirurgical au masque respiratoire filtrant (FFP3) chez les travailleurs de la santé travaillant dans des unités COVID a permis de réduire de façon draconienne les infections au SRAS-CoV-2 contractées à l'hôpital, selon une étude menée à l'Hôpital Addenbrooke à Cambridge. »<sup>9</sup> [Traduction]

Qu'un si grand nombre de travailleurs de la santé tombent malades est inacceptable. Il est clair que les mesures actuelles adoptées pour protéger les travailleurs, y compris les équipements de protection individuelle, ne sont pas suffisantes, ou elles sont inadéquates.

### **Transmission par aérosol du virus COVID-19**

Depuis janvier 2020, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, et ses organisation membres, ont documenté le risque potentiel de transmission par aérosols du COVID-19, et ont insisté pour que le principe de précaution soit appliqué afin de protéger les travailleurs de la santé. Avec l'augmentation des données sur la transmission par voie aérienne du COVID-19, plusieurs experts considèrent maintenant la transmission d'aérosols sur courte distance comme principal mode de transmission.<sup>10</sup>

En novembre 2020, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a confirmé la transmission par aérosols sur courte distance du COVID-19. Selon l'ASPC, lorsqu'une personne atteinte de la COVID-19 tousse, éternue, chante, crie ou parle, de petites

---

<sup>5</sup> ICIS. (15 janvier 2021). Nombre de cas et de décès liés à la COVID-19 chez les travailleurs de la santé du Canada. Tiré de <https://www.cihi.ca/fr/nombre-de-cas-et-de-deces-lies-a-la-covid-19-chez-les-travailleurs-de-la-sante-au-canada-0>

<sup>6</sup> Statistique Canada. (Communiqué 9 juillet 2021). *Ensemble de données provisoires sur les cas confirmés de COVID-19, ASPC*. Tiré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/13260003>

<sup>7</sup> FCSII. En souvenir des travailleurs canadiens de la santé morts de la COVID-19. Tiré de <https://fcsii.ca/covid-souvenir/>

<sup>8</sup> Possamai, M. (2020). *A Time of Fear*. Tiré de <https://www.atimeoffear.com/>

<sup>9</sup> Wise, J. (2021, July 29). COVID-19: Upgrading to FFP3 respirators cuts infection risks, research finds. *BMJ*. Tiré de <https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1663>

<sup>10</sup> FCSII. *Notre résumé de recherche sur la COVID-19*. Tiré de <https://fcsii.ca/notre-resume-de-recherche-sur-la-covid-19/>

gouttelettes ou particules, appelées aérosols, peuvent demeurer en suspension dans l'air et être potentiellement inhalées et se retrouver dans le nez, la bouche, les voies respiratoires et les poumons des personnes dans la pièce. L'ASPC reconnaît que le virus se propage le plus souvent entre personnes qui ont des contacts étroits à l'intérieur d'une pièce, et qu'une personne peut être infectée par une personne qui présente ou non des symptômes. L'ASPC souligne aussi l'importance d'une ventilation adéquate afin de diminuer la concentration d'aérosols pouvant être en suspension dans l'air et, ainsi, diminuer les chances que le SRAS-CoV-2 se propage si ces aérosols contiennent le virus.<sup>11</sup>

Dans un document scientifique datant de mai 2021<sup>12</sup>, les CDC reconnaissent l'impact « d'inhaler, à courte distance, de l'air contenant de fines gouttelettes de particules d'aérosol contenant le virus infectieux » et souligne que le risque de contracter le virus est plus grand si la personne est située de 3 à 6 pieds de la source infectieuse où la concentration de particules est susceptible d'être la plus élevée. Dans la même mise à jour, les CDC reconnaissent le potentiel de propagation des particules d'aérosol sur une distance plus grande que six (6) pieds, et pouvant rester en suspension dans l'air pendant des minutes ou des heures, dans certaines circonstances, par exemple dans un endroit fermé sans ventilation adéquate.

De plus, selon les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, la transmission par aérosols du COVID-19 sur de longue distance s'est faite dans certaines situations mais c'est plutôt rare (selon les CDC, la transmission 'par voie aérienne' du COVID-19 consiste en particules d'aérosols se déplaçant plus de six (6) pieds et demeurant dans l'air plus de 30 minutes et jusqu'à plusieurs heures). Les facteurs pouvant contribuer à la transmission par aérosols du virus sont : a) endroits fermés; b) ventilation inadéquate ou traitement de l'air permettant l'accumulation de petites gouttelettes ou particules respiratoires; c) exposition prolongée à des particules respiratoires; et d) personne infectée respirant fortement.

