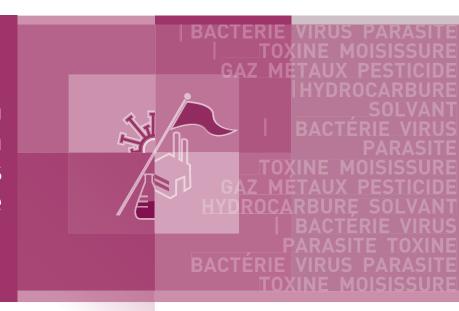
AGENTS BIOLOGIQUES, CHIMIQUES ET PHYSIQUES

Cadre d'interprétation et de gestion des signalements en santé publique



Avril 2019





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: 978-2-550-83886-9 (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

Membres du groupe de travail sur l'harmonisation des pratiques en matière de gestion des signalements de menace de la Table de coordination nationale en santé publique (TCNSP) ayant contribué à la rédaction du présent document :

Yv Bonnier-Viger, Direction de santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Geoffroy Denis, Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

François Desbiens, Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Yves Jalbert, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Philippe Lessard, responsable du groupe de travail, Direction de santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Jean-Pierre Trépanier, Direction de santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

En soutien professionnel:

Marlène Mercier, en soutien au groupe de travail, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Hélène Venables, en soutien au groupe de travail, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Daniel Villeneuve, en soutien au groupe de travail, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Membres du groupe de travail Signalements de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) ayant contribué à la rédaction du Cadre d'interprétation des signalements en maladies infectieuses :

Patricia Hudson, coresponsable du groupe de travail, Direction de santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Nathanaëlle Thériault, coresponsable du groupe de travail, Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Geneviève Boily, Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (coresponsable du groupe de travail d'octobre 2013 à octobre 2014)

Ariane Courville, Direction de santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie

Évelyne Fleury, Direction de la prévention et de la promotion de la santé du ministère de la Santé et des Services sociaux

Brigitte Fournier, Direction de santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Klaus Jochem, Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Jérôme Latreille, Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Marie-Andrée Leblanc, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Elisa Pucella, Direction de santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Stéphane Roy, Direction de santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE:

Mélanie Léger, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Remerciements

La TCNSP se joint au groupe de travail qu'elle a mis sur pied concernant l'harmonisation des pratiques en matière de gestion des signalements afin de témoigner sa reconnaissance à l'égard du travail accompli par tous les membres des différents groupes de travail sur le signalement (maladies infectieuses, santé au travail et santé environnementale).

Nous tenons à souligner la qualité de leur travail et leur engagement professionnel lors de ces travaux. Nous les remercions pour leur contribution, qui aura permis de faire avancer ce dossier au sein du réseau de la santé publique.

Nos remerciements s'adressent également aux membres des tables de concertation (maladies infectieuses, santé environnementale et santé au travail), aux directions de santé publique et à tous les organismes, groupes et individus qui ont enrichi le présent document de leurs commentaires, notamment le Collège des médecins du Québec et la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le SIDA.

Avant-Propos

Dès 2004, des travaux étaient réalisés par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses pour définir les enjeux et les modalités de gestion des signalements en maladies infectieuses. Les travaux se sont d'abord concentrés sur le champ des infections nosocomiales et ont conduit à la production du Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population relativement aux infections nosocomiales, publié en 2008. À la suite de la modification de la loi en 2009, les travaux se sont poursuivis afin de produire un cadre d'interprétation pour le signalement des maladies infectieuses incluant les infections transmissibles sexuellement.

Dès les premiers travaux, les éléments de la Loi sur la santé publique associés au signalement ainsi que les notions de menace et d'enquête épidémiologique sont apparus comme des concepts devant être clarifiés. De plus, les rôles et responsabilités des différentes autorités de santé publique dans ce contexte nécessitaient d'être mieux définis.

Ainsi, les travaux menés par le groupe de travail sur les signalements en maladies infectieuses se sont concrétisés par l'adoption d'un *Cadre d'interprétation des signalements en maladies infectieuses* (document non publié) par la Table de coordination nationale en santé publique (TCNSP) à sa réunion de juin 2015. Des ajustements ont ensuite été apportés en suivi d'un avis juridique demandé sur le « signalement de menace » en rapport avec une infection transmissible sexuellement et qui serait fait par des personnes autres que des médecins.

En 2011, en santé au travail et en santé environnementale, le *Guide de traitement des déclarations de maladies à déclaration obligatoire (MADO) et des signalements d'origine chimique ou physique* a été produit et une formation provinciale s'en est suivie. Par la suite, une communauté de pratiques sur les MADO et les signalements en santé au travail et en santé environnementale a été mise sur pied, afin notamment d'harmoniser les pratiques à cet égard. Malgré tout, des questionnements sur la définition du « signalement de menace » à la santé de la population ont persisté et des variations de pratique quant à son application ont été observées d'une région à l'autre.

