

PLAN D'URGENCE QUÉBÉCOIS SUR LES MALADIES INFECTIEUSES À SURVEILLANCE EXTRÊME

VOLET SANTÉ PUBLIQUE

Rédaction

Lucie-Andrée Roy

Direction de la protection de la santé publique,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Michel Savard

Direction de la protection de la santé publique,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Louise Valiquette

Direction de la protection de la santé publique,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Alejandra Irace-Cima

Direction des risques biologiques et santé au travail,
Institut national de santé publique du Québec

Michèle Dupont

Direction de la protection de la santé publique,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Le document est basé sur les travaux réalisés par un groupe de travail coprésidé par :

Lucie-Andrée Roy

Direction de la protection de la santé publique,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Michel Savard

Direction de la protection de la santé publique,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Membres du groupe de travail (2014-2016)

Alain Boucard

Service de quarantaine,
Agence de la santé publique du Canada

Josianne Cantin

Direction générale adjointe de la coordination et de la sécurité civile,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

André Dascal

Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec

Danielle Fleury

Direction des services cliniques spécialisés,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Édition

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section Publications.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Bibliothèque et Archives Canada, 2019

ISBN : 978-2-550-83577-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2019

Anne Fortin

Direction des risques biologiques et santé au travail,
Institut national de santé publique du Québec

Alejandra Irace-Cima

Direction des risques biologiques et santé au travail,
Institut national de santé publique du Québec

Daniel Lefrançois

Direction des services cliniques spécialisés,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Jean Longtin

Laboratoire de santé publique du Québec,
Institut national de santé publique du Québec

Cécile Tremblay

Laboratoire de santé publique du Québec,
Institut national de santé publique du Québec

Collaboration

Caroline Duchesne

Direction de santé publique,
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Georgiana Titeica

Direction de la protection de la santé publique,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Jasmin Villeneuve

Direction des risques biologiques et santé au travail,
Institut national de santé publique du Québec

Révision et mise en page

Claire Nadeau

Direction générale de la santé publique,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Isabelle Pichette

Direction générale de la santé publique,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Révision linguistique

Jonathan Aubin

MESSAGE DU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE



C'est avec plaisir, à titre de directeur national de santé publique (DNSP), que je présente ce Plan d'urgence québécois pour les maladies infectieuses à surveillance extrême : volet santé publique (PUQMIASE). Ce plan constitue la réponse du réseau de santé publique en lien avec certaines maladies infectieuses pouvant mettre en danger la santé de la population, dépasser nos capacités d'intervention habituelles et déstabiliser sérieusement le fonctionnement de notre société.

C'est dans ce contexte que le gouvernement du Québec s'est donné des pouvoirs de vigilance et d'intervention en santé publique pour protéger la population. En plus de la Loi sur la santé publique, le gouvernement a adopté en 2012 un décret liant légalement le Québec au respect et à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour faire face aux urgences de santé publique à portée internationale (USPPI).

Ce plan d'urgence vise les maladies infectieuses qui nécessitent légalement une déclaration sans délai au DNSP. Le PUQMIASE vise aussi toutes les autres situations de nature infectieuse reconnues par le DNSP comme étant une menace suffisante pour exiger que ce dernier soit informé sans délai. Cela peut inclure l'émergence de nouveaux agents pathogènes ou d'événements terroristes, sachant que pour certaines de ces situations les frontières et les distances peuvent ne pas avoir d'importance et représenter une USPPI.

Essentiellement, le PUQMIASE présente et fait le pont entre les différents éléments de la structure de santé publique mise en place, tant au Québec qu'au palier fédéral, pour faire face à de telles urgences. Il permet rapidement, à l'aide d'hyperliens, d'accéder aux principaux documents opérationnels en maladies infectieuses et en mesures d'urgence conçus au Québec, au Canada ou à l'échelle internationale.

Je remercie sincèrement les membres du groupe de travail qui ont contribué, par leur expérience et leurs connaissances, à enrichir cette nouvelle version du Plan. Même si ce document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau de santé publique, il peut être utile à ceux qui œuvrent dans d'autres volets du réseau de la santé.

À tous les professionnels et gestionnaires interpellés par le PUQMIASE, je sais que, lorsque survient une situation d'urgence, je peux compter sur votre collaboration, votre expertise et votre dévouement pour protéger la santé de la population. Je vous invite à vous familiariser avec ce document dès maintenant, car la population s'attend à ce que nous soyons tous prêts à intervenir de façon cohérente en cas d'urgence.

Dr Horacio Arruda

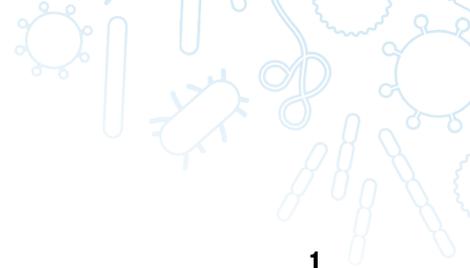


TABLE DES MATIÈRES

1. OBJECTIFS	1
2. SUJETS	1
3. SITUATION D'URGENCE OU DE SINISTRE	3
4. RESPONSABILITÉS AU PALIER PROVINCIAL	3
4.1 Autorités de santé publique	3
4.2 Institut national de santé publique du Québec	6
4.2.1 Expertise en maladies infectieuses	6
4.2.2 Laboratoire de santé publique du Québec	6
4.3 Centre des opérations gouvernementales du ministère de la Sécurité publique	6
5. RESPONSABILITÉS AU PALIER FÉDÉRAL	7
5.1 Santé Canada	7
5.2 Agence de la santé publique du Canada	7
5.2.1 Services de quarantaine	7
5.2.2 Laboratoire national de microbiologie	8
5.2.3 Centre de mesures et d'intervention d'urgence de l'Agence de la santé publique du Canada	9
5.2.4 Programme du public voyageur	9
6. RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL	9
6.1 Objectif, signalement au point focal et capacités de réponse au Règlement sanitaire international	9
6.2 Annexe 2 du règlement sanitaire international : outil d'aide à la décision	10
7. COMITÉS CONSULTATIFS ET RÉSEAUX	11
7.1 Comité sur les infections nosocomiales du Québec	11
7.2 Comité sur l'immunisation du Québec	11
7.3 Sous-comité sur les incidents impliquant des agents chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires ou explosifs (CBRNE)	11
7.4 Réseau des laboratoires nationaux	12
7.5 Réseau pancanadien de santé publique	12
7.6 Conseil des médecins hygiénistes en chef	13
8. COORDINATION	13
8.1 Coordination régionale des mesures d'urgence de santé publique	13
8.2 Coordination suprarégionale des mesures d'urgence de santé publique	13
8.3 État d'urgence sanitaire	14
8.4 Plan de mobilisation au sens de la Loi sur la santé publique	15
8.5 Coordination de la sécurité civile au MSSS (mission Santé)	15
8.5.1 Structure de la sécurité civile au MSSS (mission Santé)	15
8.5.2 Leadership de coordination de la sécurité civile au MSSS	16
8.5.3 Mise en œuvre de la coordination de la sécurité civile au sein du MSSS	16
8.5.4 Coordination de la sécurité civile par le ministère de la Sécurité publique (Plan national de sécurité civile)	16
8.6 Coordination au palier fédéral	17

9. COMMUNICATIONS INITIALES OPÉRATIONNELLES	18
9.1 Premières notifications par le médecin traitant	18
9.2 Première conférence téléphonique	18
9.3 Structure de communication	19
9.4 Arrimage avec la sécurité civile du CISSS (ou du CIUSSS) ou du MSSS (si nécessaire)	19
9.5 Arrimage avec l'ASPC, le LNM ou les agents de la quarantaine	19
9.6 Acheminement d'échantillons d'un établissement au LSPQ ou au LNM	20
9.7 Plan d'intervention d'urgence (PIU) en cas d'accident pendant le transport	20
10. AIDE-MÉMOIRE POUR LES INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE	21
11. INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE AUX POINTS D'ENTRÉE INTERNATIONAUX	22
11.1 Définitions	22
11.2 Prise en charge d'un cas présentant des signes ou des symptômes d'une maladie infectieuse (MI) à son passage au point d'entrée ou au moment de son transport au point d'entrée	23
11.3 Prise en charge des contacts d'un cas de MI chez un voyageur international, signalé ou déclaré à la DSPublique ou identifié par une DSPublique lors d'une enquête de santé publique	24
12. GESTION DES DÉPOUILLES	25
12.1 Mesures de prévention de la transmission d'une infection	25
12.2 Décès par MIASE en centre hospitalier	25
12.3 Importation et exportation de restes humains et d'autres tissus humains	25
SECTION 2 – MALADIES INFECTIEUSES À SURVEILLANCE EXTRÊME	27
PRÉSENTATION DES FICHES	27
FICHES MALADIES INFECTIEUSES À SURVEILLANCE EXTRÊME	28
Botulisme	28
Choléra (<i>Vibrio cholerae</i>)	31
Fièvres hémorragiques virales (FVH) (ex.: Ebola, Marburg, Lassa, Crimée-Congo)	33
Maladie du charbon (anthrax ou <i>Bacillus anthracis</i>)	36
Maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI), y compris un nouveau sous-type de grippe humaine	38
Peste (<i>Yersinia pestis</i>)	40
Poliomyélite sauvage	42
Syndrome respiratoire du Moyen-Orient ou Coronavirus responsable du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)	44
Tuberculose ultrarésistante (<i>Mycobacterium tuberculosis XDR</i>)	46
Tularémie (<i>Francisella tularensis</i>)	48
Variole (<i>Variola virus</i>)	50
CONCLUSION	52
GLOSSAIRE	53
RÉFÉRENCES	54
ANNEXE 1	55



LISTE DES ACRONYMES

AC :	Agent de contrôle (Loi sur la quarantaine)
AQ :	Agent de quarantaine
ASPC :	Agence de la santé publique du Canada
CBRNE :	Chimique, biologique, radiologique, nucléaire, explosif
CDC :	Centers for disease control and prevention
CH :	Centre hospitalier
CINQ :	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
CIQ :	Comité sur l'immunisation du Québec
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMIU :	Centre de mesures et d'interventions d'urgence de l'ASPC
COG :	Centre des opérations gouvernementales du Québec
CMHC :	Conseil des médecins hygiénistes en chef
DGACSC :	Direction générale adjointe de la coordination et de la sécurité civile du MSSS
DGAPSP :	Direction générale adjointe de la protection de la santé publique du MSSS
DGSP :	Direction générale de la santé publique du MSSS
DSPublique :	Direction de santé publique ou Directeur de santé publique au sein d'un CISSS ou d'un CIUSSS
DNSP :	Directeur national de santé publique
DVS :	Direction de la vigie sanitaire du MSSS
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
MADO :	Maladie à déclaration obligatoire
LAPHT :	Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines
LNM :	Laboratoire national de microbiologie (situé à Winnipeg)
LSP :	Loi sur la santé publique
LSPQ :	Laboratoire de santé publique du Québec
MI :	Maladie infectieuse
MIASE :	Maladie infectieuse à surveillance extrême
MRSI :	Maladie respiratoire sévère infectieuse
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS :	Organisation mondiale de la santé
OSCQ :	Organisation de la sécurité civile du Québec
PCI :	Prévention et contrôle des infections
PNSC :	Plan national de sécurité civile
PPE :	Prophylaxie postexposition
PUQMIASE :	Plan d'urgence québécois pour les maladies infectieuses à surveillance extrême
RLSPC :	Réseau des laboratoires de santé publique du Canada
RSI :	Règlement sanitaire international
USPPI :	Urgence de santé publique de portée internationale

SECTION 1

PLAN D'URGENCE

VOLET SANTÉ PUBLIQUE

1. OBJECTIFS

Le Plan d'urgence québécois pour les maladies infectieuses à surveillance extrême (PUQMIASE) s'adresse essentiellement aux intervenants de santé publique du Québec. Il vise à outiller ces intervenants dans la prévention de la propagation des maladies infectieuses qui peuvent présenter une menace grave pour la santé de la population du Québec, que la menace soit réelle ou appréhendée.

Le volet Santé publique s'intègre dans les interventions d'urgence menées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre de la mission *Santé* en sécurité civile, lorsque la situation nécessite l'implication de plusieurs directions du MSSS ou de plusieurs ministères.

Dans la mission *Santé*, en plus du volet Santé publique, on retrouve deux autres volets :

- le volet Préhospitalier d'urgence et réception des personnes sinistrées;
- le volet Soins et services aux personnes sinistrées.

Le tout est appuyé par :

- le Service des communications;
- le Service de la Coordination en sécurité civile de la mission *Santé*, (MSSS : Mission santé, octobre 2017).

Ce plan tient pour acquis que les gestionnaires des autres volets du réseau de la santé et des services sociaux ont ou développeront les plans complémentaires ou les annexes permettant des arrimages efficaces avec ce plan de santé publique pour faire face à des maladies infectieuses à surveillance extrême.

Il est important de préciser que le PUQMIASE constitue un guide qui se limite aux mesures initiales de prévention et de contrôle, y compris les mécanismes de coordination et de communication. On y retrouve les activités de vigie, d'enquêtes épidémiologiques, d'investigations analytiques ainsi que de gestion des cas et de suivi des contacts dans une approche de protection de la santé de la population.

Ce plan constitue un outil pour répondre aux besoins des autorités de santé publique du Québec en lien avec les dispositions de la Loi sur la santé publique (LSP) et ses règlements d'application au Québec, de même qu'en lien avec la Loi sur la mise en quarantaine relevant du gouvernement fédéral. De plus, ce plan consolide la mise en œuvre du Règlement sanitaire international de l'OMS (RSI, 2005) auquel le Québec est lié légalement par un décret gouvernemental adopté en 2012.

Ce plan favorise un signalement sans délai et la prise en charge adéquate des cas suspects ou confirmés. Il vise tout particulièrement les activités des premiers jours suivant un signalement. Il regroupe les informations pertinentes pour le personnel de la santé et, tout particulièrement, les professionnels de la santé publique devant intervenir dans un contexte d'urgence.

Ce plan se limite aux informations essentielles et stables dans le temps, tout en offrant la possibilité d'accéder par hyperliens aux documents complémentaires plus spécifiques et opérationnels développés au Québec, au Canada ou à l'échelle internationale.

2. SUJETS

Aux fins de ce plan sont retenues comme maladies infectieuses à surveillance extrême (MIASE) les maladies ou situations :

- qui doivent être déclarées **immédiatement et simultanément** au directeur national de santé publique (DNSP) et au directeur de santé publique (DSPublique)¹, en vertu du chapitre VIII de la LSP, par tout médecin et par tout dirigeant d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale (LSP, Lois et règlements du Québec, chapitre S-2.; ainsi que son Règlement ministériel d'application (chapitre S-2.2, r.2));
- qui représentent **systématiquement** une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI), en vertu du Règlement sanitaire international RSI (2005) de l'OMS et de son annexe 2;
- qui sont considérées par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) comme étant les agents biologiques les plus probables et les plus préoccupants au regard de gestes malveillants ou de bioterrorisme, en se référant aux agents biologiques figurant dans la catégorie A des CDC.
- qui répondent aux critères suivants et que le DNSP reconnaît comme étant une MIASE ou une USPPI :
 - une menace sérieuse pour la population, réelle ou appréhendée,
 - un potentiel de morbidité et de mortalité élevé,
 - la capacité de provoquer le dépassement des capacités des ressources disponibles,
 - la capacité de déstabiliser les organisations.

1. Dans ce document, l'acronyme DSPublique représente le Directeur de santé publique qui agit dorénavant au sein d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS).

Comme l'illustre le tableau suivant, la survenue d'un seul cas justifie, pour certaines maladies, la mise en œuvre du Plan, tandis que pour d'autres le déclenchement du Plan dépendra de circonstances particulières, dont la présence d'une éclosion ou la suspicion d'une intention malveillante.

MIASE	Nombre de cas justifiant le recours au PUQMIASE
Botulisme (<i>Clostridium botulinum</i>)	Éclosion ou selon le contexte*
Maladie du charbon (anthrax ou <i>Bacillus anthracis</i>)	Éclosion ou selon le contexte
Fièvres hémorragiques (ex. : Ebola, Marburg, Lassa, Crimée-Congo)	Un seul cas
Peste (<i>Yersinia pestis</i>)	Un seul cas
Tularémie (<i>Francisella tularensis</i>)	Éclosion ou selon le contexte
Variole	Un seul cas
Maladies respiratoires sévères infectieuses d'étiologie indéterminée	Éclosion ou selon le contexte
Choléra (<i>Vibrio cholerae</i>) **	Éclosion ou selon le contexte
Syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)	Un seul cas
Grippe humaine causée par un nouveau sous-type ou une nouvelle souche à potentiel pandémique	Un seul cas
Poliomyélite (<i>Poliovirus</i>) à virus sauvage	Un seul cas
Tuberculose ultrarésistante (<i>Mycobacterium tuberculosis XDR</i>)***	Un seul cas

* Selon le contexte : par exemple, cas de MI associés à un geste malveillant.

** Le choléra est retenu pour des questions réglementaires, sans représenter une MIASE. Il faut toutefois tenir compte du contexte.

*** TB ultrarésistante XDR : *Mycobacterium tuberculosis* résistantes à l'isoniazide et à la rifampicine, à n'importe quelle fluoroquinolone et à au moins un des trois médicaments injectables de deuxième ligne (capreomycine, kanamycine et l'amikacine). Cette définition de tuberculose-UR a été agréée par le Groupe de travail mondial de l'OMS sur la tuberculose-UR en octobre 2006.

3. SITUATION D'URGENCE OU DE SINISTRE

Dans la Politique ministérielle de sécurité civile du MSSS, la distinction entre une situation d'urgence et un sinistre est bien expliquée :

«Au sein des collectivités, les **situations d'urgence** surviennent régulièrement, voire sur une base quotidienne dans plusieurs milieux urbains. Ces situations interpellent un ou plusieurs intervenants de première ligne tels que les pompiers, les policiers, les techniciens ambulanciers ou le personnel de services de travaux publics ou de transport. [...]

Bien que ces situations soient susceptibles de porter atteinte à l'intégrité physique ou psychologique d'une ou de plusieurs personnes, de causer des dommages [...] et nécessitent une intervention rapide, elles ne dépassent pas, toutefois, les capacités à réagir du milieu. Les procédures normales et les ressources disponibles au sein de la collectivité sont adéquates et permettent de faire face à la situation.

À la différence, les **sinistres** constituent des situations dont les conséquences et les enjeux en cause pour la collectivité sont plus importants et étendus. Ils requièrent la mobilisation et l'engagement d'acteurs de divers secteurs d'activité et de paliers organisationnels allant au-delà des intervenants de première ligne. »

Le présent document constitue un **plan d'urgence** visant les MIASE. Il s'agit des maladies infectieuses répondant aux critères de sévérité mentionnés dans la section précédente et nécessitant un signalement sans délai au DSPublique de la région concernée et simultanément au DNSP.

Les mécanismes de réponse aux sinistres ne sont pas automatiquement déployés lorsque se produit une situation qui requiert des mesures d'urgence, et la sécurité civile n'est pas nécessairement mobilisée. Toutefois, la plupart des situations réclamant des mesures d'urgence sont d'intérêt pour la sécurité civile parce qu'elles sont susceptibles d'évoluer. Il est donc toujours opportun d'assurer les arrimages nécessaires.

4. RESPONSABILITÉS AU PALIER PROVINCIAL

4.1 AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

Au Québec, les responsabilités et les pouvoirs des autorités de santé publique sont encadrés et déterminés dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Gouvernement du Québec, Loi sur les services de santé et les services sociaux, Lois et règlements du Québec, chapitre S-4.2) et la LSP et ses règlements d'application. Ces lois et règlements reconnaissent deux paliers d'autorité avec des devoirs et des pouvoirs d'intervention. Les autorités de santé publique reconnues dans la Loi sont :

- le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que le DNSP, au palier provincial, et
- les DSPublique aux paliers régional ou territorial qui agissent au sein d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS).

Chaque DSPublique est responsable de protéger la santé de la population de sa région et d'informer la population et les instances régionales des mesures à prendre pour se protéger. Pour ce faire, il s'entoure d'une équipe de professionnels qui :

- exercent une vigie des menaces à la santé;
- procèdent aux enquêtes épidémiologiques;
- s'assurent que les mesures de protection sont mises en place et sont connues;
- effectuent la surveillance de la santé de la population.

Outre ses responsabilités en liaison avec le palier fédéral, le DNSP a essentiellement les mêmes responsabilités et pouvoirs que le DSPublique, mais pour les dossiers suprarégionaux.