Aussi, le 30 avril 2021, l'Organisation mondiale de la santé a mis à jour ses directives relatives à la transmission<sup>13</sup> et a reconnu officiellement que le virus SRAS CoV-2 pouvait se propager par voie aérienne.

## POSITION

Tenant compte des données émergentes de la science, de la législation en matière de santé et de sécurité au travail et du principe de précaution, la position de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) est la suivante : advenant une éclosion de tout nouveau virus respiratoire, nous reconnaissons que la meilleure protection respiratoire

---

<sup>11</sup> Agence de la santé publique du Canada. (3 novembre 2020). *COVID-19 : Principaux modes de transmission*. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/principaux-modes-transmission.html>

<sup>12</sup> Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (7 mai 2021). *Scientific Brief: SARS COV-2 Transmission*. Tiré de <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/sars-cov-2-transmission.html>

<sup>13</sup> Organisation mondiale de la santé (OMS). (2021; mise à jour 30 avril 2021). *Maladie à coronavirus 2019 : comment se transmet la COVID-19?* Tiré de <https://www.who.int/fr/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>

requis pour les travailleurs de la santé à risque est, au minimum, un respirateur N95, homologué par le NIOSH et soumis à un test d'ajustement, ou un niveau supérieur de protection (par exemple un APR à pulvérisation d'air motorisé ou un respirateur élastomérique).

Parce qu'on n'a pas adopté le principe de précaution dans l'ensemble du système de soins de santé, y compris les établissements de soins actifs et de longue durée, et le secteur des soins communautaires et à domicile, le personnel infirmier et les autres travailleurs de la santé sont devenus des vecteurs de transmission et ont propagé le virus entre eux, ainsi qu'à leurs patients, résidents, clients et familles. Pour une mise en œuvre efficace des mesures de contrôle et de prévention des infections, la hiérarchie de contrôles, telle que décrite ci-dessus, doit être mise en place dans l'ensemble de l'organisation, et de concert avec les comités de santé et de sécurité au travail qui comprennent les fournisseurs de soins directs (y compris le personnel infirmier) et leurs syndicats.

Tout le personnel infirmier et tous les travailleurs de la santé de première ligne qui sont à risque d'exposition potentielle dans leur aire de travail ou tout autre secteur où ils doivent travailler – et selon une évaluation organisationnelle des risques d'exposition à une maladie infectieuse – ou qui sont chargés de cas suspects ou confirmés de COVID-19, doivent avoir facilement accès à un respirateur N95, homologué par le NIOSH et soumis à un test d'ajustement, ou à un respirateur plus puissant (par exemple un appareil de protection respiratoire (APR) à épuration d'air motorisé ou un respirateur élastomérique). Ils doivent aussi avoir été formés par l'employeur, évalués et entraînés à les mettre et à les enlever de façon sécuritaire. Tous les EPI (gants, blouses d'isolement ou imperméables, masques médicaux, respirateurs N95, protection du visage et des yeux (écran faciaux complets ou lunettes de protection) devraient être fournis, en quantité suffisante, dans toutes les aires où il y a des patients ou des clients, et devraient être stockés de façon à être faciles d'accès au point d'intervention pour tous les travailleurs de la santé.

Il est crucial, pour les employeurs, de reconnaître et promouvoir l'importance d'une évaluation des risques au point d'intervention, évaluation faite par les travailleurs de la santé avant chaque interaction avec le patient et dans le but de déterminer l'équipement de protection individuelle (EPI) requis en fonction du patient, de la tâche et de l'environnement. **Les directives doivent préciser clairement qu'un employeur ne peut refuser l'accès aux EPI nécessaires et pertinents – qu'importe les soins prodigués ou la tâche à accomplir – y compris les respirateurs N95 soumis à un essai d'ajustement, si un travailleur de la santé à déterminer qu'ils étaient requis.**

### **Port universel du masque dans le secteur de la santé**

Tenant compte des données sur la transmission par personnes asymptomatiques, les travailleurs de la santé et les visiteurs devraient, en tout temps, porter un masque médical lorsqu'ils sont dans les aires de soins des hôpitaux, des établissements de soins de longue durée et des cliniques communautaires.