En 2012, à la suite d'une consultation sur la mise à jour du Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique, les directeurs de santé publique se sont engagés à participer à des travaux pour mieux définir la notion de signalement en santé au travail et en santé environnementale afin d'assurer une approche harmonisée en matière d'enquête épidémiologique (incluant l'intervention de protection) et d'améliorer la vigie sanitaire et, par le fait même, la surveillance de l'état de santé de la population.

Afin de répondre aux divers besoins, un groupe de travail provincial sur le « signalement de menace » à la santé, en santé environnementale et en santé au travail, a été mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2013. Ce groupe avait pour mandat d'élaborer deux guides de référence pour ces deux domaines. Ces guides (Guide de référence sur les signalements de menace à la santé de la population en santé environnementale et Guide de référence sur les signalements de menace à la santé de la population en santé au travail [documents non publiés]) ont été déposés et adoptés à la TCNSP de juin 2016. Toutefois, un exercice a été demandé aux équipes de santé environnementale et de santé au travail afin qu'elles colligent leurs commentaires relatifs à leur expérimentation de l'utilisation de ces guides à partir des signalements reçus au courant de l'été 2016.

À la suite des nombreux commentaires reçus, le groupe de travail des directeurs de santé publique sur l'harmonisation des pratiques en matière de gestion des « signalements de menace » a été mis sur pied à l'automne 2016, par la TCNSP, afin de résoudre les enjeux qui persistaient à ce stade des travaux. Il a alors été décidé d'utiliser comme base le cadre d'interprétation produit relatif aux maladies infectieuses et de le faire évoluer vers un cadre unique pour l'ensemble des signalements en santé publique.

S'inspirant du document La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence (Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2016), qui précise certaines nuances importantes relatives aux risques et aux menaces, le présent cadre d'interprétation vise notamment à harmoniser la compréhension des intervenants de santé publique sur ces notions (voir la section 1.1.2). Ainsi, le présent document remplace le cadre de signalements et les guides rédigés antérieurement et constitue le Cadre d'interprétation et de gestion des signalements en santé publique pour les intervenants en maladies infectieuses, en santé environnementale et en santé au travail.

Note au lecteur

Dans les versions antérieures des guides ou des cadres produits, la locution « signalement de menace » était utilisée pour représenter le <u>point de vue de celui qui doit ou peut signaler</u> aux autorités de santé publique ce qu'il croit être une menace; ainsi dans l'article 92 de la LSP peut-on lire « [...] signaler les menaces [...] », dans l'article 93 : « [...] soupçonne une menace doit en aviser [...] », dans l'article 94 : « [...] signaler [...] s'il a des motifs sérieux de croire qu'il existe une menace [...] » et dans l'article 95 : « [...] signaler une menace [...] ».

La locution « signalement en santé publique » utilisée dans le présent cadre représente le <u>point de vue de celui qui reçoit</u> une information (autorité de santé publique) sur un certain risque à la santé et qui a à déterminer si celle-ci correspond aux critères d'un signalement en santé publique et est susceptible ou non d'être une menace réelle ou appréhendée pour la santé de la population.

Par ailleurs, rappelons que l'autorité de santé publique peut procéder à une enquête épidémiologique même sans un signalement formel, si elle a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être.

TABLE DES MATIÈRES

INT	ROD	UCTIO	N	1			
1.	DÉF	INITION	N DE CONCEPTS LIÉS AU SIGNALEMENT	3			
	1.1 La protection en santé publique						
		1.1.1	Vigie sanitaire	4			
		1.1.2	Menace à la santé	5			
2.	DÉF	INITION	N DU SIGNALEMENT EN SANTÉ PUBLIQUE	8			
3.	CHEMINEMENT D'UN SIGNALEMENT						
	3.1	3.1 Analyse préliminaire					
		3.1.1	Réception et tri	9			
		3.1.2	Évaluation de la situation	10			
		3.1.3	Modalités de gestion existantes	10			
	3.2	Enquê	ète épidémiologique	11			
		3.2.1	Caractérisation de la situation	13			
		3.2.2	Intervention de protection	13			
	3.3	Suivi e	et fin de la démarche	14			
4.	RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE ET DES AUTRES ACTEURS CONCERNÉS						
	4.1	Rôles	et responsabilités des autorités de santé publique	16			
		4.1.1	Directeur de santé publique	16			
	4.2	2 Obligations d'autres acteurs					
		4.2.1	L'obligation de faire un signalement	18			
		4.2.2	L'obligation de collaborer	19			
		4.2.3	La possibilité de faire un signalement	19			
5.	PRO	TECTIO	ON DES RENSEIGNEMENTS	20			
6.	PAR	TICUL	ARITÉ DU CADRE LÉGAL EN SANTÉ AU TRAVAIL	21			
7.	SIGNALEMENT LIÉ AUX INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT22						
	7.1	Objet	d'un signalement lié à une ITS	22			
	7.2	Balises d'un signalement lié à une ITS					
	7.3	Particularité du cheminement d'un signalement lié à une ITS					
		7.3.1	Enquête épidémiologique	24			
		7.3.2	Intervention de protection	24			
8.	CON	ICLUSI	ON	31			
BIE	BLIOG	RAPHI	E	32			