Un DSPublique peut procéder à une enquête épidémiologique dans toute situation où il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être et, en particulier, lorsqu'il reçoit une déclaration d'une infection ou d'une maladie visée au Règlement ministériel d'application de la LSP ou lorsqu'il reçoit le signalement d'une menace à la santé de la population donné en vertu du chapitre X de la Loi.

Les articles 100 et 106 (voir encadrés) de la Loi décrivent clairement les interventions qu'un DSPublique peut exiger, lorsque nécessaire, dans le cadre d'une enquête épidémiologique ou lorsqu'il est d'avis, en cours d'enquête, qu'il existe effectivement une menace réelle à la santé de la population. Dans ces cas, un DSPublique peut, notamment, limiter la mobilité des personnes et obtenir, de toute personne, de tout ministère ou de tout organisme, des documents ou des renseignements pertinents pour l'enquête, même s'il s'agit d'un renseignement personnel ou confidentiel ou d'un document confidentiel.

ARTICLE 100 DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Sous réserve de l'article 98, un directeur de santé publique peut, lorsque requis dans le cadre d'une enquête épidémiologique :

- 1° exiger d'une personne qu'elle lui présente pour examen toute substance, plante, animal ou autre chose en sa possession;
- 2° exiger d'une personne en possession d'une chose de la démanteler ou exiger que soit ouvert tout contenant sous clé;
- 3° faire ou faire faire toute excavation nécessaire en tout lieu;
- 4° avoir accès à tout lieu et en faire l'inspection, à toute heure raisonnable (ne peuvent être exercés pour entrer dans une résidence privée sans le consentement de l'occupant, à moins que le directeur soit muni d'un ordre de la cour l'y autorisant);
- 5° prendre des échantillons d'air ou de toute substance, plante, animal ou autre chose, ou exiger d'une personne la prise de tels échantillons;
- 6° exiger de toute personne que des échantillons en sa possession soient transmis pour analyse à l'Institut national de santé publique du Québec ou à un autre laboratoire;
- 7° exiger de tout directeur d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale, privé ou public, qu'il transmette à l'Institut national de santé publique du Québec ou à un autre laboratoire tout échantillon ou culture qu'il juge nécessaire aux fins de son enquête;
- 8° ordonner à toute personne, ministère ou organisme de lui communiquer ou de lui donner accès immédiatement à tout document ou à tout renseignement en sa possession, même s'il s'agit d'un renseignement personnel, d'un document ou d'un renseignement confidentiel;
- 9° exiger d'une personne qu'elle subisse un examen médical ou qu'elle lui fournisse un échantillon de son sang ou d'une autre substance corporelle, s'il a des motifs sérieux de croire que cette personne est infectée par un agent biologique transmissible. (Sauf si la personne y consent, le directeur de santé publique ne peut exercer ces pouvoirs sans être muni d'un ordre de la cour à cet effet.)

ARTICLE 106 DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis, en cours d'enquête, qu'il existe effectivement une menace réelle à la santé de la population, il peut :

- 1° ordonner la fermeture d'un lieu ou n'en permettre l'accès qu'à certaines personnes ou à certaines conditions et faire afficher un avis à cet effet;
- 2° ordonner l'évacuation d'un édifice;
- 3° ordonner la désinfection, la décontamination ou le nettoyage d'un lieu ou de certaines choses et donner des directives précises à cet effet;
- 4° ordonner la destruction d'un animal, d'une plante ou d'une autre chose de la manière qu'il indique ou le traitement de certains animaux ou de certaines plantes;
- 5° ordonner la cessation d'une activité ou la prise de mesures de sécurité particulières si c'est cette activité qui est une source de menace pour la santé de la population;
- 6° ordonner à une personne, pour le temps qu'il indique, de ne pas fréquenter un établissement d'enseignement, un milieu de travail ou un autre lieu de rassemblement, si elle n'est pas immunisée contre une maladie contagieuse dont l'éclosion a été constatée dans ce milieu;
- 7° ordonner l'isolement d'une personne, pour la période qu'il indique mais pour au plus 72 heures, si celle-ci refuse de recevoir le traitement nécessaire pour éviter toute contagion ou s'il s'agit de la seule mesure à prendre pour éviter la transmission au sein de la population d'un agent biologique médicalement reconnu comme pouvant mettre gravement en danger la santé de la population;
- 8° ordonner à une personne de respecter des directives précises pour éviter toute contagion ou contamination;
- 9° ordonner toute autre mesure qu'il estime nécessaire pour empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, en diminuer les effets ou l'éliminer.

Toutefois, il faut rappeler qu'un DSPublique doit, s'il constate dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'un ministère, une municipalité locale ou un organisme dispose et peut exercer, en vertu d'une autre loi, d'un règlement municipal ou d'une entente, des pouvoirs d'inspection ou d'enquête nécessaires pour vérifier la présence d'un agent biologique, chimique ou physique constituant une menace à la santé de la population, ou un des pouvoirs énoncés dans l'article 106, aviser le ministère, la municipalité locale ou l'organisme concerné par la situation et lui demander de procéder aux inspections ou aux enquêtes nécessaires à l'enquête du DSPublique. Dans ces circonstances, l'enquête épidémiologique du DSPublique se poursuit, mais seuls le ministère, la municipalité locale ou l'organisme concerné peuvent exercer leurs pouvoirs d'enquête ou d'inspection à l'égard notamment des lieux, des animaux ou des substances pour lesquels ils ont compétence. Les résultats obtenus doivent être communiqués sans délai au DSPublique, et ce dernier peut exiger qu'on lui communique aussi immédiatement tous les renseignements nécessaires à la poursuite de son enquête (art. 98 de la LSP).

L'article 100 de la LSP précise qu'un DSPublique peut ordonner à toute personne, à tout ministère ou à tout organisme, lorsque nécessaire dans le cadre d'une enquête, de lui communiquer ou de lui donner accès immédiatement à tout document ou à tout renseignement en sa possession, même s'il s'agit d'un renseignement personnel, d'un document ou d'un renseignement confidentiel.

Finalement, dans le cours d'une enquête épidémiologique, lorsqu'un DSPublique est d'avis qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais prescrits pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre de l'avant le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu dans le plan d'action régional de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur (LSP, art. 97).

4.2 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) soutient le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, les autorités de santé publique ainsi que les établissements du réseau de la santé dans l'exercice de leurs responsabilités, en rendant disponibles l'expertise et les services spécialisés de laboratoire et de dépistage.

Au regard des urgences, la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (ch. I-13.1.1, art. 20) stipule que :

« Lorsque la santé publique est menacée à la suite d'un événement ou d'une situation particulière ayant un caractère d'urgence, le ministre peut demander à l'Institut d'exécuter, dans le cadre de sa mission, en priorité sur tous autres travaux, ceux qu'il lui confie.

Les agences, le conseil régional et les établissements visés par les lois sur les services de santé et les services sociaux doivent alors, sauf disposition contraire, mettre à la disposition de l'Institut toutes les informations qu'il requiert. Ils doivent également fournir à l'Institut, dans la mesure du possible, toute l'aide nécessaire à l'accomplissement des travaux qu'il effectue à la demande expresse du ministre »

4.2.1 Expertise en maladies infectieuses

À l'INSPQ, l'expertise pertinente au PUQMIASE couvre les champs d'activité suivants : surveillance, prévention et contrôle des maladies infectieuses; infections nosocomiales et risques infectieux en milieu de soins; immunisation. Les experts se trouvent, notamment, dans la Direction des risques biologiques et santé au travail ainsi qu'aux comités permanents qui relèvent directement de l'INSPQ, soit le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) et le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ).

4.2.2 Laboratoire de santé publique du Québec

Le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) est intégré à l'INSPQ. Il contribue, par ses services et son expertise, à la surveillance, à la prévention et au contrôle des maladies transmissibles ainsi qu'à la réponse aux éclosions et aux urgences impliquant des maladies transmissibles. L'offre de service comprend :

- les services diagnostiques de référence en soutien au réseau des laboratoires biomédicaux;
- la capacité d'intervention en matière de biosécurité, de confinement des microorganismes et de déversement de matières infectieuses;
- l'analyse intégrée et la diffusion des informations de laboratoire;

- l'amélioration des services de laboratoire par le développement et la prestation de programmes de contrôle externe de la qualité et d'assurance qualité pour les laboratoires de biologie médicale;
- la production d'activités de transfert de connaissances;
- la participation à des activités de recherche et développement pertinentes au domaine de la santé publique.

Dans le cadre de ses fonctions, le LSPQ (INSPQ) offre une variété de tests de référence pour les laboratoires du réseau de la santé du Québec et développe, en collaboration avec le Laboratoire national de microbiologie (LNM), de nouveaux tests diagnostiques pour les agents pathogènes émergents. De plus, le LSPQ (INSPQ) est doté d'un environnement ISO (9001-15189-17025).

Par ailleurs, le LSPQ (INSPQ) travaille en étroite collaboration avec le réseau canadien des laboratoires de santé publique (CPHLN), dont il fait partie. Il possède un laboratoire de niveau de confinement 3 et est membre du réseau de réponse de laboratoire (LRN) contre les menaces terroristes ou autres urgences en maladies infectieuses.

Dans le cadre de la réponse aux maladies à surveillance extrême, le LSPQ (INSPQ) est responsable de coordonner le transport des échantillons au LNM de Winnipeg et de soutenir les laboratoires du réseau dans la préparation adéquate des échantillons. Il soutient également le MSSS et le réseau dans la préparation de guides sur les processus de gestion et le transport des échantillons aux laboratoires.

4.3 CENTRE DES OPÉRATIONS GOUVERNEMENTALES DU MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

Le Centre des opérations gouvernementales (COG) relève du ministère de la Sécurité publique. Il est au service de l'Organisation de la sécurité civile du Québec (OSCQ), des directions régionales de la sécurité civile et de leurs partenaires respectifs. L'OSCQ réunit les coordonnateurs en sécurité civile de chaque ministère et organisme gouvernemental concerné. Donc, le MSSS fait partie de l'OSCQ et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux peuvent accéder aux services du COG. Celui-ci permet au gouvernement du Québec d'anticiper les événements pouvant compromettre la sécurité des citoyens grâce à une surveillance continue du territoire, d'informer et d'alerter les intervenants concernés ainsi que de coordonner les opérations en cas de situations d'urgence, de crises ou de sinistres majeurs.

5. RESPONSABILITÉS AU PALIER FÉDÉRAL

Le portefeuille de la Santé comprend Santé Canada (SC), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) et les instituts de recherche en santé du Canada. Au sein du portefeuille fédéral de la Santé, les responsabilités relatives aux activités de gestion des urgences sont partagées par les deux organismes principaux du portefeuille : Santé Canada et l'ASPC. En plus des activités continues menées dans le cadre de leurs fonctions habituelles, les organismes du portefeuille de la Santé sont tenus de remplir leur mission dans les situations d'urgence où la menace à la santé et à la sécurité humaines est grave et, par conséquent, où la capacité d'intervenir rapidement est primordiale. Les différents instruments législatifs fédéraux donnent aux organismes du portefeuille de la Santé le mandat de diriger l'intervention fédérale dans certaines situations d'urgence ou de soutenir d'autres ministères au besoin, particulièrement ceux qui ont l'obligation de s'occuper de populations précises relevant de la compétence fédérale.

5.1 SANTÉ CANADA

Santé Canada agit en tant que conseiller principal en matière de politique de santé auprès du ministre fédéral de la Santé. Il détient des responsabilités à l'égard de la gestion des urgences dans les situations suivantes :

- Protection et promotion de la santé des collectivités des Premières Nations dans les réserves et des populations inuites au sud du 60e parallèle;
- Protection et promotion de la santé des travailleurs de la fonction publique fédérale et des intervenants d'urgence fédéraux, y compris le soutien psychosocial durant et après les situations d'urgence et les événements ayant causé des traumatismes importants;
- Coordination de l'intervention fédérale relativement aux répercussions hors site des situations d'urgence radiologiques et nucléaires qui pourraient mettre en danger la santé et la sécurité des Canadiens; conseils et soutien techniques concernant des incidents chimiques, radiologiques et nucléaires et des incidents liés à l'eau potable et à l'alimentation;
- Qualité, sécurité et efficacité des produits de santé destinés aux humains et des médicaments vétérinaires, et approbation de leur autorisation de mise en marché;
- Surveillance de l'exposition aux pesticides et risques connexes.

5.2 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

L'ASPC agit en tant que principal conseiller en matière de santé publique auprès du ministre fédéral de la Santé et exerce des responsabilités à l'égard de la gestion des urgences dans les situations suivantes :

- Urgences en santé publique liées à des catastrophes naturelles ou causées par l'activité humaine, y compris les éclosions de maladies infectieuses;
- Activités de protection de la santé et de mise en quarantaine visant les voyageurs, les transports et les services auxiliaires, sous le régime de la Loi sur la mise en quarantaine;
- Protection de la santé et de la sécurité du public contre les risques que représentent les agents pathogènes humains et les toxines, au moyen des pouvoirs conférés par la Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines (LAPHT);
- Biosécurité des laboratoires;
- Activation, entretien et préparation du Centre des opérations d'urgence;
- Mobilisation du Système de la réserve nationale d'urgence;
- Mobilisation de l'Équipe d'intervention d'urgence en santé, de l'Équipe d'intervention en cas d'urgence microbiologique et de l'Équipe d'intervention en cas d'urgence épidémiologique;
- Réception des signalements des urgences de santé publique à portée internationale (USPPI) au centre national de liaison pour la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI, 2005) de l'OMS.

5.2.1 Services de quarantaine

Le but des services de quarantaine de l'ASPC est de prévenir l'introduction et la propagation des maladies transmissibles au Canada. À cette fin, et en collaboration avec des partenaires des services de santé aux frontières, comme l'Agence des services frontaliers du Canada, l'ASPC est chargée de l'application de la Loi sur la mise en quarantaine en tout temps et à tous les points d'entrée au Canada.

Les agents de quarantaine offrent des services à tous les points d'entrée à partir de six stations de quarantaine qui se trouvent dans les villes suivantes : Calgary, Halifax, Montréal, Ottawa, Toronto et Vancouver.

Les agents de quarantaine :

- forment des partenaires du secteur de la santé aux frontières (y compris les agents de l'Agence des services frontaliers du Canada) pour dépister les signes et les symptômes de maladies transmissibles présentant un danger grave pour la santé publique chez les voyageurs internationaux à leur arrivée;
- collaborent avec des partenaires (comme les autorités aux points d'entrée, d'autres ministères et les autorités locales en matière de santé publique et en cas d'urgence médicale) pour assurer une communication et une intervention efficaces en cas de maladies transmissibles;
- effectuent des évaluations de la santé des voyageurs malades arrivant au Canada ou se préparant à quitter le Canada;
- évaluent les antécédents médicaux et de voyage des voyageurs malades décédés en se rendant au Canada;
- demandent aux voyageurs malades de s'adresser aux autorités locales en matière de santé publique ou de se rendre à l'hôpital pour que d'autres mesures soient prises, le cas échéant;
- imposent des mesures de contrôle, au besoin, sur l'importation et l'exportation de cadavres, d'organes et d'autres restes humains.

La Loi sur la mise en quarantaine autorise les agents de quarantaine à mettre en œuvre diverses mesures de contrôle visant à prévenir l'introduction et la propagation de maladies transmissibles, notamment :

- exiger qu'un voyageur se conforme à des mesures raisonnables (comme porter un masque) ou à un traitement;
- exiger qu'un voyageur subisse un examen médical effectué par un fournisseur de soins de santé local;
- exiger qu'un voyageur se présente à une autorité en matière de santé publique;
- exiger qu'un voyageur, ses vêtements et ses effets personnels soient désinfectés;
- placer en détention les voyageurs et les transporteurs pouvant poser un risque de santé publique lié à une maladie transmissible.

5.2.2 Laboratoire national de microbiologie

Le laboratoire pour les maladies infectieuses de l'ASPC, appelé Laboratoire national de microbiologie (LNM), travaille en étroite collaboration avec les provinces et les territoires pour assurer l'identification, le contrôle et la prévention des maladies infectieuses. Le mandat du LNM comprend les services de référence en microbiologie et d'assurance de la qualité, la surveillance en laboratoire des maladies infectieuses, la préparation et les interventions d'urgence en cas d'épidémie, la formation, la recherche (appliquée et d'exploration) et le développement.

En ce qui concerne les services de référence et de diagnostic, le LNM effectue une large gamme de tests dont plus de 60 sont accrédités ISO (en 2014). Qu'il s'agisse d'offrir l'expertise requise ou de compléter les capacités locales, le LNM effectue des dizaines de milliers de tests par année, comprenant un spectre complet d'agents pathogènes déclenchant des maladies infectieuses. Les activités des services de référence et de diagnostic du LNM comprennent notamment :

- l'offre de l'assurance de la qualité et des programmes de vérification de la compétence, y compris la présentation de souches de référence et de réactifs ainsi que le maintien de l'approvisionnement en bactéries et en virus importants sur le plan médical;
- l'élaboration et l'application de nouvelles méthodes et technologies diagnostiques dans le cadre du système de surveillance national;
- la prestation de services de diagnostic hautement spécialisés, y compris l'identification et la caractérisation de maladies infectieuses rares et émergentes;
- la réalisation de tests de confirmation comprenant des tests de polymérase en chaîne standard et en temps réel;
- la communication des processus standard aux laboratoires de santé publique provinciaux et territoriaux.

Le guide des services du LNM disponible en ligne (<https://www.cnphi-rcrsp.ca/gts/faces/public/index.xhtml?lang=fr>) fournit une liste à jour des services de diagnostic de référence qui sont offerts par le LNM de l'ASPC. Les renseignements comprennent les critères relatifs aux patients, les exigences en matière de spécimens, une documentation connexe ainsi que les délais d'exécution.

Le personnel du LNM peut être consulté pour toute question sur les maladies infectieuses. En cas d'urgence, une ligne accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 permet d'entrer en contact avec le directeur du Centre des opérations. Toutefois, généralement, les liens directs se font entre le LNM, le LSPQ et le DNSP.

Le LNM se trouve au Centre scientifique canadien de santé humaine et animale à Winnipeg, le premier établissement au monde à posséder des laboratoires de confinement pour la santé humaine et animale sous un même toit.

Le LNM est reconnu aux quatre coins du monde comme un établissement de pointe, au sein d'un groupe d'élite de centres, équipé de laboratoires détenant les niveaux de confinement 2 à 4 et conçus pour la manipulation d'organismes infectieux des plus simples jusqu'aux plus mortels.

5.2.3 Centre de mesures et d'intervention d'urgence de l'Agence de la santé publique du Canada

Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) est le point central de coordination des mesures de sécurité liées à la santé publique au Canada.

Entre autres responsabilités, le CMIU :

- élabore et tient à jour les plans d'urgence nationaux pour le compte de l'ASPC et de Santé Canada;
- se tient au fait des épidémies et des maladies se déclarant à l'échelle mondiale;
- évalue les risques pour la santé publique en cas d'urgence;
- fait en sorte, en collaboration avec d'autres organismes fédéraux et internationaux de santé et de sécurité, que les politiques canadiennes sur la santé et les mesures d'urgence tiennent compte des menaces pour la sécurité générale et la santé publique des Canadiens;
- est responsable des règles fédérales de santé publique qui régissent la sécurité en laboratoire, la quarantaine et les questions similaires;
- est l'autorité en santé du gouvernement du Canada en ce qui a trait au bioterrorisme, aux services de santé d'urgence et à l'intervention en cas d'urgence.

5.2.4 Programme du public voyageur

Le Programme du public voyageur de l'ASPC aide à réduire les risques de santé publique pour les passagers et pour l'ensemble de la population canadienne. La gamme de services comprend, notamment, les inspections de navires de croisière, de trains de voyageurs, de transbordeurs de passagers, d'aérogares de passagers et d'aéronefs; l'application, au Canada, du RSI (2005); les inspections de certificats de contrôle sanitaire de navire et des activités d'approche et d'éducation.

Les services d'hygiène du milieu comprennent l'inspection des systèmes d'eau potable; la surveillance de la salubrité et l'assainissement des aliments à bord de moyens de transport et dans le cadre de services connexes; la promotion de la santé publique; la mise au point de stratégies pour informer le public et contrôler les risques; la surveillance des maladies entériques dans les moyens de transport; la gestion de l'éclosion de maladies entériques et l'intervention en cas d'urgence relative à la santé publique dans les moyens de transport.