Les patients, les résidents et les clients qui le peuvent devraient porter un masque médical pour assurer un contrôle à la source dans les établissements de santé, dans leur foyer de soins ou leur chambre lorsqu'un travailleur de la santé le leur demande.

### **Prélèvement d'échantillons respiratoires**

Tenant compte des données sur la transmission d'aérosols à courte distance, du potentiel de transmission asymptomatique, et du prélèvement d'un échantillon dans une région anatomique où la charge virale pourrait être plus élevée, les travailleurs de la santé qui doivent prélever un échantillon par écouvillonnage du nasopharynx ou de la gorge doivent pouvoir avoir accès à des respirateurs N95 soumis à un essai d'ajustement (ou une protection supérieure), selon l'évaluation des risques au point d'intervention (au minimum, des précautions contre la transmission par contact ou par gouttelettes doivent être en place), et ils doivent être formés, évalués et soumis à des exercices sur la façon d'utiliser tous les EPI.

### **Évaluation préliminaire, tests et triage**

Pour les travailleurs chargés du triage, de l'évaluation préliminaire et des tests liés à la COVID-19, un panneau de plexiglas allant du plancher au plafond et un téléphone haut-parleur seraient l'idéal pour éliminer le risque d'exposition si aucun autre contact direct avec le patient n'est requis. Toutefois, en l'absence d'un tel panneau et si le contact direct est requis, d'autres contrôles d'ingénierie et administratifs doivent être en place avant d'entrer en contact direct avec le patient, notamment équipements jetables, affiches, formation, chambres d'examen et d'attente séparées avec une ventilation adéquate et un nombre pertinent de changement d'air à l'heure dans tout l'établissement. Les travailleurs doivent aussi avoir accès à des respirateurs N95 soumis à un essai d'ajustement et selon l'évaluation des risques à leur point d'intervention (au minimum, des précautions contre la transmission par contact ou gouttelettes doivent être en place), et ils doivent être formés, évalués et soumis à des exercices sur la façon d'utiliser les EPI.

Pour limiter la propagation du COVID-19 dans les établissements de santé, il faut mettre l'accent sur la prévention afin d'empêcher le virus d'entrer dans l'établissement. Par conséquent, des programmes efficaces et complets de dépistage et des tests doivent être mis en place pour les visiteurs et le personnel qui entrent dans l'établissement.

### **Unités réservées aux patients atteints de la COVID-19**

Les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée doivent regrouper et isoler les cas suspects ou confirmés de COVID-19. Il s'agit d'un modèle efficace de contrôle et de prévention des infections qui est utilisé internationalement.

Étant donné la propagation potentielle du virus lors d'interventions médicales qui ne génèrent pas d'aérosols, tous les travailleurs qui s'occupent de cas suspects ou confirmés de COVID-19 dans les unités réservées à cet effet doivent porter, au minimum, un respirateur N95, homologué par le NIOSH et soumis à un test d'ajustement, si disponible, afin de prévenir la transmission du virus par aérosols. Des équipements pour protéger la tête, les pieds et les yeux (écrans faciaux complets ou lunettes de protection), des gants, des blouses imperméables (ou résistant aux fluides) doivent aussi être portés dans ces unités.

## **Interventions médicales générant des aérosols – « zones chaudes »**

Il est vital de rendre obligatoires, en tout temps, les précautions contre la transmission par voie aérienne, ainsi que les respirateurs N95, homologués par le NIOSH et soumis à un essai d'ajustement, ou plus puissants (respirateur élastomérique, APR à épuration d'air motorisé) dans les aires cliniques considérées « zones chaudes » en raison des interventions médicales générant des aérosols (IMGA), par exemple : unités de soins intensifs, salles d'urgence, salles d'opération, unité de soins post-anesthésiques, et centres de traumatologie, et où l'on s'occupe de patients atteints de la COVID-19. Lorsque cela s'avère possible, les IMGA devraient se faire dans les chambres à pression négative (ou dans des chambres d'isolement des infections aéroportées), ou dans les chambres où il n'y a qu'un seul patient ou résident si ces dernières ne sont pas disponibles. De plus, les APR à épuration d'air motorisé devraient être utilisés comme protection respiratoire lors d'IMGA.