ANNEXE 1 –	DÉFINITION DE « MENACE À LA SANTÉ » EN LIEN AVEC LES AGENTS BIOLOGIQUES	35
ANNEXE 2 –	BALISES LÉGALES DU SIGNALEMENT	38
ANNEXE 3 –	ALGORITHME DU CHEMINEMENT D'UN SIGNALEMENT EN SANTÉ PUBLIQUE	42
ANNEXE 4 –	MODALITÉS DE GESTION EXISTANTES	45
ANNEXE 5 –	PROCÉDURE AUPRÈS D'UN ORGANISME TIERS	46
ANNEXE 6 –	SIGNALEMENT DES DÉFICIENCES EN SANTÉ AU TRAVAIL	47
ANNEXE 7 –	SITUATIONS PARTICULIÈRES AU REGARD DU VIH QUI PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UNE INTERVENTION DE SANTÉ PUBLIQUE	53
ANNEXE 8 –	ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER LORS DE L'AVIS DE NOTIFICATION SANS CONSENTEMENT	55
ANNEXE 9 –	INTERVENTION DE SANTÉ PUBLIQUE LORS D'UN SIGNALEMENT LIÉ À UNE ITS	57

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ACIA Agence canadienne d'inspection des aliments

CERDM Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux

CNESST Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du

travail

CSST Commission de la santé et de la sécurité du travail

DNSP Directeur national de santé publique

INESSS Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

INSPQ Institut national de santé publique du Québec

IPPAP Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITS et

auprès de leurs partenaires

ITS Infection transmissible sexuellement

ITSS Infection transmissible sexuellement et par le sang

ITS-MADO Infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire

LSP Loi sur la santé publique

LSSSS Loi sur les services de santé et les services sociaux

LSST Loi sur la santé et la sécurité du travail

MADO Maladie à déclaration obligatoire

MAPAQ Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec

MCI Manifestations cliniques inhabituelles

MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux

OSB Offre de service de base
PDG Président-directeur général

PNSP Programme national de santé publique

PVVIH Personne vivant avec le VIH

RSPSAT Réseau de santé publique en santé au travail

SERTIH Service d'évaluation des risques de transmission d'infections

hématogènes

SP Santé publique

TCNMI Table de concertation nationale en maladies infectieuses

TCNSP Table de coordination nationale de santé publique

VIH Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

L'adoption de la Loi sur la santé publique (LSP) en 2001 confirmait les quatre principales fonctions de la santé publique : la surveillance, la promotion, la prévention et la protection de la santé de la population. La LSP donne au ministre, au directeur national de santé publique (DNSP) ainsi qu'aux directeurs de santé publique de chaque région, des responsabilités et des pouvoirs dans l'exercice de ces fonctions, avec un encadrement défini. La notion de « signalement de menace » a été introduite dans la LSP en tant que source d'information permettant au directeur de santé publique d'être informé en temps opportun des situations pouvant constituer une menace à la santé de la population. Il s'agissait d'un concept nouveau et unique. En 2009, le concept de signalement dans le cas spécifique des infections sexuellement transmissibles a été modifié par l'introduction de la possibilité, pour les médecins, de « signaler une menace » à la santé de la population provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible (LSP, art. 95).

Les autorités de santé publique visées par la LSP sont le ministre de la Santé et des Services sociaux, le DNSP et les directeurs de santé publique (LSP, art. 2).

Depuis la mise en application de la LSP, les directeurs de santé publique ont reçu des demandes et des signalements de la part des médecins, des établissements de santé et de services sociaux, de milieux de travail et de milieux de vie, des travailleurs et parfois de citoyens, de municipalités, de ministères, d'organismes gouvernementaux, concernant des risques pouvant représenter des menaces réelles ou appréhendées qu'ils estiment pouvant avoir des effets néfastes sur la santé. Les renseignements recueillis auprès des équipes de santé publique afin d'apprécier les pratiques de gestion de ces signalements, appuyés par les données provinciales issues d'autres démarches (ex. : signalements des déficiences en santé au travail, signalements relatifs aux tours de refroidissement), ont mis en évidence la nécessité d'avoir des critères mieux définis afin de traiter de façon harmonisée, entre les régions sociosanitaires, les signalements en santé publique devant ou non être considérés comme des menaces.