Le mandat du Programme du public voyageur de l'ASPC découle de la Loi sur le ministère de la Santé, du Règlement sur l'eau potable à bord des trains, bâtiments, aéronefs et autocars, de la Loi sur la mise en quarantaine et du RSI (2005).

Les responsables du Programme élaborent les programmes et les politiques et les appliquent en collaboration avec des organismes nationaux et internationaux tels que l'Organisation mondiale de la santé (OMS; RSI, 2005); les CDC des États-Unis; l'Organisation maritime internationale; les autorités en matière de santé publique locales, provinciales et territoriales et d'autres ministères et organismes fédéraux, comme Santé Canada.

6. RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

6.1 OBJECTIF, SIGNALEMENT AU POINT FOCAL ET CAPACITÉS DE RÉPONSE AU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Le RSI (2005) est un instrument juridique international qui a force obligatoire pour 194 pays et, notamment, pour l'ensemble des États membres de l'OMS, dont le Canada fait partie. Le gouvernement du Québec a adopté, en 2012, un décret liant juridiquement le Québec à la mise en œuvre du RSI. Ce règlement vise essentiellement le partage d'information et des mesures à prendre pour faire face aux urgences de santé publique à portée internationale (USPPI).

Le RSI prévoit que les autorités sanitaires dans un pays doivent notifier, à un point focal dans ce pays, les maladies ou les événements pouvant représenter une USPPI. Pour aider les intervenants à reconnaître ces situations, l'OMS a développé l'annexe 2 du RSI (2005), dans laquelle on trouve les critères à prendre en considération. On y note aussi les maladies ou les situations que l'OMS demande de déclarer systématiquement. Ces maladies ou ces situations ont été retenues parmi les MIASE de ce plan.

Au Canada, c'est l'ASPC qui constitue le point focal qui, après évaluation de la situation, fera rapidement la notification à l'OMS, si cela demeure indiqué. Au Québec, c'est le DNSP qui doit signaler immédiatement les situations compatibles avec une USPPI au point focal du pays. Ce dernier a un délai de 48 heures pour évaluer la situation et la signaler à l'OMS.

Aux fins du RSI (2005), les États Parties désignent les aéroports et les ports qui doivent acquérir et maintenir les capacités prévues à l'annexe 1 du Règlement, notamment en matière de capacités de surveillance et d'intervention de santé publique.

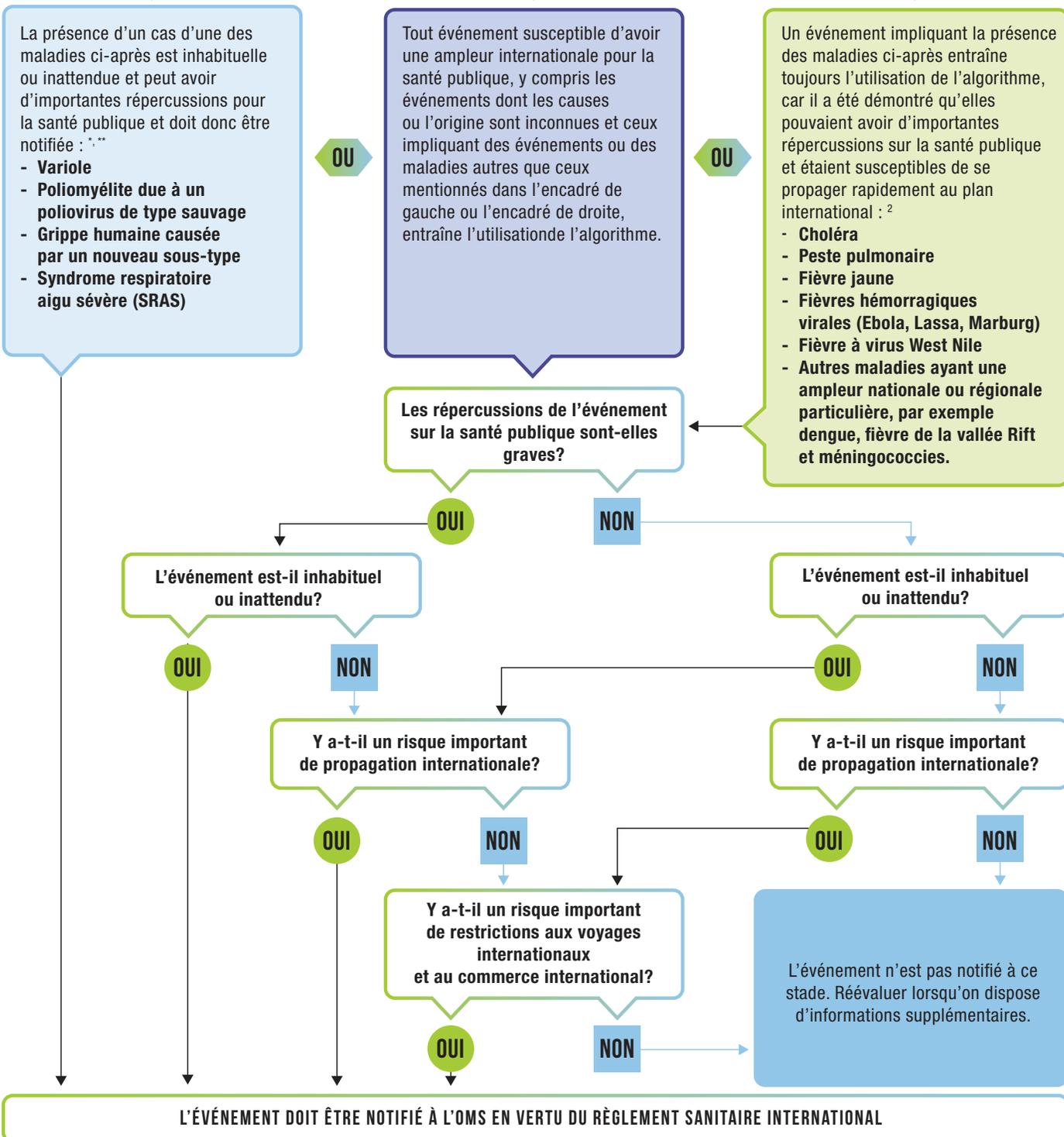
En 2009, le Canada et le Québec ont évalué leurs capacités à faire face à une USPPI. Une nouvelle évaluation de capacité a été effectuée en 2017 au Québec. Au Québec, l'aéroport de Montréal a été désigné conforme aux exigences. Pour les voyageurs arrivant par la mer, seuls les ports d'Halifax et de Vancouver ont été désignés conformes.

L'OMS collabore étroitement avec les pays et ses partenaires afin de fournir des recommandations et un appui technique pour mobiliser les ressources nécessaires à l'application du RSI (www.who.int/features/qa/39/fr/).

6.2 ANNEXE 2 DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL : OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION

INSTRUMENT DE DÉCISION PERMETTANT D'ÉVALUER ET DE NOTIFIER LES ÉVÉNEMENTS QUI PEUVENT CONSTITUER UNE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DE PORTÉE INTERNATIONALE

ÉVÉNEMENTS DÉTECTÉS PAR LE SYSTÈME DE SURVEILLANCE NATIONAL (VOIR ANNEXE 1)



* Selon les définitions de cas de l'OMS.

** Cette liste de maladies est à utiliser uniquement aux fins du présent Règlement.

N.B. : En vertu du RSI (2005), seuls les événements de la boîte de gauche font appel automatiquement au PUQMIASE.

7. COMITÉS CONSULTATIFS ET RÉSEaux

En cas d'urgence impliquant des maladies infectieuses, divers réseaux d'experts sont déjà en place et peuvent se mobiliser pour offrir leur expertise aux décideurs. Au gré des circonstances et des besoins, d'autres comités ad hoc peuvent se former pour offrir expertise et conseils aux décideurs sur des aspects particuliers tels que la mise à jour des informations scientifiques, la prise en charge des patients, les équipements de protection individuelle, etc. Les structures permanentes sont décrites ci-dessous.

7.1 COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC

Le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) relève de l'INSPQ. Son mandat est de fournir l'expertise scientifique sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales au réseau de la santé du Québec, au MSSS et aux directions régionales de santé publique. Plus spécifiquement, le CINQ a, entre autres, pour mandat de :

- formuler des recommandations sur les stratégies de prévention et de contrôle des infections nosocomiales reconnues efficaces, y compris les équipements de protection individuelle des travailleurs du réseau de la santé², et s'assurer de leur diffusion;
- formuler des avis scientifiques sur les questions d'intérêt national qui lui sont transmises;
- formuler des recommandations sur les objectifs de surveillance, les programmes à mettre en place et les priorités;
- collaborer à l'analyse des données de surveillance provinciale ainsi qu'à la production de rapports sur les résultats obtenus;
- formuler des recommandations en lien avec les résultats de surveillance.

7.2 COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC

Le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) est un comité permanent d'experts relevant directement de l'INSPQ. Il participe au maintien de la qualité du programme québécois d'immunisation par la production de recommandations et d'avis adressés au MSSS sur l'utilisation optimale des produits immunisants. Dans les situations d'urgence, il peut, par exemple :

- mener des travaux sur la vaccination de maladies spécifiques;
- formuler des avis sur l'efficacité des vaccins;
- formuler des avis sur les choix (avantages et inconvénients) de vaccins;

- formuler des avis sur les stratégies vaccinales les plus prometteuses;
- formuler des recommandations sur l'organisation des services de vaccination.

7.3 SOUS-COMITÉ SUR LES INCIDENTS IMPLIQUANT DES AGENTS CHIMIQUES, BIOLOGIQUES, RADIOLOGIQUES, NUCLÉAIRES OU EXPLOSIFS (CBRNE)

Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) considèrent que certaines MIASE sont plus probables et préoccupantes que d'autres au regard de gestes malveillants ou de bioterrorisme, en faisant allusion aux agents biologiques associés au terrorisme figurant dans la catégorie A des CDC. Les MIASE concernées sont le botulisme (*Clostridium botulinum*), la maladie du charbon (anthrax ou *Bacillus anthracis*), les fièvres hémorragiques (ex. : Ebola, Marburg, Lassa, Crimée-Congo), la peste (*Yersinia pestis*), la tularémie (*Francisella tularensis*) et la variole. Malheureusement, d'autres agents biologiques peuvent aussi être utilisés.

La particularité d'un geste malveillant ou terroriste en lien avec ces MIASE est le fait de pouvoir se trouver très rapidement avec un grand nombre de victimes dépassant de façon importante les capacités de réponse gouvernementales, dont celles du réseau de la santé.

Un sous-comité gouvernemental CBRNE, relevant de l'OSCQ, a effectué des travaux avec la collaboration des ministères et organismes possédant des ressources humaines et matérielles spécialisées. En conformité avec le Plan national de sécurité civile (PNSC), ce sous-comité de l'OSCQ a fait ressortir de grands enjeux pour le réseau de la santé, tels que :

- les mécanismes de gestion en situation d'actes malveillants;
- les responsabilités et capacités pour les prélèvements environnementaux en milieu intérieur, si indiqué;
- l'accès à des ressources en cas de débordement des capacités analytiques du réseau de la santé;
- la décontamination des personnes sur le site;
- la décontamination des personnes en milieu de soins;
- la décontamination de l'environnement;
- les réserves en produits pharmaceutiques (antidotes, antibiotiques, antiviraux, vaccins) en lien avec la réserve fédérale en cas d'urgence relevant de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC).

Actuellement, advenant un incident impliquant des agents CBRNE au Québec associé à des gestes malveillants ou terroristes, la planification et les interventions prévues pour l'ensemble de la province seraient sous la responsabilité de la Sûreté du Québec, en lien avec l'OSCQ.

Pour la région de Montréal, il existe le Comité aviseur antiterrorisme de Montréal (CAAM), relevant du Service de police de la Ville de Montréal, en lien avec la DSPublique de Montréal.

2. La CNESST, relevant du ministère du Travail, peut imposer des exigences contraignantes basées sur des paradigmes en santé du travail liés à la Loi sur la santé et la sécurité du travail et à l'existence de comités paritaires.

7.4 RÉSEAU DES LABORATOIRES NATIONAUX

Le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada (RLSPC) est une association nationale de professionnels des laboratoires de santé publique. Le RLSPC est l'interlocuteur privilégié des laboratoires membres, fédéraux et provinciaux. Sa mission consiste à assurer un rôle de leadership et de consultation dans tous les aspects du système de santé publique, en poursuivant l'élaboration d'un réseau proactif de laboratoires de santé publique, et ce, en vue de protéger et d'améliorer la santé des Canadiens. Le RLSPC a pour mandat d'assurer le dépistage précoce des maladies infectieuses et de faciliter une intervention rapide et coordonnée par l'entremise du réseau de laboratoires canadiens de santé publique.

Le conseil des directeurs de laboratoire du RLSPC est responsable de la direction générale du RLSPC. Chaque laboratoire de santé publique provinciale et fédérale est représenté au sein du RLSPC par son directeur ou sa directrice ou son équivalent au conseil. Le RLSPC parraine une variété de réseaux, de groupes thématiques et de groupes de travail qui se concentrent sur des sujets propres aux laboratoires de santé publique.

Le RLSPC mise sur ses forces conjuguées pour soutenir les efforts visant à permettre aux laboratoires d'intervenir de façon rapide et coordonnée, à l'échelle du pays, lorsqu'il y a menace d'émergence ou de résurgence de maladies transmissibles, comme ce fut le cas pour le syndrome respiratoire aigu sévère et la grippe pandémique.

7.5 RÉSEAU PANCANADIEN DE SANTÉ PUBLIQUE

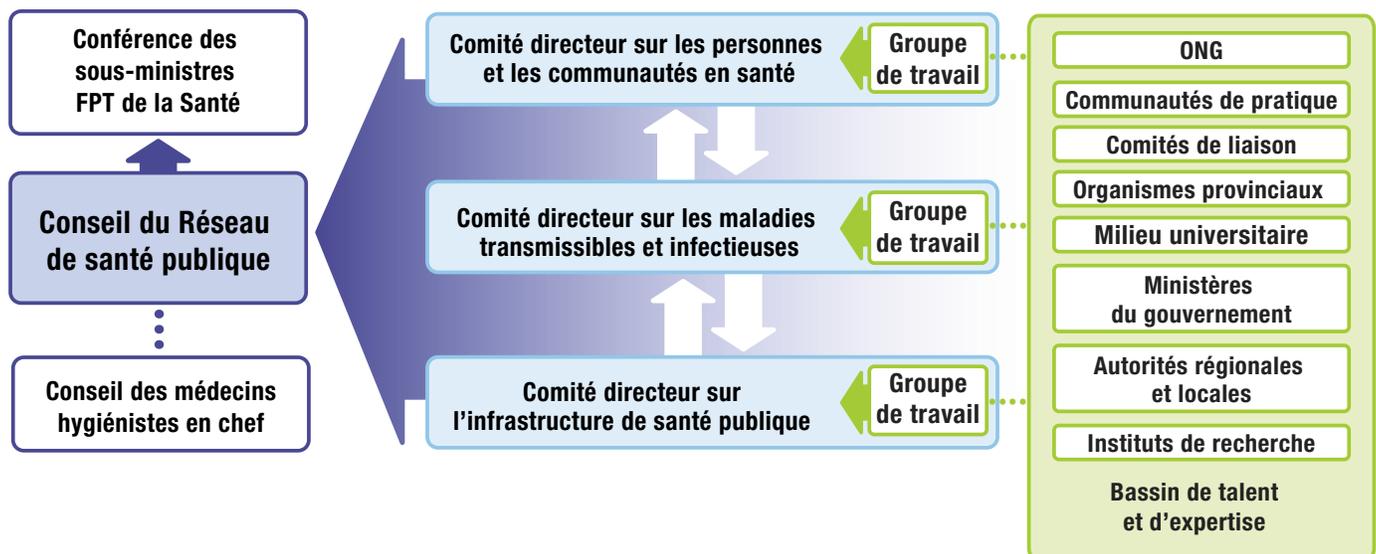
Le Réseau pancanadien de santé publique (RSP) est un réseau comprenant des personnes venant de nombreux secteurs et ordres de gouvernement, partout au Canada, qui travaillent ensemble au renforcement de la santé publique au pays. Le RSP comprend notamment des universitaires, des chercheurs, des fonctionnaires, des membres d'organisations non gouvernementales et des professionnels de la santé.

Le RSP a tissé des relations étroites avec des décideurs de la haute direction du gouvernement et avec d'autres intervenants principaux du système de santé publique, ce qui favorise l'établissement durable et intégré de liens horizontaux pour les questions stratégiques de santé publique. Le conseil du RSP relève de la Conférence des sous-ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux (FPT) de la santé. Ces sous-ministres fournissent une orientation et approuvent les priorités stratégiques canadiennes en matière de santé publique.

Le RSP comprend des comités directeurs qui lui fournissent des conseils stratégiques et des recommandations concernant les approches de collaboration pancanadiennes relatives aux politiques canadiennes en matière de santé publique. Les comités directeurs peuvent créer des groupes d'experts à durée déterminée ou des partenariats à durée déterminée avec des organismes de santé publique afin de contribuer à la mise au point d'éléments livrables visant à appuyer et à faire progresser les priorités stratégiques du RSP.

La structure de gouvernance du réseau pancanadien de santé publique est représentée dans la figure ci-dessous.

STRUCTURE DE GOUVERNANCE DU RÉSEAU PANCANADIEN DE SANTÉ PUBLIQUE



7.6 CONSEIL DES MÉDECINS HYGIÉNISTES EN CHEF

Le Conseil des médecins hygiénistes en chef (CMHC), en anglais CCMOH, est un forum pour favoriser l'excellence en matière de santé de la population et de santé publique, grâce à la communication, à la collaboration et à l'échange d'idées, de connaissances, d'expérience et de meilleures pratiques. Il peut, au besoin, offrir au conseil du RSP et aux comités directeurs une orientation, des conseils et des recommandations à propos de questions techniques en lien avec les activités du RSP. Le CMHC fait rapport à la Conférence des sous-ministres FPT de la santé par l'intermédiaire du conseil du RSP.

Les membres du CMHC comprennent les médecins hygiénistes en chef de l'ensemble des provinces et des territoires (équivalents du DNSP du Québec), un représentant de l'ASPC, le praticien de la santé publique du niveau le plus élevé de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada et l'administrateur en chef de la santé publique du Canada (membre d'office).

8. COORDINATION

8.1 COORDINATION RÉGIONALE DES MESURES D'URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE

Chaque DSPublique est responsable de protéger la santé de la population de sa région et d'informer le public et les instances régionales des mesures à prendre pour protéger la population. Pour ce faire, il doit s'assurer de la coordination régionale des interventions de santé publique et des communications entre les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'avec les partenaires du réseau de sécurité civile. En cas d'urgence, ou au moment du signalement d'une des maladies ou des situations invoquées dans ce PUQMIASE, il doit s'assurer que le DNSP est avisé immédiatement. Il doit aussi aviser les directions de santé publique voisines qui pourraient être concernées.

8.2 COORDINATION SUPRARÉGIONALE DES MESURES D'URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE

Selon l'article 116 de la LSP :

« Le ministre peut décider de coordonner les actions de plusieurs directeurs de santé publique ou d'exercer, compte tenu des adaptations nécessaires, certains ou tous les pouvoirs accordés au directeur de santé publique par le chapitre IX ou la section I du présent chapitre :

- 1° lorsque le directeur national de santé publique l'informe qu'il a reçu une déclaration d'une intoxication, d'une infection ou d'une maladie visée au chapitre VIII;
- 2° lorsqu'il est informé d'une situation susceptible de constituer une menace, réelle ou appréhendée, pour la population de plus d'une région;
- 3° lorsqu'il est informé d'une situation susceptible de constituer une menace, réelle ou appréhendée, pour la population et qu'il est nécessaire d'en informer des autorités sanitaires extérieures au Québec.

Dans ces circonstances, le ministre agit avec l'assistance du directeur national de santé publique et les ordres ou directives donnés par le directeur national de santé publique doivent être exécutés de la même manière que ceux du ministre. »

Quand le DNSP, en assistance au ministre, prend charge de la coordination de la santé publique provinciale, il s'assure de :

- la coordination des interventions et de la cohérence des messages de santé publique entre la DNSP, les DSPublique, l'INSPQ et l'ASPC;
- la cohérence des interventions et des messages avec les autres directions du MSSS.