## **Problèmes liés à l'approvisionnement**

Au moment de faire un compte rendu au comité sur la santé et la sécurité au travail au sujet des tentatives de l'employeur pour acheter tout type de protection respiratoire (respirateurs N95 qui seront soumis à un test d'ajustement, respirateurs réutilisables ou lavables) auprès de tous les vendeurs et du gouvernement – et, en dernier recours advenant une pénurie importante de respirateurs N95 jetables – les employeurs doivent informer les syndicats du secteur de la santé qui seront affectés et discuter des stratégies possibles pour régler immédiatement le problème d'approvisionnement.

Au minimum, advenant une telle situation, tous les employés doivent avoir les équipements de protection individuelle contre la transmission par contact ou par gouttelettes lorsqu'ils s'occupent de cas suspects ou confirmés de COVID-19. Cela comprend gants, protection des yeux (écran facial complet ou lunettes de protection), blouses d'isolement ou imperméables, protection de la tête et des pieds, masques médicaux. Ils doivent avoir été formés et évalués par rapport à comment les utiliser de façon sécuritaire.

## **Importance capitale de l'évaluation des risques au point d'intervention**

Une évaluation des risques au point d'intervention doit être faite par tous les travailleurs de la santé et pour toute interaction avec un patient, un résident ou un client.

Même lorsqu'il y a des problèmes d'approvisionnement, l'évaluation des risques au point d'intervention, activité basée sur le jugement professionnel de chaque infirmière ou infirmier (i.e. connaissances, habiletés, raisonnement et éducation), doit déterminer quel type d'équipement de protection individuelle doit être fourni à l'infirmière. Si l'EPI est inadéquat – tenant compte de l'acuité des besoins du patient, de l'environnement et d'autres facteurs – l'infirmière ou l'infirmier doit avoir accès à un niveau supérieur d'EPI, qu'importe les soins prodigués ou la tâche à accomplir. Les directives doivent préciser clairement qu'un travailleur de la santé ne peut se voir refuser la protection pertinente, telle que déterminée par l'évaluation des risques au point d'intervention.

Cette évaluation des risques repose sur le principe selon lequel chaque travailleur de la santé est la personne la mieux placée pour déterminer l'équipement adéquat de protection individuelle (EPI) dont il a besoin selon la situation et les interactions qu'il aura avec le patient. Ainsi, il évalue le potentiel d'exposition pour lui et les autres en se basant sur la tâche particulière, l'environnement, les conditions et l'interaction avec le patient. Il doit tenir compte des facteurs suivants : le potentiel de contamination de la peau ou des vêtements; l'exposition au sang, liquides corporels ou sécrétions respiratoires; le potentiel d'inhaler de l'air contaminé ou des particules aérosolisées; la capacité ou la volonté du patient à respecter les pratiques en matière de contrôle des infections (par exemple, porter un masque médical); déterminer s'il faudra s'approcher de très près du patient pour dispenser les soins et s'il faudra rester longtemps en contact étroit; connaître les contrôles d'ingénierie (ventilation adéquate, changement d'air à l'heure et purificateurs d'air) et administratifs qui sont en place; et déterminer si le patient pourrait avoir besoin, à un moment donné, d'une intervention médicale générant des aérosols ou s'il se trouve dans une zone chaude générant des aérosols (par exemple, unités de soins intensifs, salles d'urgence, salles d'opération, unité de soins post-anesthésiques, et centres de traumatologie), et où il y a des patients atteints de la COVID-19. Les EPI doivent être choisis selon le potentiel d'exposition si nous voulons diminuer le risque d'exposition pour les travailleurs de la santé, un patient en particulier ou les autres patients.

L'évaluation des risques au point d'intervention ne décharge toutefois pas l'employeur de son obligation légale de fournir les EPI pertinents et de protéger adéquatement tous les travailleurs en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, tel qu'indiqué ci-dessous.