Le présent cadre d'interprétation détermine donc les principes généraux et les grandes orientations de l'application de la LSP au regard du signalement pouvant constituer une menace à la santé d'origine biologique, chimique et physique. Il vise une compréhension commune et une harmonisation de la démarche d'évaluation et de gestion d'un signalement en santé publique entre les directions de santé publique, en cohérence avec l'axe 4 du Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025, en proposant les étapes à suivre pour une telle gestion. Bien que l'algorithme décisionnel proposé tende à refléter les bonnes pratiques en gestion des signalements, il fait aussi appel au jugement professionnel de l'intervenant ainsi qu'à une réflexion de nature éthique.

Par ailleurs, ce document contient des sections qui traitent plus spécifiquement du cadre légal en santé au travail (<u>chapitre 6</u>) et du signalement en lien avec un agent biologique sexuellement transmissible (<u>chapitre 7</u>).

^{1.} En vertu de l'article 113 de la LSP, le directeur de santé publique peut exercer lui-même les pouvoirs prévus lors de l'enquête épidémiologique ou autoriser spécifiquement certaines personnes à en exercer certains en son nom.

Enfin, ce document ne traite pas des maladies à déclaration obligatoire (MADO), des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) reliées à la vaccination ou des phénomènes sociaux. Dans le cas des MADO et des MCI, les caractéristiques des maladies ou des manifestations sont généralement assez bien connues, de sorte que la menace est d'emblée considérée comme avérée et les modalités d'intervention sont déjà définies.

L'utilisation du présent cadre d'interprétation et de gestion doit se faire en complément d'autres guides et documents de référence qui viennent encadrer la gestion des risques en santé publique, en particulier le document *La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence* (Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2016), qui peut être utilisé dans l'analyse et la gestion des risques pour la santé.

1. DÉFINITION DE CONCEPTS LIÉS AU SIGNALEMENT

Au Québec, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS, art. 373) précise que le directeur de santé publique est responsable dans sa région « [...] d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection ».

Dans le cadre de la LSP, le signalement est une mesure légale qui permet de rapporter aux autorités de santé publique (ministre, DNSP et directeurs de santé publique) des situations pouvant constituer une menace (un danger – LSSSS, art. 373) à la santé de la population. Le signalement est donc l'une des sources d'information utilisées par les autorités de santé publique pour exercer la fonction de protection de la santé de la population.

Nous tenterons, au cours de ce chapitre, de définir quelques concepts liés à la fonction de protection en santé publique, soit la vigie sanitaire ainsi que la notion de menace à la santé, une notion essentielle à l'interprétation et à la gestion des signalements en santé publique découlant de l'application de la LSP.

1.1 LA PROTECTION EN SANTÉ PUBLIQUE

La fonction de **protection** englobe l'ensemble des actions de vigie et des mesures qui visent à protéger la population contre une menace réelle ou appréhendée pour sa santé. Dans le cadre de ce document seront traitées les actions relatives à la présence d'agents biologiques, chimiques² ou physiques susceptibles de constituer une menace à la santé de la population, au sens de la LSP.

Selon le Programme national de santé publique (PNSP), la fonction de protection de la santé de la population relève des autorités de santé publique, lesquelles ont le devoir d'exercer une vigie sanitaire et le pouvoir d'intervenir en cas de menaces, réelles ou appréhendées, à la santé. Ces actions sont prévues à l'axe d'intervention 4 sur la gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires.

L'intervention, en cas de menaces à la santé, consiste en la mise en œuvre de mesures de protection efficaces pour empêcher ou limiter l'exposition de la population à des agents biologiques, chimiques ou physiques.

Le cas échéant, les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ou d'autres secteurs peuvent être sollicités dans le cadre de l'intervention. Si ces institutions ou organismes détiennent les pouvoirs de protection nécessaires, le directeur de santé publique doit faire appel à eux pour contrôler la situation (LSP, art. 107).

^{2.} Les agents chimiques incluent aussi toutes les situations concernant les surdoses de drogues, considérant les adaptations nécessaires dans les circonstances.

1.1.1 Vigie sanitaire

La LSP édicte certaines mesures qui visent à permettre aux autorités de santé publique d'exercer une **vigie sanitaire** au sein de la population et à leur donner des pouvoirs pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée (LSP, art. 2) afin de la protéger.