PRISE EN CHARGE DE LA COORDINATION PROVINCIALE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le Directeur régional de santé publique est toujours responsable de la coordination des interventions régionales de santé publique

- Si situation susceptible de constituer une menace, réelle ou appréhendée, pour la population de plus d'une région
- Si situation susceptible de constituer une menace, réelle ou appréhendée, pour la population et qu'il est nécessaire d'en informer des autorités sanitaires extérieures au Québec
- À la demande du ministre de la santé et des services sociaux ou d'un directeur régional de santé publique

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, avec l'assistance du Directeur national de santé publique, peut coordonner les actions de plusieurs DSPublique et les ordres ou directives donnés par le DNSP doivent être exécutés

- Si état d'urgence sanitaire conformément au chapitre XI de la Loi sur la santé publique

Le gouvernement, avec la structure de sécurité civile, prend le leadership de la coordination

8.3 ÉTAT D'URGENCE SANITAIRE

Le gouvernement peut déclarer un « état d'urgence sanitaire » sur tout ou une partie du territoire québécois lorsqu'une menace grave à la santé de la population, réelle ou imminente, exige l'application immédiate de certaines mesures prévues à l'article 123 (voir l'encadré) de la LSP pour protéger la santé de la population.

Le recours par le gouvernement à la « déclaration d'état d'urgence sanitaire » au sens de la Loi est peu probable pour la grande majorité des cas qui impliqueront la mise en œuvre de ce PUQMIASE. Une telle déclaration a des répercussions légales et financières qu'un gouvernement n'utilise qu'en cas de circonstances exceptionnelles.

En ce sens, il est important de faire la distinction entre une urgence sanitaire telle qu'invoquée dans certains documents et l'« état d'urgence sanitaire », cette dernière expression ayant un caractère juridique particulier dans la LSP. Lorsque le Plan national de sécurité civile et ses missions font appel à la notion d'urgence sanitaire, il faut comprendre qu'il fait appel non pas à la notion d'« état d'urgence sanitaire », au sens de la LSP, mais tout simplement à la notion d'urgence ou de sinistre grave de santé publique nécessitant des interventions sans délai des autorités de santé publique.

ARTICLE 123 DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE POUR PROTÉGER LA SANTÉ DE LA POPULATION

Au cours de l'état d'urgence sanitaire, malgré toute disposition contraire, le gouvernement ou le ministre, s'il a été habilité, peut, sans délai et sans formalité, pour protéger la santé de la population :

- 1° ordonner la vaccination obligatoire de toute la population ou d'une certaine partie de celle-ci contre la variole ou contre une autre maladie contagieuse menaçant gravement la santé de la population et, s'il y a lieu, dresser une liste de personnes ou de groupes devant être prioritairement vaccinés;
- 2° ordonner la fermeture des établissements d'enseignement ou de tout autre lieu de rassemblement;
- 3° ordonner à toute personne, ministère ou organisme de lui communiquer ou de lui donner accès immédiatement à tout document ou à tout renseignement en sa possession, même s'il s'agit d'un renseignement personnel, d'un document ou d'un renseignement confidentiel;
- 4° interdire l'accès à tout ou partie du territoire concerné ou n'en permettre l'accès qu'à certaines personnes et qu'à certaines conditions, ou ordonner, lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen de protection, pour le temps nécessaire, l'évacuation des personnes de tout ou partie du territoire ou leur confinement et veiller, si les personnes touchées n'ont pas d'autres ressources, à leur hébergement, leur ravitaillement et leur habillement ainsi qu'à leur sécurité;
- 5° ordonner la construction de tout ouvrage ou la mise en place d'installations à des fins sanitaires ou de dispensation de services de santé et de services sociaux;
- 6° requérir l'aide de tout ministère ou organisme en mesure d'assister les effectifs déployés;
- 7° faire les dépenses et conclure les contrats qu'il juge nécessaires;
- 8° ordonner toute autre mesure nécessaire pour protéger la santé de la population.

Loi sur la santé publique L.R.Q., chapitre S-2.2

8.4 PLAN DE MOBILISATION AU SENS DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

La LSP prévoit que si un DSPublique est d'avis, dans le cours d'une enquête épidémiologique, qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais nécessaires pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en œuvre le plan de mobilisation des **ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire** prévu dans le plan d'action régional de santé publique. Celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur. Parmi les activités de santé publique qui pourraient être sollicitées par le plan de mobilisation se trouvent :

- la collaboration aux enquêtes épidémiologiques et aux interventions en vue de diminuer la transmission des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO) et la gestion des éclosions de maladies infectieuses transmissibles dans la population et chez les personnes ayant été possiblement exposées;
- les interventions en matière de santé publique en cas d'urgence et de sinistre;
- le service Info-Santé.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux peut aussi, à la demande d'un DSPublique ou du DNSP, mobiliser les **ressources de tout établissement de santé et de services sociaux au Québec** qu'il estime nécessaires pour répondre à une situation d'urgence en santé publique. Les établissements de santé et de services sociaux visés sont alors tenus de se conformer aux directives du ministre (LSP, art. 117).

Dans ces plans de mobilisation, introduits dans la LSP, le recours aux ressources des établissements de santé et de services sociaux ne concerne pas les médecins, puisque ceux-ci sont des travailleurs autonomes qui ne font pas partie, au sens strict, des ressources d'un établissement. Par contre, en vertu de l'article 106 de la Loi, un DSPublique, en cas de menace à la santé de la population, peut ordonner toute mesure qu'il estime nécessaire pour empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, en diminuer les effets ou l'éliminer.

En cas d'urgence sanitaire, le DSPublique pourra donc demander aux médecins de son territoire, qu'ils exercent en établissement ou en cabinet, de participer aux soins requis.

Le Collège des médecins du Québec, dans son énoncé « **Le médecin et les urgences sanitaires** », détermine les principes auxquels les médecins doivent se rallier en cas d'urgences sanitaires, en matière de repères légaux, d'autorité de santé publique, de déontologie et de conditions favorables à mettre en place afin de protéger la santé des médecins et celle de leurs proches.

8.5 COORDINATION DE LA SÉCURITÉ CIVILE AU MSSS (MISSION SANTÉ)

8.5.1 Structure de la sécurité civile au MSSS (mission Santé)

Le MSSS s'est doté d'un comité directeur et d'un comité opérationnel en sécurité civile. Le premier réunit les gestionnaires d'environ une quinzaine de directions ministérielles concernées et le second, des professionnels désignés par ces mêmes directions qui contribuent à opérationnaliser les orientations et les décisions du comité directeur. Les trois organismes relevant du ministre les plus souvent interpellés par la sécurité civile, soit l'INSPQ, la Régie de l'assurance maladie du Québec et Héma-Québec, font également partie de ces deux comités ministériels. À ces deux comités s'ajoute la Table des coordonnateurs régionaux en sécurité civile présidée par la Direction générale adjointe de la coordination et de la sécurité civile du MSSS (DGACSC).

En cas de sinistre, le comité directeur en sécurité civile du MSSS est appelé à prendre les décisions de façon cohérente ou à recommander aux hautes autorités du MSSS les mesures ministérielles à mettre en place pour la conduite de l'opération.

Pour sa part, le comité opérationnel en sécurité civile du MSSS est appelé, dans le même contexte, à coordonner les actions et à mettre en place les mesures destinées à déployer la mission *Santé* du PNSC à l'échelle du MSSS.

La Table des coordonnateurs régionaux en sécurité civile, animée par la DGACSC, regroupe les personnes responsables de la coordination en sécurité civile de chaque centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James. Il revient à ces derniers d'assumer, sur leur territoire, les fonctions relatives à la coordination et à la concertation en sécurité civile ainsi que le déploiement de la mission *Santé*, lorsque nécessaire. En outre, pour les régions sociosanitaires comportant plus d'un établissement, un mandat ministériel de leadership régional en sécurité civile a été confié à un établissement désigné. Les représentants des directions du MSSS participant au comité directeur de sécurité civile du MSSS, de même les représentants de l'INSPQ, d'Héma-Québec et de la RAMQ peuvent participer aux travaux de cette table de coordination.

8.5.2 Leadership de coordination de la sécurité civile au MSSS

L'action de la sécurité civile se caractérise avant tout par un leadership de coordination qui facilite la concertation, la prise de décision et assure la meilleure cohérence possible.

Dans l'éventualité d'un sinistre ou d'un événement inhabituel, de concert avec les autres instances de coordination gouvernementale, le MSSS et le réseau de la santé doivent assurer un leadership de coordination, tout en respectant la structure hiérarchique existante. Alors que les enjeux régionaux et locaux sont gérés par les établissements, il revient généralement au MSSS de soutenir étroitement le réseau, de coordonner les diverses mesures à entreprendre au cours d'un événement qui sollicite plusieurs instances régionales ou, encore, lorsque certaines responsabilités ne sont pas régionalisées.

Quel que soit le niveau de gestion concerné, les responsables de la sécurité civile en santé et en service sociaux ne se substituent pas aux décideurs ni aux personnes devant intervenir en cas de sinistres. Même si les modes simplifiés de prise de décision sont à privilégier, tous participent à la gestion d'un sinistre en fonction de leurs responsabilités, sans instaurer un mode hiérarchique différent des rôles et fonctions habituellement reconnus à chacun. Par leur leadership de coordination, les responsables de la sécurité civile en santé et en services sociaux ont à favoriser l'engagement et la contribution structurée et concertée de tous les acteurs.

8.5.3 Mise en œuvre de la coordination de la sécurité civile au sein du MSSS

Dans l'éventualité où la situation d'urgence entourant la survenue ou la préparation à une maladie infectieuse dépasse la capacité d'agir du réseau de la santé publique ou sollicite la contribution d'un trop grand nombre de directions du MSSS, il est possible d'activer les mécanismes de coordination en sécurité civile. La DGACSC exerce alors un leadership de coordination au sein du MSSS ainsi qu'avec le réseau de la santé et des services sociaux et peut également avoir recours aux partenaires gouvernementaux. Le PUQMIASE s'arrime alors aux mécanismes de coordination en sécurité civile en lien avec le Plan de sécurité civile du MSSS.

8.5.4 Coordination de la sécurité civile par le ministère de la Sécurité publique (Plan national de sécurité civile)

Le Plan national de sécurité civile (PNSC) (Gouvernement du Québec, 2014) prévoit l'organisation du soutien gouvernemental aux municipalités et aux ministères en cas de sinistre, lorsque leur capacité d'action est dépassée ou risque de l'être.

À titre de partenaire engagé au sein de l'Organisation de sécurité civile du Québec (OSCCQ), et en vertu des obligations de la Loi sur la sécurité civile (chapitre S-2.3) et du PNSC, le MSSS s'est doté d'une Politique ministérielle de sécurité civile avec laquelle il est à même d'assumer ses responsabilités gouvernementales en sécurité civile ainsi que de collaborer et de soutenir adéquatement le réseau, l'ensemble de ses partenaires publics, privés ou du secteur communautaire, de même que les organismes relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux.

La majorité des situations d'urgence associées à la mise en œuvre du PUQMIASE ne devrait pas dépasser la capacité d'agir du réseau de la santé. Toutefois, certaines de celles-ci peuvent rapidement devenir des situations dont les conséquences et les enjeux en cause pour la collectivité sont importants et étendus, au point d'impliquer plusieurs autres ministères ou organismes et ainsi nécessiter les mécanismes de coordination gouvernementale de sécurité civile en cas de sinistre. En ce sens, il est important pour le réseau de la santé de garder contact avec les partenaires de la sécurité civile afin de leur dresser un portrait de la situation, même si le PNSC n'est pas activé.

Il est possible que le signalement d'un cas de MIASE au Québec s'inscrive dans les critères utilisés pour mettre à contribution les mécanismes de coordination gouvernementale de la sécurité civile aux sinistres lorsqu' :

- un événement touche plusieurs lieux, municipalités ou régions;
- une situation nécessite la contribution d'un grand nombre de partenaires ou est telle que les capacités ou le champ de compétence de certains sont dépassés;
- un événement touche de nombreuses personnes ou entraîne des dommages matériels importants pouvant perturber la qualité de vie de nombreux citoyens;
- une situation comporte des conséquences sur les infrastructures essentielles ou entraîne des effets domino;
- un événement peut avoir des répercussions à l'échelle nationale ou internationale;
- un événement ou un sinistre survenant en dehors du territoire québécois peut nécessiter le déploiement des mécanismes de réponse aux sinistres, notamment en raison des enjeux et des répercussions au Québec;
- une situation qui n'est pas obligatoirement un sinistre peut nécessiter le déploiement des mécanismes de réponse aux sinistres pour favoriser et soutenir la coordination intersectorielle.

Comme le prévoit la Politique ministérielle de sécurité civile du MSSS, les mécanismes de coordination en sécurité civile peuvent être mobilisés lorsque :

- le coordonnateur gouvernemental de la sécurité civile du MSP, le sous-ministre du MSSS, le coordonnateur ministériel de la sécurité civile du MSSS, le DNSP, le président-directeur général d'un CISSS ou d'un CIUSSS ou le directeur général d'un établissement en font la demande;
- un directeur régional de la sécurité civile du MSP demande un soutien gouvernemental;
- les représentants autorisés des personnes mentionnées précédemment ou leurs substituts en font la demande.

8.6 COORDINATION AU PALIER FÉDÉRAL

La plupart des urgences au Canada sont de nature locale et sont gérées à l'échelle soit des localités, soit des provinces ou des territoires. Le gouvernement fédéral peut être appelé à intervenir lorsque l'urgence est de son ressort et se produit dans son secteur de responsabilité et lorsqu'on lui en fait la demande en raison de l'ampleur de l'urgence et des capacités d'intervention limitées. Le gouvernement fédéral collabore alors avec les provinces et les territoires, les organisations non gouvernementales et le secteur privé afin d'intervenir en cas d'urgence locale ou régionale qui pourrait dégénérer en urgence nationale, et pour répondre à une demande d'aide formulée par une province.

En cas de demande de soutien ou d'intervention en matière de santé publique, l'ASPC et Santé Canada sont les instances assumant la responsabilité principale, et la coordination des activités est confiée à la Direction générale de l'infrastructure de sécurité sanitaire (DGISS), qui active son Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU).

Toutefois, si une intervention intégrée du gouvernement fédéral est nécessaire, tous les plans d'intervention fédéraux sont activés et le ministre de la Sécurité publique a pour mandat de coordonner l'intervention du gouvernement du Canada en cas d'urgence. Celui-ci met en œuvre le Plan fédéral d'intervention d'urgence qui vise à harmoniser les activités d'intervention du gouvernement fédéral et celles des gouvernements provinciaux et territoriaux, des organisations non gouvernementales et du secteur privé.

9. COMMUNICATIONS INITIALES OPÉRATIONNELLES

9.1 PREMIÈRES NOTIFICATIONS PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Lorsqu'un **médecin traitant**, en consultation avec un **médecin microbiologiste infectiologue** de garde de l'établissement, juge qu'il y a un niveau de suspicion suffisant d'une MIASE (ou d'une situation comparable) au regard des données cliniques et épidémiologiques, le médecin traitant (ou le microbiologiste-infectiologue consultant de l'établissement) doit signaler sans délai, par téléphone, la situation aux trois instances suivantes :

- le **directeur de santé publique** de la région (DSPublique) (le plus souvent par l'entremise du professionnel de garde en maladies infectieuses);
- le **directeur national de santé publique** (DNSP) directement ou le directeur général adjoint de la protection de la santé publique ou un professionnel qu'il désigne;
- le **directeur médical du LSPQ** (ou le médecin microbiologiste-infectiologue de garde au LSPQ).

N.B. : le DSPublique doit lui aussi aviser sans délai le DNSP (ou toute autre personne mandatée par le DNSP pour agir en son nom).

9.2 PREMIÈRE CONFÉRENCE TÉLÉPHONIQUE

Le **directeur médical du LSPQ** et le **DSPublique** organisent la première conférence téléphonique d'arrimage et convoquent les participants sans délai par téléphone et par courriel prioritaire. Cette conférence téléphonique doit être tenue le plus rapidement possible dans les heures qui suivent le signalement.

Les participants de base à cette première conférence téléphonique d'arrimage sont :

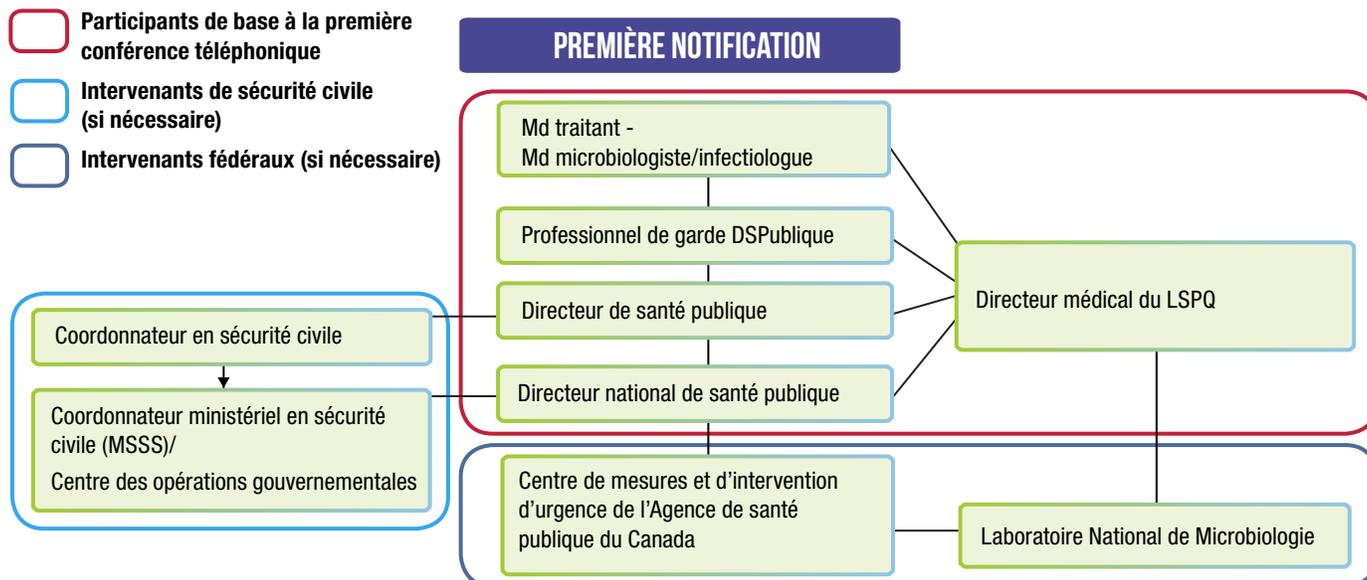
- le médecin traitant;
- le médecin microbiologiste-infectiologue consultant de l'établissement;
- le DSPublique de la région (avec ou sans le professionnel de garde de la DSPublique);
- le DNSP ou une personne désignée par le DNSP;
- le directeur médical du LSPQ (ou le médecin microbiologiste-infectiologue de garde du LSPQ).

Les principaux objectifs de cette première conférence sont de faire le point sur la situation, de déterminer les mesures immédiates à prendre et de pouvoir entreprendre les arrimages nécessaires, entre autres pour le soutien analytique visant à préciser ou à confirmer le diagnostic.

Si des malades sont traités en milieu hospitalier, le DSPublique doit s'assurer que la direction des services professionnels, la direction des soins infirmiers et l'équipe de prévention et contrôle des infections sont avisés de la situation.

COMMUNICATIONS TÉLÉPHONIQUES INITIALES

- Participants de base à la première conférence téléphonique
- Intervenants de sécurité civile (si nécessaire)
- Intervenants fédéraux (si nécessaire)



9.3 STRUCTURE DE COMMUNICATION

La structure des communications, propre à l'événement en cours, doit être mise en place le plus rapidement possible.

Chaque organisation doit désigner une personne responsable de la circulation des renseignements, lesquels sont diffusés par une seule source, bien déterminée.

Pour les éventuelles communications à la population, il faut désigner les porte-parole qui doivent se concerter et se coordonner afin de transmettre des messages cohérents.

Rapidement, il faut mettre en place un système permettant d'obtenir des réponses aux questions posées par les professionnels de la santé et la population.

Les organismes officiels doivent diffuser des états de situation auxquels les organisations et les médias d'information pourront se référer. Ainsi, selon les interventions déployées et les niveaux de partenaires impliqués, les états de situation à consulter proviennent essentiellement :

- des DSPublique pour le portrait régional;
- du DNSP ou de la Direction de la vigie sanitaire de la DGAPSP du MSSS pour les appels à la vigilance et les communications avec l'ASPC;
- du COG pour les aspects et la gestion relevant de la sécurité civile (si nécessaire);
- du CMIU de l'ASPC pour le portrait global international, si cela implique le Règlement sanitaire international.