### **Principe de précaution et loi sur la santé et la sécurité au travail**

Osler, cabinet d'avocats de renom au Canada, a communiqué récemment un avis juridique qui recommande aux employeurs de « se référer aux pratiques exemplaires courantes » et de respecter les « mesures de précaution pertinentes » : « Lorsqu'il existe des preuves contradictoires quant à la nécessité d'une certaine mesure de précaution, les hôpitaux doivent adopter la ou les mesures de précaution accrues. Les hôpitaux doivent être conscients du fait que c'est l'hôpital qui sera juridiquement responsable de tout manquement en matière de protection des patients et du personnel contre les préjudices, même si les hôpitaux se sont inspirés des directives des gouvernements fédéral et provinciaux ainsi que des autorités municipales pour établir leurs propres plans, politiques et procédures. »<sup>14</sup>

De façon similaire, Katherine Lippel, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en droit de la santé et la sécurité du travail, affirme que : « La mise en place du principe de précaution, qui fournit ces mesures de prévention lorsque qu'il y a incertitude scientifique, est intrinsèque à la loi en matière de SST. »<sup>15</sup> [Traduction]

---

<sup>14</sup> Tiré de [Coronavirus \(COVID-19\) : Enseignements tirés de l'épidémie de SRAS - Un guide pour les hôpitaux et les employeurs \(osler.com\)](#)

<sup>15</sup> Possamai, M. (2020). *A Time of Fear*. Tiré de <https://www.atimeoffear.com/> (résumé et recommandations en français)



La décision du juge Morgan dans l'affaire opposant l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario à Eatonville/Henly Place, 2020, ainsi que l'adjudication de J. Stout ont fait ressortir l'importance de l'évaluation des risques au point d'intervention et l'importance de respecter le jugement professionnel et clinique du personnel infirmier pour déterminer le type d'EPI nécessaire : « Il faut fournir l'EPI au personnel infirmier, y compris les respirateurs N95, si, selon le jugement professionnel et clinique de l'infirmière ou de l'infirmier, ce type d'EPI est nécessaire. »<sup>16</sup> [Traduction]

Les responsabilités des employeurs sont clairement énoncées dans les lois provinciales en matière de santé et de sécurité au travail : les employeurs doivent collaborer avec les comités mixtes de SST lors de l'élaboration des plans, des protocoles et des mesures en cas de pandémie; offrir formation, tests et entraînement à tous les employés par rapport aux mesures de santé et de sécurité; élaborer un plan en matière de protection respiratoire et fournir des respirateurs N95, soumis à des tests d'ajustement, à tous les employés pouvant en avoir besoin selon l'endroit où ils travaillent ou selon leurs tâches potentielles; les employeurs doivent aussi rendre les EPI facilement accessibles et disponibles aux équipes de soins afin qu'elles puissent faire leur travail en toute sécurité.

Selon nous, une approche pancanadienne en matière de préparation en cas d'urgence sanitaire doit intégrer le principe de précaution afin que le personnel infirmier et les travailleurs de la santé du Canada aient tous le même accès aux mesures de santé et de sécurité au travail, y compris la même norme par rapport aux équipements de protection individuelle (EPI) et à la planification en cas de pandémie.

Une mise en œuvre efficace des mesures de contrôle des infections et des stratégies pour assurer la sécurité, tel que décrit ci-dessus, doit incorporer une hiérarchie de contrôles mise en place dans l'ensemble de l'organisation, de concert avec les comités de santé et sécurité au travail qui comprennent le personnel infirmier et leurs syndicats.

**EN TOUT TEMPS, si vous sentez que votre employeur ne respecte pas les lois et les principes en matière de SST, tels que décrits ci-dessus, communiquez immédiatement avec votre syndicat.**

On s'attend à ce que le personnel infirmier soit préparé, souvent 24 heures par jour, à faire face à toute urgence sanitaire. Pouvoir réagir rapidement et efficacement en situation d'urgence sanitaire est fondamental au sein de la profession infirmière. Toutefois, pour réagir rapidement, il faut le soutien de plusieurs volets du système de soins de santé, notamment un plan de préparation en cas d'urgence sanitaire, des mesures de contrôle pertinentes sur le plan technique et administratif, le soutien des administrateurs du système, et le soutien des employeurs et du gouvernement pour assurer que les protocoles, les mesures, les procédures, la formation, et les équipements de protection individuelle soient en place et qu'ils tiennent compte des risques et du principe de précaution.

Nous reconnaissons l'importance cruciale de faire une évaluation des risques au point d'intervention, et le fait qu'en utilisant leurs connaissances, compétences, jugement et éducation, les travailleurs de la santé sont les mieux placés pour déterminer quels EPI sont les

---

<sup>16</sup> Idem

plus pertinents en fonction de leurs interactions avec chaque patient et chaque environnement particulier.