Bien que le but de la vigie sanitaire ne soit pas clairement défini par la LSP, deux documents, de l'INSPQ³ et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)⁴, précisent que l'objectif de la vigie sanitaire est de reconnaître, le plus précocement possible, des situations de menace à la santé, réelle ou appréhendée, afin que les autorités de santé publique puissent réaliser les actions appropriées pour protéger la santé de la population. La vigie sanitaire est un processus continu d'identification et de caractérisation des menaces à la santé de la population par la collecte, l'analyse et l'interprétation des données sur certains facteurs de risque et leurs effets sur la santé. Les données doivent donc être obtenues « en temps opportun » afin que les autorités de santé publique puissent intervenir de façon efficace pour protéger la santé de la population.

Les principales sources de renseignements utilisées pour effectuer la vigie sanitaire sont les fichiers des MADO, des MCI, les alertes de santé publique, les données de vigie syndromique associées aux appels à Info-Santé, les données de certains programmes particuliers de surveillance (ex.: surveillance des infections nosocomiales, surveillance des données sanitaires en période de chaleur extrême, surveillance de l'influenza, surveillance du virus de l'immunodéficience humaine [VIH]), ainsi que le signalement. Les distinctions essentielles entre un signalement et une MADO viennent du fait qu'il n'y a pas de liste préétablie de situations à signaler et qu'il y a nécessité de déterminer chaque fois s'il y a présence ou non d'une menace à la santé dans le cas d'un signalement. La notion de menace dans le contexte d'un signalement est définie à l'article 2 de la LSP et sera explicitée dans la section suivante.

Le présent cadre d'interprétation englobe toutes les menaces en santé publique, y compris celles qui concernent des phénomènes émergents (comme les surdoses de drogues), nécessitant une vigie particulière, peu importe l'agent causal (biologique, chimique, physique); il appartient à chaque directeur de santé publique, selon ses ressources et les pratiques de travail dans sa région, de déterminer l'organisation et les modalités de prise en charge des différents cas de signalement.

^{3.} INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, La surveillance continue de l'état de santé de la population, une synthèse, Québec, Gouvernement du Québec, avril 2003.

^{4.} MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, La surveillance et la vigie sanitaire reliées aux agents chimiques, physiques et biologiques en santé au travail, en santé environnementale et en toxicologie humaine : similitudes et différences, Québec, Gouvernement au Québec, avril 2014.

1.1.2 Menace à la santé

Pour mieux comprendre la notion de menace en santé publique, il convient d'abord de rappeler l'article 2 de la LSP :

« [...] on entend par une **menace à la santé de la population** la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie⁵ si la présence de cet agent **n'est pas contrôlée**. »

La loi introduit donc trois notions : l'agent, l'épidémie et le contrôle.

L'agent

Dans le cadre de la loi actuelle, la notion de menace est restreinte aux agents biologiques, chimiques et physiques et exclut les phénomènes sociaux et mécaniques⁶. Une analyse détaillée de cette définition réalisée précédemment et spécifiquement pour les agents biologiques est présentée à l'annexe 1 de ce document. En général, les résultats de cette analyse sont aussi applicables aux agents chimiques ou physiques.

L'épidémie

La menace présuppose la survenue potentielle d'un nombre de cas plus élevé que ce qui est normalement attendu, si le risque n'est pas contrôlé (LSP, art. 2). Selon le contexte, la présence d'un seul cas peut constituer une menace (réelle ou appréhendée)⁷. De plus, en vertu de l'article 5 de la LSP, rappelons que les actions de santé publique ne peuvent viser des individus que dans la mesure où elles sont prises au bénéfice de la collectivité ou d'un groupe d'individus.

Le contrôle

L'interprétation de la notion de contrôle de l'exposition est complexe et dépend étroitement du contexte :

 Lorsqu'un agent a la capacité de se transmettre de personne à personne ou d'exposer d'autres personnes par une source commune de contamination ou d'exposition dans l'environnement et que les circonstances ou les conditions présentes rendent probable cette transmission ou cette exposition en l'absence de mesures adéquates de contrôle, la menace est présente. Dans certains cas, la menace peut résulter du comportement d'une personne atteinte et n'est pas uniquement liée à la présence d'une infection (ex. : infection transmissible sexuellement et par le sang [ITSS]).

.

^{5.} MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Mieux comprendre la Loi sur la santé publique, Québec, Gouvernement du Québec, 2002. « Le sens classique de la définition du mot épidémie a été retenu dans la Loi. Ainsi, il y a épidémie lorsque le nombre de cas observés dépasse le nombre de cas normalement attendus. Le nombre absolu n'est donc pas forcément élevé, un seul cas pouvant être suffisant pour constituer une menace. La notion d'épidémie est associée à la démonstration d'un risque de transmission ou d'extension de la menace. La transmission peut se faire de personne à personne, comme dans le cas des maladies infectieuses, mais elle peut aussi dépendre de l'exposition à une source commune de contamination. Par ailleurs, la notion d'épidémie inclut la notion d'éclosion. ».