9.4 ARRIMAGE AVEC LA SÉCURITÉ CIVILE DU CISSS (OU DU CIUSSS) OU DU MSSS (SI NÉCESSAIRE)

Si la situation concerne plusieurs directions de l'établissement, les arrimages seront complétés par le DSPublique avec la haute direction de l'établissement concerné, avec le soutien du coordonnateur en sécurité civile du CISSS ou du CIUSSS du territoire concerné.

En parallèle, le DNSP avise le coordonnateur ministériel de la sécurité civile (CMSC) du MSSS. Ce dernier, selon les circonstances, informera les membres du comité directeur et ceux du comité opérationnel de sécurité civile du MSSS.

Au besoin, dans les situations exceptionnelles, le CMSC du MSSS activera la mission *Santé* reliée au Plan national de sécurité civile et fera le pont avec les autres ministères pouvant être concernés.

9.5 ARRIMAGE AVEC L'ASPC, LE LNM OU LES AGENTS DE LA QUARANTAINE

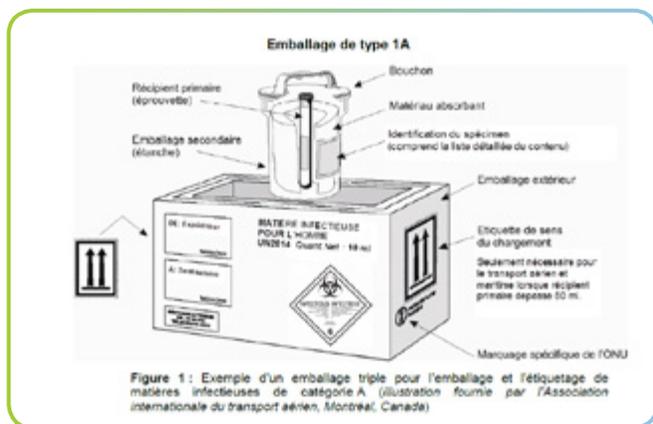
Il revient au DNSP, souvent par l'intermédiaire de la Direction de la vigie sanitaire à la DGAPSP du MSSS, de communiquer avec le Centre de mesures et d'interventions d'urgence de l'ASPC, selon les modalités déterminées.

Il en est de même pour les agents de la quarantaine, sauf exception en cas d'entente particulière approuvée par le DNSP entre une DSPublique et l'ASPC.

9.6 ACHÈMÈNEMENT D'ÉCHANTILLONS D'UN ÉTABLISSEMENT AU LSPQ OU AU LNM

Pour acheminer des échantillons pouvant contenir des agents pathogènes associés à ce plan, il faut respecter les exigences du « *Règlement sur le transport des marchandises dangereuses* » (RTMD), ce règlement relevant du ministère du transport fédéral. Ces exigences ne s'appliquent pas aux transferts des personnes porteuses ou malades.

Pour ce faire, il faut utiliser un **emballage de type 1A**. Ce type d'emballage doit être disponible, en tout temps, dans toutes les installations du réseau de la santé possédant un laboratoire de microbiologie, puisqu'il s'agit du même type d'emballage que pour des agents courants appartenant au groupe A du RTMD et non pas seulement pour les agents du niveau de biosécurité 4.



Il faut avoir recours à un **professionnel reconnu par l'établissement pour respecter les exigences du RTMD**. Tous les laboratoires de microbiologie du réseau de la santé ayant éventuellement à acheminer des agents du groupe A doivent avoir des professionnels accrédités répondant aux exigences du RTMD visant le transport des marchandises dangereuses de nature infectieuse, incluant des agents pathogènes du niveau de biosécurité 4.

Il faut avoir recours à un **transporteur reconnu** pour respecter les exigences du RTMD. Il revient au transporteur d'avoir les **encarts ou panneaux** nécessaires pour mettre sur le véhicule.

Le **LSPQ a une équipe pouvant soutenir** les intervenants dans de telles circonstances. Cette équipe peut aussi intervenir rapidement en cas d'accident pendant le transport des échantillons.

Les **échanges techniques, mais aussi les informations cliniques de base** exigées sur la requête d'analyse, se font directement entre le LSPQ et le LNM de l'ASPC, en lien avec le centre hospitalier et le clinicien demandeurs.

L'information portant sur les **renseignements cliniques et épidémiologiques reliés à l'enquête** de santé publique se fait directement par le DNSP (ou la personne désignée par le DNSP ou par la Direction de la vigie sanitaire du MSSS) et le Centre de mesures et d'interventions d'urgence de l'ASPC, selon les modalités déterminées.

Les **résultats d'analyse du LNM** doivent être acheminés par le LNM ou le LSPQ au demandeur d'analyse (clinicien), au DSPublique de la région concernée, de même qu'au DNSP (ou à la personne désignée par le DNSP ou à un professionnel de la Direction de la vigie sanitaire).

9.7 PLAN D'INTERVENTION D'URGENCE (PIU) EN CAS D'ACCIDENT PENDANT LE TRANSPORT

Lors du transport de certains agents pathogènes³ pour l'homme, un plan d'intervention d'urgence (PIU) en cas d'accident est activé par une équipe d'intervention du LSPQ. Cette équipe est en lien avec les instances fédérales au LNM, le MSSS et les autres provinces pour intervenir rapidement en cas d'accident pendant le transport.

3. Liste des agents nécessitant obligatoirement l'activation du PIU (Tableau 1, page 7) https://www.tc.gc.ca/media/documents/tmd-fra/Expeditions_des_matières_infectieuses_NEW.pdf

10. AIDE-MÉMOIRE POUR LES INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Les intervenants de santé publique doivent procéder à une enquête épidémiologique au sens de la LSP, c'est-à-dire :

- ✓ **rechercher et reconnaître les cas** ainsi que documenter les circonstances de l'acquisition de la MIASE. Pour la définition de cas, on peut utiliser la définition nosologique ou celle établie par les autorités de santé publique, aux fins de l'enquête, en tenant compte des données épidémiologiques recueillies dans l'événement en cours;
- ✓ **évaluer les risques de transmission** selon l'agent pathogène détecté ou suspecté, ou selon la présentation syndromique ou les informations microbiologiques connues;
- ✓ **établir la définition des contacts**. La définition de contact est un processus dynamique, pouvant évoluer rapidement dans le temps et selon les circonstances. Les autorités de santé publique doivent s'entendre sur les définitions à utiliser. Pour les voyageurs sous juridiction fédérale, l'identification des personnes considérées comme des contacts relève du personnel de l'ASPC. La liste de ces personnes à risque est transmise aux autorités de santé publique provinciales respectives pour le suivi nécessaire;
- ✓ **localiser les contacts** et en assurer la surveillance requise selon le niveau de risque;
- ✓ **remplir les formulaires d'enquête appropriés**, élaborés soit par la DSPublique ou la DGAPSP ou l'ASPC, selon les circonstances;
- ✓ **transmettre les directives et les ordonnances** formulées par le DNSP ou le DSPublique;
- ✓ **prendre les mesures nécessaires en cas de refus** de se conformer aux ordonnances;
- ✓ **collecter les données épidémiologiques** et les transmettre à la DVS de la DGAPSP;
- ✓ **diffuser les recommandations** quant aux mesures de prévention et de protection : gestion des dépouilles, gestion des déchets, désinfection de l'environnement, etc.;
- ✓ **diffuser un appel à la vigilance et un avis Info-Santé** régional ou provincial, selon les circonstances, en coordination avec les directives du DNSP;

- ✓ **participer aux communications** visant à informer la population et les professionnels de la santé des risques à la santé et des mesures à prendre pour se protéger;
- ✓ **organiser les mesures prophylactiques** de masse, lorsque nécessaire;
- ✓ **prévenir la direction régionale de santé publique concernée** avant de transférer un malade dans une autre région.

Dès les premières heures, il faut aussi commencer l'analyse des risques à la santé. L'analyse des risques à la santé comprend :

- ✓ l'identification ou la confirmation de l'agent pathogène en cause et ses caractéristiques : transmission, présentation clinique et complications, incubation, période de contagiosité, etc.;
- ✓ l'étendue potentielle (géographique, groupes à risque, nombre potentiel de cas), les facteurs contributifs et atténuants;
- ✓ les mesures de prévention et de contrôle;
- ✓ la perception de la population quant au danger et aux mesures de contrôle.

11. INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE AUX POINTS D'ENTRÉE INTERNATIONAUX

11.1 DÉFINITIONS

Selon le RSI (2005), un « **point d'entrée** s'entend d'un point de passage pour l'entrée ou la sortie internationale des voyageurs, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux ainsi que des organismes et secteurs leur apportant des services à l'entrée ou à la sortie ».

Il peut s'agir de :

- « **aéroport** : s'entend d'un aéroport d'arrivée et de départ de vols internationaux;
- **port** : s'entend d'un port de mer ou d'un port intérieur où arrivent ou d'où partent les navires effectuant un voyage international;
- **poste-frontière** : s'entend d'un point d'entrée terrestre, y compris un point utilisé par les véhicules routiers et les trains ».

Dans le cadre de la Loi sur la mise en quarantaine (L.C. 2005, ch. 20, mise à jour le 4 février 2015), un « **point d'entrée** est le lieu où est situé un bureau de douane au sens du paragraphe 2(1) de la Loi sur les douanes ou lieu désigné par le ministre en vertu de l'article 9 » et un « **véhicule** est tout moyen de transport, notamment bateau, aéronef, train, véhicule à moteur et remorque, qui entre au Canada ou qui s'apprête à en sortir ».

Aux fins de cette loi, les agents des services frontaliers constituent les **agents de contrôle** qui doivent déceler la présence de symptômes d'une maladie transmissible et en aviser immédiatement l'agent de quarantaine, si l'agent de contrôle a des motifs raisonnables de soupçonner que le voyageur est ou pourrait être atteint d'une maladie transmissible, qu'il est infesté de vecteurs ou qu'il a récemment été en contact avec une personne qui est ou pourrait être atteinte d'une telle maladie ou qui est infestée de vecteurs. L'**agent de quarantaine** devient alors responsable de l'évaluation, de la prise en charge et du suivi du voyageur à risque dans une perspective de santé publique. Pour ce faire, l'agent de quarantaine avise les autorités de santé publique, dans les plus brefs délais, afin de prendre les mesures nécessaires pour protéger la population et pour coordonner les interventions selon les responsabilités de chaque organisme concerné.

La Loi sur la mise en quarantaine s'applique aux voyageurs qui se présentent aux points d'entrée, en provenance d'un autre pays ou allant vers un autre pays. Pour les voyageurs qui transitent à l'intérieur du pays au Québec, les autorités de santé publique

provinciales interviennent dans le cadre de la LSP (L.R.Q., ch. S-2.2), qui a été modifiée en 2001 pour intégrer les principaux pouvoirs applicables en vertu de la Loi sur la mise en quarantaine visant, entre autres, l'isolement des personnes.

Tous les agents de contrôle ont sous la main une carte sur laquelle se trouve l'aide-mémoire pour déceler les cas possibles de MI.

Au recto

Questions initiales :

- ✓ Nom du voyageur,
- ✓ Date de naissance,
- ✓ Nom du transporteur,
- ✓ Signes de maladie (voir verso),
- ✓ Signes additionnels de maladie,
- ✓ Ces signes lui sont-ils habituels,
- ✓ Pays visités au cours des 21 derniers jours,
- ✓ Autres voyageurs malades.

Utiliser l'équipement de protection personnel en tout temps et se laver les mains pendant 30 secondes.

Au verso

Alertez la Quarantaine lorsque :

- ✓ malaises apparents,
- ✓ ou toux avec sang,
- ✓ ou fièvre (38 °C et plus);

et au moins une des conditions suivantes :

- ✓ essoufflement ou respiration difficile,
- ✓ toux persistante,
- ✓ diarrhée,
- ✓ maux de tête,
- ✓ confusion récente,
- ✓ réaction cutanée,
- ✓ ecchymose ou saignement en l'absence de blessure.

Alertez aussi lorsque :

- ✓ décès d'un voyageur international,
- ✓ cadavre (réf. mémo D-19) :
 - cause de décès inconnue,
 - avec maladie infectieuse (voir la liste ci-après),
 - sac funéraire non scellé hermétiquement.

MALADIES INFECTIEUSES INSCRITES À L'ANNEXE A DE LA LOI SUR LA MISE EN QUARANTAINE

Botulisme	Fièvre hémorragique de Crimée-Congo	Fièvre de Lassa	Poliomyélite
Charbon	Fièvre hémorragique de Marburg	Fièvre jaune	Rougeole
Choléra	Fièvre hémorragique du Brésil	Fièvre typhoïde	Syndrome respiratoire aigu sévère
Diphthérie	Fièvre hémorragique du Venezuela	Influenza de type A pandémique	Tuberculose pulmonaire évolutive
Fièvre de la vallée du Rift	Fièvre hémorragique d'Ebola	Méningite méningococcique	Tularémie
Fièvre hémorragique d'Argentine		Méningococcémie	Variole
Fièvre hémorragique de Bolivie		Peste	

11.2 PRISE EN CHARGE D'UN CAS PRÉSENTANT DES SIGNES OU DES SYMPTÔMES D'UNE MALADIE INFECTIEUSE (MI) À SON PASSAGE AU POINT D'ENTRÉE OU AU MOMENT DE SON TRANSPORT AU POINT D'ENTRÉE

- L'agent de contrôle (AC) identifie un cas présentant des signes ou symptômes d'une MI à bord d'un véhicule transfrontalier.
- L'AC avise l'agent de quarantaine (AQ).
- Sous la recommandation de l'AQ, l'AC avise le service préhospitalier.

- L'AQ évalue le cas.
- L'AQ exige du voyageur qu'il subisse un examen médical s'il a des motifs raisonnables de soupçonner que le voyageur est ou pourrait être atteint d'une MI.
- L'AQ prend note des coordonnées du voyageur potentiellement à risque.
- L'AQ avise la DSPublique de la région où se situe le point d'entrée.

- Le service préhospitalier transporte le voyageur vers un centre hospitalier (CH).

- Le médecin de garde de la DSPublique fait le pont entre l'AQ, le médecin traitant, l'infirmière en PCI, le responsable des mesures d'urgence du CH et la DVS ou la DGAPSP du MSSS.

La DSPublique prend note des informations suivantes, transmises par l'AQ :

- nom et prénom du voyageur
- coordonnées du voyageur
- maladie suspectée
- signes et symptômes
- antécédents médicaux
- compagnie aérienne, ou de navigation ou de transport
- numéro du vol ou du véhicule de transport, nom du bateau
- lieu de départ, d'arrivée et de transit
- numéro de siège, de la cabine ou situations dans le véhicule
- durée du voyage à bord du véhicule
- nom du CH ou l'examen a lieu.

La DSPublique :

- effectue le suivi auprès du médecin traitant et de la DGAPSP du MSSS ;
- obtient les résultats ou une copie des résultats de laboratoire ;
- obtient une copie du « formulaire de résultat » du voyageur exigé par l'AQ ;
- avise le CH de ne pas donner congé avant l'accord de l'AQ.

Le médecin traitant établit le diagnostic

- si le voyageur n'est pas atteint d'une MI —> fin de l'enquête et du suivi. La DSPublique en avise toutes les instances concernées.
- si le voyageur est atteint d'une MI à prise en charge des contacts, voir algorithme suivant.

11.3 PRISE EN CHARGE DES CONTACTS D'UN CAS DE MI CHEZ UN VOYAGEUR INTERNATIONAL, SIGNALÉ OU DÉCLARÉ À LA DSPUBLIQUE OU IDENTIFIÉ PAR UNE DSPUBLIQUE LORS D'UNE ENQUÊTE DE SANTÉ PUBLIQUE

Le médecin traitant établit le diagnostic d'une maladie infectieuse inscrite à l'annexe A de la Loi sur la quarantaine chez un voyageur international⁴.

La DSPublique

- prend note des informations suivantes :
 - nom, prénom et coordonnées du cas confirmé ou suspecté
 - maladie diagnostiquée ou suspectée
 - signes et symptômes
 - antécédents médicaux
 - compagnie aérienne, ou de navigation ou de transport par lequel le cas a voyagé
 - numéro du vol ou du véhicule de transport, nom du bateau
 - lieu de départ, d'arrivée et de transit
 - numéro de siège, de la cabine ou situation dans le véhicule
 - durée du voyage à bord du véhicule
 - nom du CH ou l'examen a lieu
 - effectue le suivi du cas auprès du médecin traitant
 - obtient les résultats de laboratoire.
- Informe le DNSP des données cliniques, du suivi effectué et de l'histoire du voyage international.

Le DNSP avise l'ASPC du voyage international.

L'ASPC

- établit la définition de contact étroit à bord du véhicule utilisé ;
- identifie les contacts étroits reliés au voyage international ;
- fournit à la DGAPSP les coordonnées des passagers à rejoindre au Québec ;
- avise et effectue le suivi auprès des autres provinces, au besoin.

Le DNSP

- définit les orientations et consignes relatives au suivi des contacts ;
- transfère aux DSPublique les données des passagers qui habitent ou séjournent dans leur région.

La DSPublique

- assure la prise en charge des contacts : information, conseils, consignes, directives, suivi ;
- offre la PPE, si requis ;
- collecte les données épidémiologiques et les transfère à la DVS.

4. S'il s'agit d'une MIASE, se référer au chapitre 9.

12. GESTION DES DÉPOUILLES

12.1 MESURES DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION D'UNE INFECTION⁵

Les principales personnes à risque d'acquérir une infection par contact avec la dépouille d'une personne qui en était atteinte sont les travailleurs du domaine funéraire et, tout particulièrement, les thanatopracteurs.

Dans ce contexte, le risque professionnel doit être géré dans le cadre de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, et un guide exposant les mesures de prévention préconisées a été rédigé à leur intention :

[Guide de prévention des risques chimiques et infectieux chez les travailleurs du domaine funéraire.](#)

Au Québec, l'article 138 du Règlement d'application de la Loi sur les activités funéraires indique qu'une entreprise de services funéraires doit obtenir l'autorisation et les directives du directeur régional de santé publique avant de prendre en charge le cadavre, le manipuler, faire sur lui quelque opération que ce soit ou procéder à sa disposition lorsque la personne décédée était atteinte d'une des maladies suivantes (précisées à l'annexe 1 du Règlement) :

- choléra;
- coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV);
- fièvres hémorragiques virales telle que la fièvre à virus Marburg, la fièvre Ebola, la fièvre de Lassa et la fièvre de Crimée-Congo;
- maladie du Charbon;
- peste;
- variole;
- toute autre maladie entraînant une urgence sanitaire identifiée par le DNSP, incluant les agents infectieux associés au bioterrorisme ou les cas de grippe humaine causés par un nouveau sous-type de virus ou une nouvelle souche à potentiel pandémique.

Le règlement mentionne également que le cadavre ne peut être déposé dans un charnier et qu'on doit procéder, selon les directives du directeur régional de santé publique, à la crémation par le feu ou l'inhumation le plus tôt possible.

Par ailleurs, dans le document intitulé « Orientations du Directeur national de santé publique : évaluation de l'exposition et gestion de contacts de cas confirmés de maladie à virus Ebola », version de mars 2016, il est mentionné que les dépouilles peuvent être inhumées ou incinérées, mais ne doivent pas être embaumées ni exposées. On peut présumer que la recommandation serait la même pour toute autre fièvre hémorragique ou toute autre maladie infectieuse dont la gravité et le mode de transmission seraient semblables à la variole ou à la maladie à virus Ebola.

12.2 DÉCÈS PAR MIASE EN CENTRE HOSPITALIER

Dans le cas où un décès par MIASE nécessiterait des dispositions particulières pour le transport, la crémation, l'inhumation ou les rites funéraires, la dépouille d'une personne décédée dans un centre hospitalier devrait être prise en charge par une entreprise de services funéraires répondant aux critères déterminés par la Direction des ententes de gestion et d'imputabilité et des relations institutionnelles (DEGIRI) du MSSS et approuvés par la DGAPSP. La direction de santé publique et l'équipe de prévention et de contrôle des infections de l'établissement de santé pourront accompagner et encadrer l'entreprise de services funéraires pour s'assurer de la prévention de la transmission de l'infection.

12.3 IMPORTATION ET EXPORTATION DE RESTES HUMAINS ET D'AUTRES TISSUS HUMAINS

Selon le mémorandum D19-9-3 de l'Agence des services frontaliers du Canada, les cadavres, organes et autres restes humains incluent :

- le corps complet d'une personne décédée;
- les parties du corps humain, y compris la tête, les membres, le tronc, les appendices, les organes, les tissus ou les cellules;
- les squelettes;
- les crânes;
- les spécimens anthropologiques ou archéologiques;
- les autres os.