**Questions ou préoccupations?** Pour toute question ou préoccupation, communiquez avec votre syndicat ou un membre du comité mixte de santé et sécurité au travail.

### **LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES EMPLOYEURS**

- Consulter le comité mixte de santé et de sécurité au travail par rapport à toute mesure, procédure ou formation liées au COVID-19.
- Revoir et mettre à jour les plans de l'organisation en cas de pandémie, élaborés de concert avec les comités mixtes de SST, afin de s'assurer qu'ils tiennent compte de la dotation, des communications, de l'éducation et de la formation du personnel par rapport à la préparation en cas de pandémie et aux risques à la santé que présente la situation actuelle d'urgence ou de pandémie.
- Assurer que les travailleurs aient facilement accès aux EPI pertinents, qu'ils reçoivent régulièrement une formation sur les respirateurs N95 ou de qualité supérieure, qu'ils fassent régulièrement des essais d'ajustement (au moins biannuellement ou selon les changements personnels), et qu'ils soient informés des dangers potentiels, y compris le bien-fondé d'utiliser des équipements de protection, dont le respirateur N95, les APR à épuration d'air motorisé et les respirateurs élastomériques, qu'ils sachent comment s'en servir, et qu'ils soient au courant de tous les protocoles de sécurité.
- Assurer que les fournisseurs de soins reçoivent une formation complète, soient évalués et informés par rapport à la prestation de soins et aux protocoles de soins requis pendant une pandémie, y compris une évaluation des risques au point d'intervention et avant chaque interaction avec un patient ou dans l'environnement d'un patient afin de déterminer la probabilité d'exposition par contact, gouttelettes ou aérosols lors de procédures de soins, ou par rapport aux équipements et aux traitements et, ainsi, déterminer les pratiques pertinentes pour assurer la sécurité.
- Faire une évaluation organisationnelle minutieuse des risques, y compris déterminer toutes les aires potentielles d'entrée (et comment en restreindre l'accès en utilisant des affiches ou en limitant l'accès) et autres aires potentielles d'exposition (par exemple, dépistage, zone de triage, chambres d'isolement).
- Modifier les politiques, les procédures, l'équipement et l'environnement afin d'éliminer ou minimiser les risques conformément à une approche axée sur une hiérarchie des mesures de contrôle des risques.
- Avoir mis en place un mécanisme pertinent de dépistage pour les gens qui circulent, ainsi que des mesures de contrôle de l'exposition sur les lieux de travail ou au sein des unités. Prévoir suffisamment d'équipements de protection individuelle et des mesures de protection à tous les points d'entrée où se fait le dépistage.
- Avoir prévu des barrières structurelles adéquates (par ex. : panneau en plexiglas allant du plancher au plafond pour la zone de triage et à l'admission), matériel jetable, chambres d'examen et salles d'attentes séparées.
- Avoir une réserve suffisamment de respirateurs N95 ou de qualité supérieure (respirateurs élastomériques réutilisables), gants, blouses imperméables, casques de protection, écrans faciaux, chaussons protecteurs, ainsi que des APR à épuration d'air

motorisé (pour les interventions médicales générant des aérosols, par exemple les intubations), ainsi que des équipements complets pour protéger les mains.