^{6.} MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Mieux comprendre la Loi sur la santé publique, Québec, Gouvernement du Québec, 2002.

^{7.} MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Mieux comprendre la Loi sur la santé publique, Québec, Gouvernement du Québec, 2002.

- Pour le contrôle des infections, on se réfère à la présence de mesures permettant de briser la chaîne de transmission (traitement des personnes atteintes, isolement, quarantaine, vaccination, chimioprophylaxie, désinfection de l'environnement, mesures d'élimination de l'agent à la source, etc.).
- Pour le contrôle de l'exposition aux agents chimiques et physiques, on dispose de mesures comme la diminution ou l'élimination de l'exposition de la population ou des travailleurs par la substitution, l'élimination, le contrôle (captation) à la source, la décontamination, le confinement, l'évacuation (des lieux ou des environs) ou d'autres mesures appropriées de protection collectives et individuelles.
- Lorsqu'on parle d'une situation « non contrôlée », on fait référence à l'absence de mesures de contrôle ou à la persistance de la transmission ou de l'exposition malgré l'application des mesures de contrôle alors jugées insuffisantes.

Le document La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence (INSPQ, 2016) fournit certaines précisions utiles pour mieux comprendre les distinctions et les liens entre les notions de risque et de menace et la gestion en mode protection :

- « Il convient de retenir qu'en santé publique une menace est une sous-catégorie de risques.
 Ainsi, une menace est un risque, mais tout risque ne constitue pas nécessairement une menace. » (p. 13)
- « Dans le cas d'un risque potentiel ou avéré qui ne constitue pas une menace pour la santé de la population, c'est le mode « prévention » qui est privilégié. » (p. 21)
- « Dans le cas d'une menace réelle ou appréhendée, peu importe le contexte, c'est le mode de gestion « protection en santé publique » qui s'applique en premier lieu. » (p. 21)

Le même document mentionne par ailleurs que « pour gérer une menace, les autorités de santé publique disposent si nécessaire de pouvoirs d'enquête épidémiologique et des pouvoirs d'intervention qui en découlent [...]. Ces pouvoirs, plus coercitifs, s'appliquent lorsque les moyens de prévention généraux ou le pouvoir d'interpellation sont insuffisants pour gérer de façon satisfaisante la menace à la santé. L'urgence d'une situation, qui requiert une intervention de protection immédiate, pourrait aussi justifier rapidement l'utilisation de tels pouvoirs, même avant que la menace ne soit officiellement confirmée. » (p. 20). Ce dernier extrait laisse une impression de contradiction quant aux modalités de gestion applicables devant une situation de menace.

Afin de lever toute ambiguïté sur la nature de l'intervention (prévention ou protection) en situation de menace, les directeurs de santé publique conviennent que la **notion de menace doit être comprise comme indissociable de la notion d'actions d'autorité** sur lesquelles ils s'appuient pour entrer en enquête épidémiologique et justifier tant le besoin d'obtenir des informations confidentielles et personnelles (voir le <u>chapitre 5</u>) à l'étape de la caractérisation de la situation que le recours à des mesures coercitives à l'étape de l'intervention de protection. Il demeure cependant possible qu'à la suite de la caractérisation, le directeur de santé publique utilise **une approche graduée et proportionnée selon la menace**, notamment dans les cas de maladies à longue latence, et **recommande d'abord des mesures de prévention**, **mais toujours avec la perspective qu'il serait possible et justifiable d'intervenir éventuellement d'autorité**, en exigeant ou en ordonnant que des mesures de protection contraignantes soient appliquées, **si l'approche préventive ne donnait pas les résultats escomptés.**

Ainsi, le terme « menace » devrait être réservé aux risques pour lesquels une action d'autorité est possible, c'est-à-dire lorsque l'autorité de santé publique ou un tiers (LSP, art 98 et 107) dispose du pouvoir d'agir et que, si nécessaire, il serait justifié de demander à un juge d'émettre une ordonnance de cour (LSP, art. 101, 102, 105, 108 à 112) pour que, dans le cadre de l'enquête épidémiologique, la ou les mesures exigées ou ordonnées tant à l'étape de la caractérisation qu'à celle de l'intervention de protection soient appliquées.

Finalement, le document La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence (INSPQ, 2016) pourrait être particulièrement utile pour porter un jugement sur le niveau de risque dans une situation signalée (par exemple, en utilisant la matrice de risque pour caractériser le risque). Ainsi, les agents responsables de nuisances⁸ ne représentent généralement pas des menaces à la santé de la population, bien qu'il puisse y avoir des cas d'exception. Ils peuvent être considérés comme des problèmes de santé publique, mais les efforts qui y sont consacrés feront normalement appel aux leviers de gestion en mode prévention.