Les cendres humaines sont exclues de la définition. Une fois déclarées, les cendres humaines peuvent faire l'objet d'une mainlevée. Une mainlevée consiste à autoriser les produits à traverser la frontière sans faire l'objet de vérifications supplémentaires.

⁵ La section 12.1 a été mise à jour en mars 2019 afin de tenir compte de la mise en application de la Loi sur les activités funéraires et de son règlement d'application.

La Loi sur la mise en quarantaine stipule que :

« Il est interdit d'exporter un cadavre, un organe ou des restes humains qui sont ou pourraient être atteints d'une maladie inscrite à l'annexe⁶ si ce n'est avec l'autorisation du ministre ou conformément aux règlements. »

Toutefois, en différentes circonstances, des cadavres ou autres restes, organes et tissus humains peuvent être importés au Canada ou exportés du Canada. Il peut aussi arriver qu'une personne décède au moment de son transit vers le Canada.

« Le conducteur qui entre au Canada dans un véhicule à bord duquel se trouvent un cadavre, un organe ou des restes humains remet une copie du certificat de décès à l'agent de contrôle au point d'entrée. En l'absence d'un certificat de décès, ou si l'agent de contrôle a des motifs raisonnables de soupçonner que le cadavre, l'organe ou les restes humains sont ou pourraient être atteints d'une maladie transmissible ou sont infestés de vecteurs, il en avise sans délai l'agent de quarantaine et se conforme aux directives de celui-ci. Le conducteur doit se conformer aux directives de l'agent de quarantaine relatives au cadavre, à l'organe ou aux restes humains ».

Afin de déceler la présence d'une maladie infectieuse, l'agent de quarantaine mène alors ses interventions de concert avec le coroner ou avec toute autre instance pertinente, tels le directeur régional de santé publique ou un médecin qui pourrait établir le diagnostic sur-le-champ.

Si le cadavre, les organes et les restes humains sont dans un contenant hermétiquement scellé, ils pourraient faire l'objet d'une mainlevée, même si le certificat de décès n'accompagne pas le cadavre ou lorsqu'il est inscrit clairement sur le certificat de décès que la personne décédée était atteinte d'une maladie transmissible.

Il est à noter que les articles de loi cités ci-dessus ne s'appliquent pas aux cellules, aux tissus et aux organes destinés à la transplantation qui sont importés ou exportés conformément à la Loi sur les aliments et drogues.

6. Annexe A de la Loi sur la mise en quarantaine.

SECTION 2

MALADIES INFECTIEUSES À SURVEILLANCE EXTRÊME

PRÉSENTATION DES FICHES

La section 2 s'adresse aux intervenants de santé publique devant intervenir dans un contexte d'urgence, notamment au cours des premières heures. On y trouve des informations de base, stables dans le temps. Des hyperliens dirigent vers des documents plus complets. Au moment de la survenue d'une MIASE, il est fortement suggéré de consulter ces hyperliens, lesquels donneront aux intervenants des informations plus précises qui pourront tenir compte des plus récentes nouveautés en la matière.

Pour chacune des MIASE, les informations sont regroupées sous la forme de fiches où se trouvent :

- un tableau synthétisant les données scientifiques;
- des hyperliens vers des documents de référence pertinents ou des outils conçus par des organismes reconnus (aide-mémoire, algorithmes décisionnels, affiches, etc.);
- la date de la mise à jour de la fiche.

Les fiches des MIASE invoquées spécifiquement dans ce plan sont présentées en ordre alphabétique.

- botulisme (*Clostridium botulinum*)*;
- choléra (*Vibrio cholerae*);
- fièvres hémorragiques (Ebola, Marburg, Lassa, Crimée-Congo)*;
- maladie du charbon (anthrax ou *Bacillus anthracis*)*;
- maladies respiratoires sévères infectieuses d'étiologie indéterminée, y compris un nouveau sous-type de grippe humaine;
- peste (*Yersinia pestis*)*;
- poliomyélite (*Poliovirus*) à virus sauvage;
- syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV);
- tuberculose ultrarésistante (*Mycobacterium tuberculosis XDR*).
- tularémie (*Francisella tularensis*)*;
- variole*.

Parmi ces maladies, celles ciblées de façon particulière par les CDC en lien avec la possibilité de gestes malveillants ou terroristes sont accompagnées d'un astérisque.

FICHES

MALADIES INFECTIEUSES À SURVEILLANCE EXTRÊME

BOTULISME

Agent causal	<p>Bactérie : <i>Clostridium botulinum</i></p> <p>Neurotoxine produite par la bactérie <i>Clostridium botulinum</i> (<i>C. botulinum</i>).</p> <p>Toxine létale.</p> <p>Sept formes de toxines botuliniques : les types A à G. Quatre d'entre elles affectent l'humain (A, B, E et F).</p>
Tableau clinique	<p>Maladie paralytique rare, mais grave et potentiellement fatale. La létalité est de 5 % à 10 % au Canada.</p> <p>Forme : intoxication alimentaire (ingestion d'aliments et de boissons contaminés par la neurotoxine)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vomissements • Diarrhées • Fatigue • Troubles visuels (vision double ou brouillée) • Pupilles dilatées et fixes • Dysphagie • Assèchement de la bouche • Dysphonie • Paralyse flasque symétrique et descendante (visage, tête, gorge, poitrine et extrémités) • Constipation (tardivement) <p>Forme : infantile (ingestion des spores de <i>Clostridium botulinum</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constipation • Perte d'appétit • Faiblesse généralisée • Altération des pleurs • Hypotonie et perte de contrôle des mouvements de la tête • Faible réflexe de succion • Réaction lente des pupilles et ptosis palpébral • Manque d'expression faciale • Écoulements salivaires • Tonicité réduite du sphincter anal <p>Forme : pulmonaire (inhalation accidentelle ou intentionnelle des toxines)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes semblables à ceux du botulisme alimentaire • Culminent avec la paralysie musculaire et l'insuffisance respiratoire <p>Forme : par blessure (pénétration des spores dans une plaie; associée à l'abus de drogues injectables); par colonisation de l'intestin adulte (lorsque la flore intestinale a été altérée suite à un acte chirurgical ou une antibiothérapie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semblables à ceux du botulisme alimentaire • Absence de vomissements et de diarrhées

Diagnostic	<p>Lorsqu'on soupçonne un cas de botulisme, il faut communiquer immédiatement, quelle que soit l'heure, avec un membre du Service de référence pour le botulisme (SRB) : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/legislation-lignes-directrices/document-reference/botulisme-guide-professionnels-sante-2012.html</p> <p>Le SRB (localisé à Ottawa) offre un service centralisé pour analyser :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des échantillons d'aliments (restes de table ou des contenants non ouverts); • des échantillons de selles (environ 10 g); • des liquides de lavement ou du contenu gastrique (ajuster le pH à environ 6,0 avec NaOH 1N, si possible); • du sérum (provenant de 20 ml de sang prélevés avant l'administration de l'antitoxine).
Fréquence	<ul style="list-style-type: none"> • Le botulisme par intoxication alimentaire est rare et peut être mortel. • Le botulisme infantile est rare et surtout présent chez les enfants de moins de six mois. • Le botulisme par blessure est rare. • Le botulisme par colonisation de l'intestin ou inhalation est rare.
Réservoir	<ul style="list-style-type: none"> • Les spores se trouvent à l'état naturel dans le sol, l'eau, les animaux et les aliments contaminés.
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> • Pour la forme intoxication alimentaire : 6 à 36 heures et jusqu'à 10 jours suivant l'exposition. • Pour la forme infantile : inconnue • Pour la forme pulmonaire : 72 heures. • Pour la forme par colonisation de l'intestin adulte : inconnue • Pour la forme par blessure : 10 à 14 jours.
Modes de transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Le botulisme ne se transmet pas d'un individu à un autre. • Intoxication par ingestion de neurotoxines puissantes présentes dans les aliments contaminés. • Principalement sous forme d'intoxication alimentaire, peut aussi être contracté par contamination intestinale chez le nourrisson, par l'intermédiaire d'une blessure ou par inhalation. • Les toxines botuliniques peuvent être utilisées à des fins malveillantes ou terroristes. Bien que la plus grande menace réside dans leur utilisation en aérosol, la contamination délibérée d'aliments représenterait sans doute la menace la plus courante. • Agent du groupe A des CDC pour les utilisations malveillantes ou terroristes.
Groupes à risque	<ul style="list-style-type: none"> • Autochtones; lié à des habitudes culturelles de consommation animale (rare, mais la majorité des cas signalés au Canada et au Québec) • Vétérinaires (rare) • Travailleurs de laboratoire (rare)
Traitement / prophylaxie	<ul style="list-style-type: none"> • Un traitement rapide avec une antitoxine préviendra les atteintes neurologiques. • Pour commander l'antitoxine botulinique, communiquez avec Héma-Québec : www.hema-quebec.qc.ca • Les antibiotiques ne sont d'aucun secours contre les toxines. • Traitement de soutien. • Vaccination possible pour les personnes à risque élevé, comme certains travailleurs de laboratoire qui manipulent la toxine ou les bacilles botuliniques.
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Hygiène alimentaire sur le plan de la production et de la conservation, surtout en lien avec la mise en conserve domestique inadéquate.
Gestion des cas	<ul style="list-style-type: none"> • Voir la section Traitement / prophylaxie.

Gestion des contacts

- Le botulisme ne se transmet pas de personne à personne.

LIENS UTILES

www.phac-aspc.gc.ca/ep-mu/botulism-fra.php

<https://www.cdc.gov/botulism/>

CHOLÉRA (<i>VIBRIO CHOLERAE</i>)	
Agent causal	<ul style="list-style-type: none"> Bactérie à Gram négatif comprenant plusieurs sérogroupes. Deux sérogroupes (O1 et O139) sont à l'origine des flambées épidémiques. <p>Les souches de <i>Vibrio cholerae</i> non-O1 et non-O139 peuvent provoquer des diarrhées plus bénignes (sauf chez les immunodéprimés), mais pas d'épidémie.</p>
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> Infection intestinale aiguë provoquée par l'ingestion d'aliments et d'eau contaminés par le bacille <i>Vibrio cholerae</i>. En zone endémique, 75 % des personnes infectées par <i>Vibrio cholerae</i> sont asymptomatiques. 20 % des sujets symptomatiques présentent des diarrhées aqueuses (de légères à modérées), alors que 2 à 10 % sont des formes graves (ex. : choléra gravis). Maladie virulente touchant les enfants comme les adultes. En l'absence de traitement, les pertes importantes de liquides peuvent entraîner rapidement une déshydratation et un choc hypovolémique, lequel peut être mortel. <p>La maladie dure habituellement de 4 à 6 jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> Diarrhées liquides (sous forme de liquide gris trouble [eau de riz]); Vomissements occasionnels; Tachycardie; Diminution de la turgescence cutanée; Sécheresse des muqueuses; Hypotension; Soif; Autres signes et symptômes de déshydratation et de déséquilibre électrolytique; Crampes musculaires. <p>Dans les cas sévères, la personne atteinte peut développer une insuffisance rénale avec un déséquilibre électrolytique et sombrer dans le coma.</p>
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> Culture TAAN
Fréquence	<ul style="list-style-type: none"> Maladie ancienne bien connue. Le choléra reste à l'échelle mondiale une menace pour la santé publique dans les pays ayant un développement social insuffisant, ou encore en cas de désastres naturels ou de conflits armés. Fréquente dans : <ul style="list-style-type: none"> les banlieues périurbaines avec réseaux d'eau potable et infrastructures sanitaires déficients; les régions rurales endémiques. Désastres naturels ou conflits armés, avec grande population de déplacés, sont propices aux éclosions. En 2012, cas rapportés dans 48 pays, avec une létalité de 1,2 %.
Réservoir	<ul style="list-style-type: none"> Humain Environnement : zooplancton (copépodes) contaminé dans des eaux saumâtres
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> 2 heures à 5 jours (habituellement de 1 à 3 jours)

Modes de transmission	<ul style="list-style-type: none"> ● Fécale-orale : <ul style="list-style-type: none"> - Eau contaminée par des matières fécales; - Vomissements de personnes atteintes; - Aliments contaminés, en particulier les coquillages et les poissons crus. ● Contagiosité : <ul style="list-style-type: none"> - Personne symptomatique : tant que les selles du porteur sont contaminées par <i>V. cholerae</i>; - Personne asymptomatique : de 7 à 14 jours, excrétion sporadique sur plusieurs mois possible; - Portage chronique rare.
Groupes à risque	<ul style="list-style-type: none"> ● Populations avec infrastructures en eau potable et sanitaires déficientes ● Achlorhydrie gastrique ● Groupe sanguin O plus susceptible d'être atteint d'un choléra sévère
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ● Traitement de soutien en externe (hydratation orale) ● Hospitalisation des cas sévères ● Traitement antibiotique au besoin
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> ● Infrastructures sanitaires et en eau potable adéquates ● Précautions avec fruits et légumes potentiellement contaminés ● Vaccins
Gestion des cas	<ul style="list-style-type: none"> ● Pratiques de base ● Précautions additionnelles : contre la transmission par contact (chez les enfants) ● Antibiotiques, au besoin
Gestion des contacts	<ul style="list-style-type: none"> ● Surveillance des contacts ayant partagé eau ou nourriture avec un cas durant les cinq jours suivant la dernière exposition ● Antibio prophylaxie rarement recommandée

LIENS UTILES

www.cdc.gov/cholera/index.html

wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2016/infectious-diseases-related-to-travel/cholera

www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/vibrio-cholerae-fra.php

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/fr/

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000480/>

www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/vibrio-cholerae-fra.php

FIÈVRES HÉMORRAGIQUES VIRALES (FHV) (EX.: EBOLA, MARBURG, LASSA, CRIMÉE-CONGO)

Agent causal	<p>Les FHV regroupent quatre familles de virus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Arenaviridae</i> (fièvres de Lassa, de Junin et de Machupo); • <i>Bunyaviridae</i> (fièvre hémorragique de Crimée-Congo, fièvre de la vallée du Rift, fièvre hémorragique de Hantaan); • <i>Filoviridae</i> (Ebola et Marburg); • <i>Flaviviridae</i> (fièvre jaune, dengue, fièvre hémorragique d'Omsk, fièvre de la forêt de Kyasanur). <p>Il s'agit de virus ARN enveloppés. Leur survie dépend de la survie de leur réservoir. Leur répartition géographique suit celle de leurs réservoirs.</p>
Tableau clinique	<p>Varie selon le virus en cause et les signes et symptômes initiaux incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la fièvre; • les frissons; • les myalgies; • la faiblesse et fatigue; • les vertiges. <p>Dans les cas sévères : pétéchies, ecchymoses, suintement aux sites de ponction veineuse, hémorragies des muqueuses (hématémèses, méléna, gingivorragies, épistaxis, hémoptysies), choc, insuffisance rénale</p>
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • TAAN multiplex effectué au LNM de Winnipeg • Ne pas tenter de culture (pathogène du groupe 4) • Clinique
Fréquence	<ul style="list-style-type: none"> • Ebola : reconnu en 1976, éclosions dans différents pays d'Afrique. Entre 2014-2016, une épidémie causant plus de 28 000 cas a sévi en Afrique de l'Ouest touchant la Guinée, la Sierra Leone et le Libéria. Une éclosion non liée est survenue dans une région de la République Démocratique du Congo en 2014. • Fièvre de Lassa : endémique au Bénin, au Ghana, en Guinée, au Libéria, au Mali, en Sierra Leone et au Nigéria. • Marburg : reconnu lors d'une éclosion chez des travailleurs de laboratoire exposés à des primates importés d'Ouganda et lors d'une éclosion survenue en Afrique subsaharienne. • Crimée-Congo : infection saisonnière en relation avec l'activité du vecteur.
Réservoir	<ul style="list-style-type: none"> • Ebola et Marburg : chauve-souris • Lassa : rongeurs • Crimée-Congo : tiques et bétails sont des hôtes intermédiaires (moutons, chèvres, autruches, herbivores sauvages, chiens de prairie)
Période d'incubation	<p>De 2 à 21 jours avec une moyenne de 4 à 10 jours</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ebola et Marburg : 5 à 15 jours • Lassa : 6 à 21 jours • Crimée-Congo : 3 à 7 jours (1 à 12)

<p>Modes de transmission</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Varie selon le virus en cause. • Par contact direct ou indirect avec le sang, les liquides organiques, les sécrétions ou les excréments (ex. : selles, vomissements, urine, sueur, salive, sperme, lait maternel, larmes, etc.) d'une personne infectée (vivante ou décédée). • Morsure de tiques (Crimée-Congo) • Contagiosité : <ul style="list-style-type: none"> - Dès l'apparition des symptômes; - Tant que le sang, les liquides organiques, les sécrétions ou les excréments contiennent le virus; - Les dépouilles peuvent être contagieuses. • Agents du groupe A des CDC pour les utilisations malveillantes ou terroristes
<p>Groupes à risque</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ebola, Marburg, Lassa, Crimée-Congo : <ul style="list-style-type: none"> - Tous les groupes d'âge sont susceptibles - Travailleurs de la santé - Travailleurs de laboratoire - Travailleurs de la faune (spécialement primates non humains) – Ebola et Marburg - Travailleurs en contact avec des chauves-souris, spécialement dans les mines – Ebola - Travailleurs en contact avec des rongeurs – Lassa - Travailleurs des abattoirs et éleveurs de bétails – Crimée-Congo
<p>Traitement / prophylaxie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ebola et Marburg : <ul style="list-style-type: none"> - De soutien - Plusieurs traitements expérimentaux disponibles - Vaccins expérimentaux • Lassa, Crimée-Congo : Ribavirine
<p>Prévention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relations sexuelles protégées • Ebola : vaccins expérimentaux • Crimée-Congo : acaricides sur le bétail et environnement
<p>Gestion des cas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ebola, Marburg, Lassa, Crimée-Congo : <ul style="list-style-type: none"> - Isolement strict des patients, chambre avec pression négative - Personnel formé, désigné, avec EPI adéquat - Pratiques de base - Précautions additionnelles : contre la transmission par contact et par voie aérienne (Ebola, Marburg et Lassa) - Précautions additionnelles : contre la transmission par contact et par gouttelettes (Crimée-Congo)
<p>Gestion des contacts</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Détection rapide • Surveillance durant les 21 jours suivant le dernier contact • Si symptomatique, isolement, évaluation et traitement rapide • Ebola : vaccins expérimentaux postexposition • Lassa : ribavirine postexposition

LIENS UTILES – FHV

<https://www.cdc.gov/vhf/index.html>

LIENS UTILES – EBOLA

www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ebola/outils-information

<http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/maladie-a-virus-ebola/>

www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1925_Ebola_Prevention_Controlle_Decembre2014.pdf

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/lspq/guide_pratique_laboratoire_ebola.pdf

www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1928_Travailleuses_Enceintes_Ebola.pdf

www.canadiancriticalcare.org/assets/Ebola%20Clinical%20Care%20Guidelines_FR.pdf

http://www.canadiancriticalcare.org/resources/Pictures/Ebola%20Clinical%20Care%20Guidelines_FR.pdf

www.DSPublique.santemontreal.qc.ca/fileadmin/Ebola/Guide_interv_Gestion_cas_contacts_v-1.pdf

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/Ebola/Guide_interv_Gestion_cas_contacts_v-1.pdf

<https://www.cdc.gov/vhf/index.html>

www.who.int/topics/haemorrhagic_fevers_viral/fr/

LIENS UTILES – MARBURG

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs_marburg/fr/

www.cdc.gov/vhf/marburg/

www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/marburg-fra.php

LIENS UTILES – LASSA

www.cdc.gov/vhf/lassa/

www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/lassa-fra.php

LIENS UTILES – CRIMÉE-CONGO

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs208/fr/

www.cdc.gov/vhf/crimean-congo/

www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/crim-congo-fra.php

MALADIE DU CHARBON (ANTHRAX OU *BACILLUS ANTHRACIS*)

Agent causal	<ul style="list-style-type: none"> • Infection causée par le <i>Bacillus anthracis</i>. • Bactérie sporulante à Gram positif, présente dans le sol, la poussière, l'eau et les plantes. Les spores sont hautement résistantes à la sécheresse, à la chaleur et à la lumière solaire. • Ces spores, invisibles à l'œil nu, peuvent, lorsqu'elles sont en grande quantité, former une poudre brune et avoir l'apparence de la cannelle ou du cacao. • La résistance des spores aux conditions environnementales difficiles, de même que la facilité relative à les produire et à les conserver viables en grande quantité, font que les spores d'anthrax augmentent la possibilité de les utiliser comme arme biologique.
Tableau clinique	<p>Le <i>B. anthracis</i> peut affecter la peau, les poumons, la bouche, la gorge et le tube digestif.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infection cutanée : c'est la forme la plus fréquente (> 95 %). Petite bosse indolore sur la peau qui se transforme en pustule, puis en ulcère avec un centre noir. • Gastro-intestinale : fièvre, perte d'appétit, douleurs abdominales, nausées, vomissements et diarrhées sévères (stades tardifs de la maladie). • Pulmonaire : forme la plus grave, souvent fatale. Symptômes similaires à ceux de la grippe : fièvre, mal de gorge, fatigue, myalgies, dyspnée, nausées. Peut progresser vers une méningite et entraîner le décès. • Par injection : chez les utilisateurs de drogues intraveineuses. Cette forme a été observée récemment (2009-2013) en Europe. Les symptômes incluent des rougeurs au site d'injection.
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • TAAN (méthode privilégiée par le LSPQ) • Culture en condition de bioconfinement (pathogène du groupe 3) <p>Ne pas tenter la culture si suspicion clinique</p>
Fréquence	<ul style="list-style-type: none"> • Cette maladie est rare chez l'humain au Québec. En Amérique du Nord, des cas sporadiques naturels sont observés chez les travailleurs en contact avec des animaux, entre autres dans les fermes et les abattoirs. <i>Bacillus anthracis</i> est parmi les agents biologiques les plus susceptibles d'être utilisés dans des attaques bioterroristes.
Réservoir	<ul style="list-style-type: none"> • Environnement : sols contaminés par des spores • Animaux : bétail, moutons, chèvres, chevaux, porcs • Vecteurs : mouches qui se nourrissent sur les animaux atteints
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> • Infection cutanée : 5 à 7 jours (1 à 12 jours) • Pulmonaire : 1 à 43 jours et jusqu'à 60 jours • Gastro-intestinale : 1 à 6 jours • Par injection : 1 à 10 jours ou plus
Modes de transmission	<ul style="list-style-type: none"> • La transmission interhumaine est très rare. • Infection cutanée : par contact avec les tissus d'animaux infectés. • Infection pulmonaire : par inhalation de spores provenant de régions où le sol est contaminé, des peaux et des cuirs traités ou séchés d'animaux infectés. • Par ingestion de viande contaminée insuffisamment cuite pour l'infection intestinale. • Le plus souvent, la maladie se transmet par les animaux infectés. Il faut que le bacille soit présent dans une plaie ouverte, inhalé ou consommé pour que la maladie soit contractée. • Agent du groupe A des CDC pour les utilisations malveillantes ou terroristes.