- Avoir des chambres d'isolement pour les infections transmises par voie aérienne (chambre à pression négative) et être prêt à y transférer le patient immédiatement lorsque possible.
- Advenant un cas suspect, mettre en œuvre les mesures d'isolement dans une chambre à pression négative pour les patients présentant des symptômes, et transférer le patient immédiatement dans cette chambre où il sera séparé des autres patients, aura accès à sa propre toilette ou chaise d'aisance. S'assurer que seul le personnel adéquatement formé et équipé (des EPI pertinents) s'occupe des soins de ce patient et entre dans cette chambre.
- Former des équipes de cliniciens protégés par des équipements adéquats de protection individuelle contre le COVID-19, et qui ont reçu la formation sur comment les utiliser, y compris des équipes formées pour utiliser les respirateurs N95 ou de qualité supérieure (respirateurs élastomériques) et les APR à épuration d'air motorisé (pour les interventions générant des aérosols), et qui connaissent les protocoles pour s'en servir, et qui pourront prendre soin des patients lors de cas suspects ou confirmés de COVID-19.
- Assurer une dotation en personnel suffisante pour remplacer le personnel infirmier et autres travailleurs de la santé qui doivent s'occuper des patients en isolement, et établir des horaires de travail qui prévoient plusieurs périodes de repos et de récupération, et mettre en place des mécanismes pour évaluer la fatigue.
- Mettre en place des protocoles en matière de capacité d'intensification dès que nécessaire.
- Advenant des pénuries de personnel, des plans de contingence doivent être élaborés en étroite collaboration avec les comités mixtes de santé et de sécurité au travail et les syndicats infirmiers affectés.
- Advenant des transferts de personnel entre unités ou établissements, ou lors d'un redéploiement de personnel, ce personnel doit recevoir une orientation adéquate, ainsi qu'une formation afin d'être bien préparé à travailler dans la nouvelle unité ou le nouveau site. Le syndicat doit aussi être informé du transfert ou du redéploiement.
- Mettre en place des protocoles plus stricts en matière d'entretien ménager et s'assurer que le personnel du service d'entretien porte les EPI adéquats.
- Utiliser du matériel jetable lorsque possible; le matériel non jetable devrait être utilisé exclusivement avec le patient.
- Vérifier la ventilation de l'établissement pour s'assurer qu'il y a suffisamment de changements d'air pour diminuer les risques de transmission par aérosols.

#### **LISTE DE VÉRIFICATION POUR LE PERSONNEL INFIRMIER**

- Respecter les politiques et les procédures actuelles de contrôle des infections dans votre milieu de travail.
- Demeurer à domicile si vous êtes malade.
- Faire un nouvel essai d'ajustement de votre respirateur N95 et porter un respirateur N95, ou de qualité supérieure (respirateur élastomérique) s'il y a risque d'exposition au COVID-19.

- Utiliser les précautions requises contre la transmission par gouttelettes ou par contact, et des précautions supplémentaires contre la transmission par voie aérienne, par exemple (mais sans s'y limiter) : gants, écrans faciaux complets ou lunettes de protection, blouses imperméables, masques N95, APR à pulvérisation d'air motorisé, si disponible (pour les interventions générant des aérosols, par exemple les intubations).
- Faire une évaluation des risques au point d'intervention avant chaque interaction avec un patient infecté ou dans l'environnement du patient afin d'évaluer le risque d'exposition par contact ou aérosols lors des interventions, ou par rapport aux équipements ou aux traitements; en tout temps pendant cette évaluation des risques, l'infirmière peut demander un niveau supérieur d'EPI.
- Advenant le transfert d'une infirmière à une autre unité ou établissement ou lors d'un redéploiement, si la personne détermine qu'elle a besoin d'une orientation, de formation ou d'éducation, elle doit informer l'employeur.
- Si vous avez des problèmes de santé pouvant être source d'inquiétude lorsque vous devez prendre soin de cas suspects ou confirmés de COVID-19, consultez votre fournisseur de soins de santé.
- Éviter de se toucher les yeux, le nez et la bouche avec les mains afin de ne pas s'auto-contaminer; se laver les mains avant tout contact avec le corps.
- Éviter tout contact avec le visage, la peau ou les vêtements lorsque vous retirez vos EPI car les gants, les mains et les équipements peuvent être contaminés.
- Se familiariser à sa convention collective et à la législation en matière de préparation en cas de pandémie, connaître les normes de santé et de sécurité au travail (SST), et le droit de refuser de faire un travail dangereux.
- **STOP si vous n'avez pas l'équipement requis de protection individuelle (EPI) ou un masque ajusté correctement, et si vous n'avez pas été formé, informé et évalué adéquatement par rapport à son entretien, son utilisation et ses limites, vous devez en parler à votre gestionnaire ou surveillante; documenter la situation et en informer votre syndicat ou votre représentante au sein du comité mixte de santé et sécurité au travail (SST).**
- **SIGNALER toute inquiétude liée à la santé et à la sécurité, y compris les lacunes dans les protocoles et les procédures, les communications, la ventilation inadéquate, l'accès aux EPI, la formation, les essais d'ajustement, ou tout autre inquiétude. Le signaler à votre gestionnaire ou surveillante, et informez votre comité mixte de SST et votre syndicat.**