En conclusion, l'évaluation de l'existence d'une menace ainsi que les actions à mettre en place font appel au jugement professionnel de l'intervenant, en fonction des données recueillies, des connaissances disponibles et des bonnes pratiques, au cas par cas, en prenant en compte différents éléments, dont :

- la nature de l'agent biologique et sa capacité de transmission de personne à personne ou à partir d'une source commune;
- la nature de l'agent chimique ou physique, la dose et les caractéristiques liées à l'exposition (c'est-à-dire la durée, la source et les voies d'absorption);
- les caractéristiques de la personne atteinte⁹ ou des personnes exposées;
- la probabilité de transmission de l'agent biologique ou d'exposition à l'agent chimique ou physique malgré les mesures de contrôle en place;
- la gravité des conséquences de l'exposition à un agent biologique, chimique ou physique sur la santé d'une population ou d'un groupe d'individus.

^{8.} Définition de nuisance : « Effet indésirable possible sur le bien-être ou effet indirect sur la santé physique à la suite de l'exposition à un facteur du type odeur, bruit, poux, punaises de lit, etc. ». La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence (INSPQ 2016).

^{9.} Dans le cas d'un agent biologique sexuellement transmissible notamment, le risque de transmission dépend avant tout du comportement de la personne infectée et non pas de la seule présence d'un agent infectieux.

2. DÉFINITION DU SIGNALEMENT EN SANTÉ PUBLIQUE

L'adoption par la Table de coordination nationale de santé publique (TCNSP) en mars 2008 du Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population relativement aux infections nosocomiales¹⁰ et, implicitement, d'une définition du signalement¹¹, présentée dans son annexe, a permis de donner à la notion de signalement contenue dans la LSP (chapitre X) une forme d'encadrement procédural uniforme qui n'existait pas encore. L'annexe 2 du présent document reprend des extraits de l'annexe 5 du document de 2008, « Balises légales du signalement¹² », dans lequel la définition du signalement se lit comme suit :

« Un signalement est une information fournie par toute personne qui s'identifie de façon vérifiable, sauf exception probante ou légitime, dont elle a une connaissance personnelle, ou à titre de représentant d'une entité organisationnelle, ou par un médecin, et se rapportant à une menace à la santé réelle ou appréhendée, ou à ce qui est perçu comme étant ou pouvant être une menace à la santé [...]. Cette information doit avoir été reçue par une personne en position d'autorité à la santé publique à cet égard, ou par une personne pouvant être raisonnablement perçue comme telle, quel que soit le mode ou le lieu de transmission de cette information. »

Les éléments particuliers qui concernent le signalement lié à une infection transmissible sexuellement (ITS) sont traités au <u>chapitre 7</u>, y compris les précisions sur le changement apporté à l'article 95 de la LSP en 2009.

Précisons que les **informations fournies** par ceux qui font des signalements aux autorités de santé publique **ne doivent pas permettre le dévoilement de renseignements personnels ou confidentiels concernant des tierces personnes ou des lieux spécifiques**, à moins qu'après l'étape de l'évaluation de la situation (voir la <u>section 3.1.2</u>), l'autorité concernée ne les exige au cours de l'enquête épidémiologique (LSP, chapitre XI).

^{10.} MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population relativement aux infections nosocomiales, Québec, Gouvernement du Québec, 2008.

^{11.} Cette définition a été élaborée par Yann Cosma, autrefois médecin-conseil à la Direction de santé publique de Montréal

^{12. «} Annexe 5 : Balises légales du signalement », dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population relativement aux infections nosocomiales, Québec, Gouvernement du Québec, 2008.

3. CHEMINEMENT D'UN SIGNALEMENT

Ce chapitre décrit les étapes du cheminement d'un signalement en santé publique, soit :

- l'analyse préliminaire (réception et tri, évaluation de la situation, modalités de gestion existantes);
- l'enquête épidémiologique, qui comprend deux volets : la caractérisation de la situation et l'intervention de protection;
- le suivi et la fin de la démarche.

L'algorithme du cheminement d'un signalement en santé publique, présenté à l'annexe 3, illustre ces étapes de manière synthétique.

Bien qu'elles soient présentées comme des étapes successives, il peut arriver, lors de l'enquête épidémiologique, que l'intervention de protection débute avant que ne soit complétée l'étape de la caractérisation de la situation, par mesure de précaution, conformément à l'article 106 (LSP, art. 106, 2^e alinéa).

Dans tous les cas, la démarche prend fin lorsque le directeur de santé publique juge que la situation est adéquatement contrôlée, peu importe l'étape du cheminement du signalement.

3.1 ANALYSE PRÉLIMINAIRE

L'analyse préliminaire consiste à recueillir les informations minimales requises pour juger d'abord si la situation correspond à la définition d'un signalement. Dans certains cas, il peut s'avérer souhaitable de demander à la personne qui fait le signalement un écrit résumant les informations fournies afin de s'assurer que la situation est bien comprise.