Groupes à risque	<ul style="list-style-type: none"> • Risque professionnel, dans les zones à haute incidence d'épizootie, pour : <ul style="list-style-type: none"> - les personnes qui manipulent la viande, le cuir, les poils ou les os d'animaux porteurs de la maladie; - les travailleurs de laboratoire; - les personnes travaillant dans les domaines vétérinaire et agricole; - les travailleurs de la faune qui manipulent des animaux infectés.
Traitement / prophylaxie	<ul style="list-style-type: none"> • De soutien • Antibiotique en traitement et en prophylaxie postexposition • Traitements expérimentaux autres qu'antibiotiques • Vaccins : prévention préexposition et postexposition • En cas de gestes malveillants, il pourrait être nécessaire d'organiser une prophylaxie de masse auprès des personnes exposées, identifiées au moment de l'enquête épidémiologique.
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccination en préexposition pour les personnes à haut risque
Gestion des cas	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques de base • Précautions additionnelles : contre la transmission par contact, si écoulement de liquides biologiques non contrôlé.
Gestion des contacts	<ul style="list-style-type: none"> • Évacuation, décontamination et prophylaxie postexposition, si indiqué et selon les circonstances

LIENS UTILES

www.phac-aspc.gc.ca/ep-mu/anthrax-fra.php

www.cdc.gov/anthrax/basics/index.html

www.who.int/csr/disease/Anthrax/en/#

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000480/>

www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/msds12f-fra.php

MALADIES RESPIRATOIRES SÉVÈRES INFECTIEUSES (MRSI), Y COMPRIS UN NOUVEAU SOUS-TYPE DE GRIPPE HUMAINE

Agent causal	Syndromes respiratoires graves et inhabituels pouvant être causés par des agents pathogènes inconnus, nouvellement détectés, ou encore de nouvelles variantes d'agents pathogènes connus (influenza, SRAS, MERS-CoV, etc.).
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Patient ayant une histoire d'une ou de plusieurs expositions à risque au cours des 14 jours précédant le début des symptômes : <ul style="list-style-type: none"> - Exposition liée à un voyage dans un pays où on a détecté un nouveau virus de la grippe ou un autre agent pathogène respiratoire émergent; - Contact étroit avec un cas humain; - Exposition liée aux animaux; - Exposition professionnelle. <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fièvre (> 38°C); et - Toux ou difficulté respiratoire d'apparition récente (ou exacerbation d'un problème chronique); et - Progression vers une maladie sévère (preuves radiologiques d'infiltrats correspondant à une pneumonie ou à un syndrome de détresse respiratoire aiguë ou encéphalite, myocardite ou d'autres complications graves); et - Absence de diagnostic alternatif établi au cours des 72 premières heures d'hospitalisation.
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Voir les algorithmes analytiques et les gammes d'épreuves de laboratoire suggérées par le LSPQ (NC 3) https://www.inspq.qc.ca/lspq/repertoire-des-analyses/maladies-respiratoires-severes-infectieuses-mrsi
Fréquence	<ul style="list-style-type: none"> • Variable
Réservoir	<ul style="list-style-type: none"> • Varie selon l'agent causal
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> • Varie selon l'agent causal
Modes de transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Varient et évoluent en fonction de leur capacité à s'adapter à l'hôte. • Période de contagiosité : varie selon l'agent causal.
Groupes à risque	<ul style="list-style-type: none"> • Voyageurs • Travailleurs : <ul style="list-style-type: none"> - avec exposition liée aux animaux (volailles, porcs) - de laboratoire qui manipulent directement des échantillons biologiques - en contact avec des animaux vivants ou morts

Traitement / prophylaxie	<ul style="list-style-type: none"> Selon l'agent causal
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> Détection rapide des MRSA au triage
Gestion des cas	<ul style="list-style-type: none"> Pratiques de base Précautions additionnelles : contre la transmission par contact et par voie aérienne Voir l'Annexe 2 du Règlement sanitaire international (RSI) de l'OMS : notification
Gestion des contacts	<ul style="list-style-type: none"> Détection des contacts Surveillance des contacts

LIENS UTILES

www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/index-fra.php

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000298/>

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000480/>

www.who.int/csr/outbreaknetwork/fr/

www.who.int/csr/resources/publications/CDS_EPR_2007_6frw.pdf

<https://www.inspq.qc.ca/publications/948>

<https://www.inspq.qc.ca/publications/961>

PESTE (<i>YERSINIA PESTIS</i>)	
Agent causal	<p>Bactérie : <i>Yersinia pestis</i></p> <p><i>Yersinia pestis</i> est détruite rapidement par le soleil. Peut survivre jusqu'à une heure dans certaines conditions</p>
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> Trois formes de peste : <ul style="list-style-type: none"> Bubonique : forme la plus courante, due à la piqûre d'une puce infectée. Le «bubon» est une inflammation du ganglion. Au stade avancé, les ganglions inflammés finissent par s'ulcérer et suppurer. Septicémique : complication de la peste bubonique due à une multiplication très importante des bacilles dans la circulation sanguine. Pulmonaire : forme la plus virulente et la moins courante. Elle résulte de la propagation aux poumons d'une peste bubonique à un stade avancé. Peut être acquise par voie respiratoire. Généralement signes et symptômes non spécifiques : fièvre soudaine, céphalées, frissons, myalgies, faiblesse, nausées et vomissements Lors d'une transmission par voie aérienne : bronchopneumopathie fébrile avec hémoptysie parfois précédée d'un syndrome gastro-entérique évoluant, sans traitement, vers une septicémie avec détresse respiratoire majeure Létalité : 30 à 60 % en absence de traitement; la forme pulmonaire est invariablement fatale lorsque non traitée.
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> TAAN Culture de spécimens cliniques Augmentation ou diminution de 4 ou plus du titre des anticorps
Fréquence	<ul style="list-style-type: none"> Très rare au Québec Aux États-Unis : endémique dans certaines régions rurales de l'ouest des États-Unis. Cas sporadiques (5 à 15 cas annuellement depuis 1970), habituellement à la suite d'une exposition à des rongeurs ou à leurs puces. Aucune transmission de personne à personne depuis 1924. Principaux pays endémiques : Madagascar, République démocratique du Congo et Pérou. Persistance de rongeurs infectés dans les zones endémiques Pourrait être associée à des gestes malveillants
Réservoir	<ul style="list-style-type: none"> Rongeurs sauvages Lièvres et lapins, carnivores sauvages et chats domestiques peuvent être infectés Vecteur : puces
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> En général : 1 à 7 jours Peste pulmonaire : 1 à 4 jours

Modes de transmission	<ul style="list-style-type: none"> La personne souffrant de peste pulmonaire peut produire des gouttelettes infectieuses susceptibles de transmettre la maladie à autrui Par les piqûres de puces infectées ou d'excoriations cutanées, de morsures, de griffures ou en manipulant des animaux infectés Par contact direct avec des rongeurs infectés Par inhalation (en cas de gestes malveillants, dissémination par aérosol possible) Par ingestion de matières infectieuses (plus rarement) Contagiosité : jusqu'à 72 heures après le début du traitement antibiotique Agent du groupe A des CDC pour les utilisations malveillantes ou terroristes
Groupes à risque	<ul style="list-style-type: none"> Chasseurs, randonneurs, services vétérinaires et agriculteurs
Traitement/ prophylaxie	<ul style="list-style-type: none"> Antibiotique en traitement et en prophylaxie En cas de gestes malveillants, il pourrait être nécessaire d'organiser une prophylaxie de masse
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> Insectifuge En zone endémique, gestion des rongeurs sauvages dans l'environnement.
Gestion des cas	<ul style="list-style-type: none"> Placer dans une chambre individuelle Peste bubonique: précautions additionnelles contre la transmission par contact Peste pulmonaire: précautions additionnelles contre la transmission par contact et par gouttelettes 48-72 heures après début de l'antibiothérapie Lors des procédures pouvant provoquer l'aérosolisation il est recommandé d'appliquer des précautions additionnelles contre la transmission par contact et par voie aérienne Désinfection surfaces et articles contaminés par liquides biologiques infectieux
Gestion des contacts	<ul style="list-style-type: none"> Contact étroit : chimioprophylaxie et surveillance durant 7 jours

LIENS UTILES

www.phac-aspc.gc.ca/ep-mu/plague-fra.php

www.cdc.gov/plague/

<https://emergency.cdc.gov/agent/plague/publications-training.asp>

www.cdc.gov/plague/healthcare/pubhealthoff.html

www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/msds169f-fra.php

POLIOMYÉLITE SAUVAGE

Agent causal	<ul style="list-style-type: none"> Entérovirus de la famille des <i>Picornaviridæ</i> Existence de trois sérotypes de poliovirus : type 1, type 2 et type 3. Le type 1 est le plus virulent et associé davantage à des épidémies. Seuls les poliovirus sauvages de type 1 et 3 continuent de circuler à l'échelle mondiale. Le sérotype 2 a été éradiqué. Dans de rares cas, la poliomyélite est due à un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> Maladie virale très contagieuse touchant le système nerveux central 90 à 95 % des cas sont asymptomatiques ou avec des symptômes légers passant inaperçus La paralysie survient chez moins de 1 % des cas Les premiers symptômes surviennent en moyenne de 7 à 14 jours après l'infection Lorsque symptomatique : <ul style="list-style-type: none"> Fièvre Fatigue Maux de tête Nausées Perte d'appétit Dans les cas plus graves : douleurs et raideurs musculaires du cou et du dos avec ou sans paralysie. Présence de faiblesse d'une durée de 60 jours ou plus, ou de paralysie focale aiguë définie comme flasque, sans cause évidente, chez un enfant âgé de moins de 15 ans (principalement les enfants de moins de 5 ans), mais toutes les personnes non immunisées peuvent également la contracter.
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> La déclaration de la paralysie flasque aiguë devrait normalement être signalée dans un premier temps. Un cas de poliomyélite est confirmé lorsque le déficit neurologique persiste au moins pendant 60 jours. Diagnostic de labo : détection du virus (culture ou PCR) dans un spécimen clinique (selles, urine, liquide céphalorachidien, sécrétions oropharyngées)
Fréquence	<ul style="list-style-type: none"> Le Canada est exempt de poliomyélite depuis plus de 20 ans. Virus sauvage endémique dans trois pays : Afghanistan, Nigeria et Pakistan.
Réservoir	<ul style="list-style-type: none"> Humain
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> 7 à 14 jours, en moyenne (peut s'étendre de 3 à 35 jours) De 1 à 26 jours pour les cas paralytiques
Modes de transmission	<ul style="list-style-type: none"> Voie fécale-orale (rarement voie respiratoire) Période de contagiosité : <ul style="list-style-type: none"> Virus sauvage : maximale immédiatement avant et après l'apparition de la maladie (forte concentration du virus dans la gorge et excrétion dans les selles). Le virus peut demeurer dans les selles durant 3 à 6 semaines et dans la gorge pendant environ 1 semaine.

Groupes à risque	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes qui refusent l'immunisation • Personnes qui n'ont pas accès à l'immunisation (réfugiés, zone de guerre, immigration)
Traitement / prophylaxie	<ul style="list-style-type: none"> • De soutien • Vaccin
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la vaccination • Vaccination
Gestion des cas	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques de base • Précautions additionnelles : contre la transmission par contact • Voir l'Annexe 2 du Règlement sanitaire international (RSI) de l'OMS : notification
Gestion des contacts	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccination

LIENS UTILES

www.phac-aspc.gc.ca/im/vpd-mev/poliomyelitis-fra.php

www.cdc.gov/polio/about/index.htm

www.who.int/csr/don/archive/disease/poliomyelitis/fr/

SYNDROME RESPIRATOIRE DU MOYEN-ORIENT OU CORONAVIRUS RESPONSABLE DU SYNDROME RESPIRATOIRE DU MOYEN-ORIENT (MERS-CoV)

Agent causal	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau virus ARN, détecté pour la première fois chez l'humain en 2012, le MERS-CoV • Appartient à la même famille que le coronavirus du SRAS • Durée de survie dans l'environnement : jusqu'à 48 heures à une température de 20 °C sur des surfaces • La survie diminue avec l'augmentation de la température ambiante
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Variable, allant de l'absence de symptômes à des symptômes respiratoires bénins, voire une maladie respiratoire aiguë grave • Bien documenté chez les patients hospitalisés et les travailleurs de la santé exposés • Premiers symptômes : <ul style="list-style-type: none"> - Fièvre - Toux - Difficulté respiratoire ou détresse respiratoire • Une pneumonie survient fréquemment, mais ce n'est pas systématique • Symptômes non respiratoires : <ul style="list-style-type: none"> - Diarrhées (peuvent précéder les symptômes respiratoires) - Frissons - Fatigue - Céphalées - Étourdissements - Vomissements - Douleur abdominale - Confusion - Myalgie - Arthralgie • Formes plus graves chez les personnes âgées, immunodéprimées ou atteintes d'une maladie chronique • Létalité de 30 à 65 % <p>Environ un quart des patients infectés par le MERS-CoV en sont décédés. La plupart d'entre eux avaient des problèmes de santé sous-jacents et un système immunitaire affaibli.</p>
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • TAAN
Fréquence	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les cas découverts jusqu'à maintenant sont liés directement ou indirectement à la péninsule arabe. Entre avril 2012 et octobre 2017, des cas de coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) ont été signalés dans plus de 25 pays. • Des éclosions ont eu lieu en milieux de soins. • Aucun cas n'a été signalé au Canada.
Réservoir	<ul style="list-style-type: none"> • Encore inconnu • Infecte les dromadaires, lesquels sont considérés comme un réservoir zoonotique potentiel • Virus lié à plusieurs populations de chauves-souris
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> • Médiane de 5 jours (intervalle de confiance à 95 % : 2 à 15 jours) • L'intervalle médian entre deux cas est de 8 jours (intervalle de confiance à 95 % : 3 à 23 jours)

Modes de transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Pas encore parfaitement compris • De personne à personne : <ul style="list-style-type: none"> - dans la communauté, semble peu soutenue - dans la famille, bien documentée, mais semble peu fréquente • En milieux de soins, éclosions nosocomiales bien documentées • Des dromadaires à l'humain : <ul style="list-style-type: none"> - par contact direct ou indirect avec les liquides biologiques (sang, selles, urine) - par gouttelettes ou particules aérosolisées de sécrétions nasopharyngées - par consommation du lait ou de la viande de dromadaire • Contagiosité : variable, au cas par cas
Groupes à risque	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées, immunodéprimées ou atteintes d'une maladie chronique • Travailleurs de la santé au cours de manœuvres générant des aérosols
Traitement / prophylaxie	<ul style="list-style-type: none"> • De soutien
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Détection rapide des MRSI au triage
Gestion des cas	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques de base • Précautions additionnelles : contre la transmission par contact et par voie aérienne • Voir l'Annexe 2 du Règlement sanitaire international (RSI) de l'OMS : notification
Gestion des contacts	<ul style="list-style-type: none"> • Détection des contacts • Surveillance des contacts de 10 à 14 jours

LIENS UTILES

www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/coronavirus/merscov-fra.php

www.cdc.gov/coronavirus/mers/hcp.html

www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6403a4.htm

www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/fr/

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000306/>

TUBERCULOSE ULTRARÉSISTANTE (<i>MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS XDR</i>)	
Agent causal	<p><i>Mycobacterium tuberculosis</i> : <i>M. Tuberculosis XDR</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • XDR résiste à : <ul style="list-style-type: none"> - l'isoniazide; - la rifampicine; - n'importe quelle fluoroquinolone (ciprofloxacine, lévofloxacine, moxifloxacine, norfloxacine et ofloxacine); - au moins un des médicaments suivants : amikacine, kanamycine, capreomycine.
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Forme pulmonaire et extrapulmonaire (15 à 30 % des cas) • Même que tuberculose active non résistante : <ul style="list-style-type: none"> - Toux - Fièvre - Fatigue - Sueurs nocturnes
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Culture • TAAN • Détection de mycobactéries répondant à la définition de <i>M. Tuberculosis XDR</i> dans des spécimens cliniques
Fréquence	<ul style="list-style-type: none"> • En 2014, le Système canadien de surveillance des laboratoires de tuberculose (SCSLT) a détecté 19 isolats TB-MR et 1 seul isolat TB-UR.
Réservoir	<ul style="list-style-type: none"> • Humain • Rapporté pour la première fois en 2006
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> • Même que tuberculose infectieuse non résistante, soit 2 à 10 semaines entre l'infection et un test TCT ou IGRA positif
Modes de transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Si respiratoire (ex.: pulmonaire, laryngée, etc.) : aérienne • Période de contagiosité : <ul style="list-style-type: none"> - Pour la tuberculose, en général, un certain nombre de variables déterminent la durée de la période de contagiosité, notamment le degré initial de contagiosité, l'intégrité de la fonction immunitaire de la personne, la durée et l'observance du traitement antituberculeux ainsi que la présence ou l'absence de résistance aux médicaments. - De façon stricte, la fin de la période de contagiosité correspond au moment où les cultures deviennent négatives. - Compte tenu de la difficulté à traiter les cas XDR, la durée de contagiosité est plus longue que les non XDR.
Groupes à risque	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir été traité antérieurement pour tuberculose. • Être un contact d'une personne avec tuberculose résistante. • Être originaire d'un pays à haute prévalence de tuberculose résistante. • Être résident d'une zone géographique à haute prévalence de tuberculose résistante. • Être travailleur de la santé dans les zones à haute prévalence de tuberculose résistante.

Traitement / prophylaxie	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement difficile • Antibiotiques ou antituberculeux, selon la susceptibilité de l'organisme • Chirurgie
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic et traitement rapide des infections
Gestion des cas	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic et traitement rapide des cas • Précautions additionnelles : contre la transmission par voie aérienne • Thérapie sous observation directe (TOD)
Gestion des contacts	<ul style="list-style-type: none"> • Détection et évaluation rapides des contacts • Chimio prophylaxie, si indiquée

LIENS UTILES

www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tb-dr2012/index-fra.php

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000531/>

www.cdc.gov/tb/topic/drtb/default.htm

www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/tuber-fra.php

TULARÉMIE (<i>FRANCISELLA TULARENSIS</i>)	
Agent causal	<ul style="list-style-type: none"> Bactérie : <i>Francisella tularensis</i> (coccobacille à Gram négatif) D'autres espèces de <i>Francisella</i> peuvent aussi être trouvées Un petit nombre de bactéries (10 à 50 organismes) peuvent causer une infection à <i>Francisella tularensis</i> Hautement infectieuse lorsque dispersée sous forme d'aérosol; pourrait être associée aux gestes malveillants
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> La majorité des infections humaines est attribuable à deux types de tularémie de distribution et de virulence différentes. <i>F. tularensis</i> subsp. <i>tularensis</i> (Jellison type A) est plus sévère que <i>F. tularensis</i> subsp. <i>bolartica</i> (Jellison type B). Fièvre d'apparition soudaine, frissons, céphalées, diarrhées, myalgies et arthralgies, toux sèche, faiblesse progressive Six formes cliniques ont été décrites : <ul style="list-style-type: none"> Ulcéro-ganglionnaire : 75 à 85 % des cas. Lésion locale au point de contact ou de pénétration de l'agent. Lésion évoluant vers l'ulcération nécrotique avec adénopathie régionale. Ganglionnaire : 5 à 10 % des cas. Similaire à ulcéro-ganglionnaire, mais sans ulcère Typhoïdique : 5 à 15 % des cas. Fait suite à l'inhalation, à l'ingestion ou à l'inoculation. Principalement de la fièvre, sans atteinte cutanée ni ganglionnaire Oculo-ganglionnaire : l'œil est la porte d'entrée de la bactérie. Conjonctivite douloureuse et purulente unilatérale Oropharyngée : résulte de l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminés. Pharyngite et amygdalite exsudatives Pneumonie tularémique : forme la plus grave de tularémie. Symptômes incluent : douleur thoracique, toux, dyspnée. Elle résulte de l'inhalation de poussières ou d'aérosols contenant la bactérie.
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> TAAN Augmentation par 4 du titre des anticorps ELISA Cultures en condition de bioconfinement (pathogène de groupe 3) Ne pas tenter la culture si suspicion clinique
Fréquence	<ul style="list-style-type: none"> Infection à portée régionale dans tout l'hémisphère Nord. Saisonnalité bimodale : associée aux arthropodes en saison estivale et aux lapins ou lièvres en saison hivernale Associée aux épizooties animales Associée aux guerres et aux conflits sociaux
Réservoir	<ul style="list-style-type: none"> Infection bactérienne présente chez les animaux sauvages en Amérique du Nord Tiques Rongeurs, lièvres, rat musqué et castor, lesquels peuvent mourir en grand nombre en cas d'épidémies La tularémie peut se propager des animaux aux humains, bien que cela ne se produise pas fréquemment.
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> Liée à la taille de l'inoculum 3 à 5 jours (1 à 14 jours)
Modes de transmission	<ul style="list-style-type: none"> Par piqûre de vecteurs (tiques ou mouches du daim) Par contact direct avec un animal infecté, sa cage, ses accessoires ou son environnement immédiat Manipulation de carcasses d'animaux infectés (ex. : chasse) Par inhalation d'air ou de poussières contaminés par la bactérie; consommation d'aliments ou d'eau contaminés Exposition en laboratoire Ne se transmet pas de personne à personne Agent du groupe A des CDC pour les utilisations malveillantes ou terroristes

Groupes à risque	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition professionnelle : chasseurs, trappeurs, tondeurs des moutons, vétérinaires, gardes forestiers, agriculteurs, jardiniers, travailleurs de laboratoires, animaliers • Exposition récréative : campeurs, randonneurs
Traitement / prophylaxie	<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotique
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Biosécurité en laboratoire • Insectifuge • Méthodes de travail sécuritaires
Gestion des cas	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques de base
Gestion des contacts	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune intervention

LIENS UTILES

www.phac-aspc.gc.ca/tularemia/tul-ga-fra.php

<https://emergency.cdc.gov/agent/tularemia/facts.asp>

www.cdc.gov/Tularemia/

VARIOLE (*VARIOLA VIRUS*)

Agent causal	<ul style="list-style-type: none"> • Virus : virus de la variole (<i>Orthopoxvirus</i>) • Maladie virale grave pouvant être fatale et qui se manifeste sous deux formes principales : la variole mineure et la variole majeure. Il existe quatre types de variole majeure : <ul style="list-style-type: none"> - Classique - Bénigne - Hémorragique - Plate • Variole classique : représente 90 % des cas. Létalité historique de 30 % chez les personnes non vaccinées et de 3 % chez les personnes vaccinées. • Variole bénigne : 2 % des cas chez les personnes non vaccinées et 25 % des cas chez les personnes vaccinées. Rarement mortelle. Lésions moins nombreuses, plus petites et plus superficielles que la forme classique. • Variole hémorragique : type rare de variole majeure. Presque toujours mortelle; se manifeste par des hémorragies des muqueuses et de la peau.
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre d'apparition soudaine, malaises, céphalées, douleurs dorsales, prostration, douleurs abdominales, vomissements • Rash maculopapulaire 2 à 4 jours après le début de la fièvre (visage puis langue, bouche, nez et mains). L'éruption progresse jusqu'au tronc avec l'apparition de quelques lésions (peu nombreuses). Les lésions des muqueuses s'ulcèrent, libérant de grandes quantités de virus dans la bouche et la gorge. Les lésions forment alors des macules, des papules, des vésicules puis des pustules. Finalement, 8 à 14 jours plus tard, les croûtes apparaissent, puis tombent vers la fin de la troisième semaine. Sur la même partie du corps, toutes les lésions passent par l'ensemble des stades en même temps. • Distribution centrifuge des lésions
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • PCR • Clinique
Fréquence	<ul style="list-style-type: none"> • Dernier cas recensé en Somalie (1977) • Déclaration d'éradication mondiale par l'OMS en 1979
Réservoir	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusivement humain • Virus maintenant présent dans deux laboratoires (É.-U. et Russie)
Période d'incubation	<ul style="list-style-type: none"> • 7 à 19 jours (moyenne de 12 jours). Pendant ce temps, les personnes ne sont pas contagieuses.
Modes de transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Par contact direct avec les sécrétions respiratoires, les lésions cutanées, les objets récemment contaminés • Transmission aérienne possible • Contagiosité : dès l'apparition de premières lésions jusqu'à la disparition des croûtes (environ 3 semaines plus tard). Maximale pendant les 7 à 10 jours suivant le début du rash. • Agent du groupe A des CDC pour les utilisations malveillantes ou terroristes

Groupes à risque	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes non vaccinées : sensibilité universelle • Travailleurs des laboratoires de recherche sur la variole
Traitement / prophylaxie	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccination
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccination (approche par cercles concentriques)
Gestion des cas	<ul style="list-style-type: none"> • Détection et isolement des cas • Pratiques de base • Précautions additionnelles : contre la transmission par contact et par voie aérienne • Traitement de soutien • Nouveaux antiviraux à l'étude • Voir l'Annexe 2 du Règlement sanitaire international (RSI) de l'OMS : notification
Gestion des contacts	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccination • Détection et surveillance des contacts • Isolement dès l'apparition des symptômes

LIENS UTILES

www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/variol-fra.php

<https://www.cdc.gov/smallpox/index.html>

www.who.int/topics/smallpox/fr/

www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/variol-fra.php

CONCLUSION

La survenue d'une MIASE est un événement rare qui peut rapidement devenir complexe si une bonne compréhension des faits n'est pas partagée dès les premières heures. L'événement doit être pris en main et maîtrisé très rapidement pour prévenir les complications et les atteintes à la santé de la population. Pour ce faire, il est primordial de bien connaître son rôle et celui des partenaires et de se rappeler les principes de base des interventions qui pourront être adaptées à toutes les situations.

Ce plan constitue un outil simple, formé du tronc commun aux différentes situations qui peuvent survenir. Il s'agit d'informations de base sur « qui fait quoi » dans les premières heures de l'événement. Au fur et à mesure qu'un événement se développe, les informations doivent être mises à jour et des interventions particulières doivent être mises en œuvre en tenant compte du contexte précis qui se présente.

Il ne faut pas oublier que le présent document s'adresse essentiellement aux intervenants de la santé publique. En cas de sinistre, les interventions de santé publique se réalisent en coordination et en concertation avec les autres volets de la mission *Santé* du MSSS, le tout pouvant éventuellement s'intégrer dans le Plan national de sécurité civile, selon l'évolution de la situation.

En ce sens, des plans, des guides, des fiches techniques et divers outils (lettres, questionnaires, procédures, etc.) ont été préparés pour certaines situations particulières impliquant des maladies infectieuses graves telles que la maladie à virus Ebola, le MERS-CoV et les maladies respiratoires sévères infectieuses. Le plus souvent, ces documents sont accessibles par hyperlien, à la section 2 du présent document. On pourra s'y référer dans le cas d'un événement impliquant l'agent infectieux ciblé ou, encore, s'en inspirer pour les mesures à entreprendre dans le cas de maladies similaires.

GLOSSAIRE

Maladies infectieuses à surveillance extrême : Aux fins de ce plan sont retenues comme maladies infectieuses à surveillance extrême (MIASE) les maladies ou situations :

- qui doivent être déclarées **immédiatement et simultanément**, au directeur national de santé publique (DNSP) **et** au directeur de santé publique (DSPublique), en vertu du chapitre VIII de la LSP, par tout médecin et par tout dirigeant d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale (LSP, L.R.Q., chapitre S-2.2 ainsi que son Règlement ministériel d'application (chapitre S-2.2, r.2));
- qui représentent systématiquement une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) en vertu du RSI (2005) et de son annexe 2;
- qui sont considérées par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) comme étant les agents biologiques les plus probables et les plus préoccupants au regard du bioterrorisme, en se référant aux agents biologiques figurant dans la catégorie A des CDC;
- toute maladie infectieuse dont les manifestations ou le contexte s'inscrivent dans les critères suivants ou que le DNSP reconnaît comme MIASE :
 - une menace sérieuse pour la population, réelle ou appréhendée,
 - un potentiel de morbidité et de mortalité élevé,
 - la capacité de provoquer le dépassement des capacités des ressources disponibles,
 - la capacité de déstabiliser les organisations.

Maladie infectieuse émergente : Désigne une nouvelle apparition, chez un animal, d'une maladie, d'une infection ou d'une infestation ayant des répercussions significatives sur la santé animale ou humaine et résultant de la modification d'un agent pathogène connu ou de sa propagation à une nouvelle aire géographique ou à une nouvelle espèce, ou d'un agent pathogène non identifié antérieurement ou d'une maladie diagnostiquée pour la première fois (*Office international des épizooties (OIE)*).

Menace à la santé de la population : La présence au sein de la population d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie, si la présence de cet agent n'est pas contrôlée (LSP).

Imminent : Qui est sur le point de se produire.

Situations d'urgence : Situations susceptibles de porter atteinte à l'intégrité physique ou psychologique d'une ou de plusieurs personnes, de causer des dommages [...] et nécessitent une intervention rapide. Elles ne dépassent pas, toutefois, les capacités à réagir du milieu (MSSS, Politique ministérielle de sécurité civile).

Sinistres : Situations dont les conséquences et les enjeux en cause pour la collectivité sont plus importants et étendus. Ils requièrent la mobilisation et l'engagement d'acteurs de divers secteurs d'activité et de paliers organisationnels allant au-delà des intervenants de première ligne.

Point d'entrée :

- Point de passage pour l'entrée ou la sortie internationales des voyageurs, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux ainsi que des organismes et secteurs leur apportant des services à l'entrée ou à la sortie (RSI, (2005));
- Lieu où est situé un bureau de douane au sens du paragraphe 2(1) de la Loi sur les douanes ou lieu désigné par le ministre en vertu de l'article 9 (Loi sur la mise en quarantaine (L.C. 2005, ch. 20. Mise à jour 4 février 2015)).

Véhicule : Tout moyen de transport, notamment bateau, aéronef, train, véhicule à moteur et remorque, qui entre au Canada ou qui s'apprête à en sortir (Loi sur la mise en quarantaine (L.C. 2005, ch. 20. Mise à jour 4 février 2015)).

Point de contact RSI à l'OMS : Service qui, à l'OMS, doit être à tout moment à même de communiquer avec le point focal national RSI (2005).

Point focal national RSI : Centre national, désigné par chaque État Partie, qui doit être à tout moment à même de communiquer avec les points de contact RSI à l'OMS aux fins du RSI (2005).

Urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) : Événement extraordinaire dont il est déterminé, comme prévu dans le RSI (2005) :

- qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies;

et

- qu'il peut requérir une action internationale coordonnée (RSI, 2005).

Thanatologue : Terme général pour décrire un travailleur d'un salon funéraire (gestionnaire, thanatopracteur, conseiller aux familles). (Groupe de travail thanatopraxie Montérégie–Montréal. Guide de prévention des risques chimiques et infectieux chez les travailleurs du domaine funéraire. ASSS Montréal, ASSS Montérégie, juillet 2011.)

Thanatopracteur : Embaumeur. (Groupe de travail thanatopraxie Montérégie–Montréal. Guide de prévention des risques chimiques et infectieux chez les travailleurs du domaine funéraire. ASSS Montréal, ASSS Montérégie, juillet 2011.)

RÉFÉRENCES

1. QUÉBEC. *Loi sur la santé publique : L.R.Q., chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} octobre 2015*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.
2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Règlement sanitaire international*, [En ligne], 2005. [<http://www.who.int/ihr/fr/>].
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Politique ministérielle de sécurité civile*, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001112/>].
4. CANADA. *Loi sur la mise en quarantaine : L.C. 2005, chap. 20, à jour au 30 septembre 2015*, [Canada], Ministère de la Justice, 2015.
5. QUÉBEC. *Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique*, à jour au 1^{er} octobre 2015, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.
6. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Emergency preparedness and Response : Bioterrorism Agents/ Disease*, [En ligne]. [<http://emergency.cdc.gov/agent/agentlist.asp>] (Consulté le 6 décembre 2014).
7. CANADA. *Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines : L.C. 2009, chap. 24, à jour au 30 septembre 2015*, [Canada], Ministère de la Justice, 2015.
8. CANADA. *Le guide des services du LNM*, [En ligne]. [<https://rcrsp.canada.ca/gts/principal/>] (Consulté le 4 novembre 2015).
9. CANADA. *Loi sur la gestion des urgences : L.C. 2007, chap. 15, à jour au 30 septembre 2015*, [Canada], Ministère de la Justice, 2015.
10. CANADA. *Loi sur la santé des animaux : L.C. 1990, chap. 21, à jour au 30 septembre 2015*, [Canada], Ministère de la Justice, 2015.
11. QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} octobre 2015*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.
12. QUÉBEC. *Loi sur l'institut national de santé publique du Québec : chapitre I-13.1.1, à jour au 1^{er} octobre 2015*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.
13. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Les médecins et les urgences sanitaires : énoncé de position*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 2008, 21 p.
14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2004, 155 p.
15. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (MSP). *Plan national de sécurité civile*, [En ligne], 2014. [www.securitepublique.gouv.qc.ca/securite-civile/plan-national.html] (Consulté le 4 novembre 2015).
16. LE GUERRIER, Paul, et autres. *Algorithmes d'aide à la décision pour la prise en charge des contacts étroits lors de la déclaration de cas atteint d'une maladie transmissible sur un vol aérien*, Direction de la santé publique de Montréal, 2007.
17. DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE. *Plan de mobilisation des ressources en cas de menace à la santé en Montérégie*, [En ligne], 2012. [www.cubiq.ribg.gouv.qc.ca/in/faces/details.xhtml?id=p%3A%3Ausmarcdef_0001122874&] (Consulté le 4 novembre 2015).
18. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). *Centre de mesures et d'interventions d'urgence*, [En ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/cepr-cmiu/index-fra.php] (Consulté le 4 novembre 2015).
19. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (MSP). *Centre des opérations gouvernementales*, [En ligne]. [www.securitepublique.gouv.qc.ca/securite-civile/urgence/cog.html] (Consulté le 4 nov 2015).
20. RÉSEAU PANCANADIEN DE SANTÉ PUBLIQUE. *Partenaires en santé publique*, [En ligne]. [www.phn-rsp.ca/network-fra.php] (Consulté le 4 novembre 2015).
21. SÉCURITÉ PUBLIQUE CANADA. *Plan fédéral d'intervention d'urgence – Janvier 2011*, [En ligne], 2011. [www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/mrgnc-rspns-pln/index-fra.aspx] (Consulté le 4 novembre 2015).
22. COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. *Red Book 2015 : Report of the Committee on Infectious Diseases*, [En ligne]. [<http://redbook.solutions.aap.org/book.aspx?bookid=886>] (Consulté le 4 novembre 2015).
23. AGENCE DES SERVICES FRONTALIERS DU CANADA. *Memorandum D19-9-3*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 2009, 7 p. Également disponible en ligne : www.cbsa-asfc.gc.ca/publications/dm-md/d19/d19-9-3-fra.html.
24. GROUPE DE TRAVAIL THANATOPRAXIE MONTÉRÉGIE-MONTRÉAL. *Guide de prévention des risques chimiques et infectieux chez les travailleurs du domaine funéraire*, Agences de la santé et des services sociaux de la Montérégie et de Montréal, 2011, 210 p.
25. QUÉBEC. *Loi sur la santé et la sécurité du travail : chap. S-2.1, à jour au 1^{er} octobre 2015*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.
26. QUÉBEC. *Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres : chap. L-0.2, à jour au 1^{er} octobre 2015*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.
27. QUÉBEC. *Règlement d'application de la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres : chap. L-0.2, r.1, à jour au 1^{er} octobre 2015*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.
28. Directeur national de santé publique. *Orientations du Directeur national de santé publique : évaluation de l'exposition et gestion de contacts de cas confirmés de maladie à virus Ebola*, version 15 juin 2015. Document à circulation restreinte [document interne].
29. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). *Maladies d'origine infectieuse : définitions nosologiques*, 10^e éd., Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 118 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000480/>.

ANNEXE 1

TROUSSES D'URGENCE

VOICI UNE LISTE NON EXHAUSTIVE DES OUTILS DE BASE À AVOIR SOUS LA MAIN EN CAS D'URGENCE :

- Chaîne téléphonique régionale.
- Bottin régional des partenaires RSSS et sécurité civile.
- Répertoire des partenaires. Système de réponse aux urgences en santé publique du MSSS.
- MSSS. Mission Santé du Plan national de sécurité civile. Mai 2012. www.securitepublique.gouv.qc.ca/securite-civile/plan-national.html
- Modalités québécoises d'intervention lors de toxi-infections d'origine alimentaire et de zoonoses (MITIOAZ). Guide d'intervention en cas d'éclosion d'ampleur suprarégionale. MSSS. Novembre 2014. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-268-08W.pdf>
- INSPQ. LSPQ. Maladie à virus Ebola (MVE). Guide pratique pour les demandes d'analyses de laboratoire pour des patients chez qui une MVE est suspectée. 18 septembre 2017. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000531/>
- MSSS. Pandémie influenza. Mise sur pied d'un centre de vaccination de masse. Février 2006. www.msss.gouv.qc.ca/extranet/pandemie/download.php?f=b546d3de8f9c540db3ebe7e18782af65
- MSSS. Guide pour la gestion des colis suspects CBRNE. Novembre 2013. Publication à venir.
- MSSS. Guide sur la décontamination des personnes en centre hospitalier. 2014. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000107/>
- OMS. Communicable disease control in emergencies. A field manual. 2005. www.who.int/diseasecontrol_emergencies/publications/9241546166/en/
- APHA. Control of communicable diseases manual, 20e éd. 2015. www.apha.org/ccdm
- OMS. Règlement sanitaire international. 2005. www.who.int/ihr/fr/
- ASPC. Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins. 2014. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/infections-nosocomiales-professionnelles/pratiques-base-precautions-additionnelles-visant-a-prevenir-transmission-infections-milieux-soins.html>
- Groupe de travail thanatopraxie Montérégie-Montréal. Guide de prévention des risques chimiques et infectieux chez les travailleurs du domaine funéraire. ASSS de la Montérégie et ASSS de Montréal. Juillet 2011. www.santeautravail.qc.ca/documents/13347/375318/378923_doc-5gJJo.pdf
- MSSS. Choix des équipements de protection individuelle pour la maladie à virus Ebola. Septembre 2015.