L'analyse préliminaire est présentée ici en trois volets : la réception et le tri, l'évaluation de la situation et les modalités de gestion existantes.

3.1.1 Réception et tri

Au moment de la réception d'un signalement, un premier tri est effectué en fonction de la nature de l'agent et du milieu concerné, du degré d'urgence et du territoire d'appartenance. Les déclarations MADO et MCI, les communications d'information (demande de service¹³, demande ad hoc) ainsi que les demandes d'information ou d'intervention en promotion et prévention ne doivent pas être considérées comme des signalements au sens du présent cadre.

De façon générale, c'est le directeur de santé publique du lieu de résidence ou du lieu de travail de la personne visée par le signalement qui est responsable de prendre en charge le signalement et de mener, lorsque c'est indiqué, l'enquête épidémiologique, avec la collaboration, si nécessaire, des autorités de santé publique des autres régions concernées. Cependant, si la situation concerne des personnes ou des lieux (milieu de vie, milieu de travail ou événement) sous la responsabilité d'autres juridictions, l'information est transmise aux autorités de santé publique compétentes (par exemple au directeur de santé publique d'une autre région, au DNSP ou au ministre, aux ministères ou organismes fédéraux pour les réserves indiennes et les entreprises sous leur juridiction), selon les modalités établies.

^{13.} Une demande de service peut parfois dissimuler une menace à la santé. Le directeur de santé publique pourrait alors enclencher une enquête épidémiologique (voir la note au lecteur au début du document).

3.1.2 Évaluation de la situation

Les réponses aux cinq questions¹⁴ suivantes permettent d'évaluer la situation et de déterminer si la menace peut être exclue, évitant ainsi de passer inutilement en enquête épidémiologique. Ces questions s'inspirent principalement du *Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population relativement aux infections nosocomiales¹⁵:*

- La situation est-elle causée par un agent biologique, chimique ou physique?
- Y a-t-il une probabilité de transmission, d'épidémie ou d'exposition non contrôlée?
- La situation peut-elle entraîner des risques pour la santé de la population?
- La situation est-elle hors de contrôle ou est-il impossible de le déterminer à cette étape?
- La confirmation éventuelle de la présence non contrôlée de l'agent en cause pourrait-elle justifier¹⁶ qu'une ou des actions d'autorité en protection (LSP, art. 100, 103, 104 et 106) soient appliquées, si nécessaire?

Lorsqu'une des réponses aux questions est négative, la notion de menace peut être exclue et une réponse adaptée à la situation doit être donnée à la personne, à l'entité organisationnelle ou au médecin à l'origine de la communication. Cette réponse peut consister, par exemple, à donner de l'information ou du soutien-conseil. D'autres actions complémentaires peuvent être nécessaires ou jugées utiles, notamment celles prévues aux articles 53 (promotion et prévention) ou 55 (pouvoir d'interpellation) du chapitre VI de la LSP.

Si les **réponses aux cinq questions sont positives**¹⁷, la menace ne peut être exclue et la décision de passer en enquête épidémiologique peut alors être prise. Également, si les informations recueillies à cette étape sont insuffisantes pour lui permettre d'exclure la possibilité d'une menace réelle ou appréhendée, le professionnel ayant fait l'évaluation devra alors décider s'il est justifiable de passer en mode protection et d'enclencher une enquête épidémiologique (voir la <u>section 3.2</u>) pour obtenir des informations personnelles ou confidentielles sur de tierces personnes ou des lieux concernés par le signalement.

Au terme de cette étape, si l'intervenant de santé publique considère qu'il s'agit d'un signalement pour lequel des modalités de gestion spécifiques sont existantes, ce sont ces modalités qui devraient être utilisées (voir la section 3.1.3).

3.1.3 Modalités de gestion existantes

Certaines situations de menace à la santé de la population, réelles ou appréhendées, sont suffisamment courantes pour avoir déjà fait l'objet d'un guide d'intervention ou d'un cadre de gestion afin de délimiter et de décrire l'analyse du risque, l'enquête épidémiologique ainsi que les interventions requises pour contrôler le risque (annexe 4). Le processus d'approbation de tels documents permet d'assurer la cohérence dans les principes de gestion des risques utilisés.

^{14.} Ces mêmes questions seront aussi utiles pour caractériser la situation dans le cadre de l'enquête épidémiologique.

^{15.} MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population relativement aux infections nosocomiales, Québec, Gouvernement du Québec, 2008.

^{16.} La gravité des conséquences de l'exposition est un critère important pour apprécier le côté justifiable de l'utilisation des mesures d'autorité en protection.

^{17.} Une réponse incertaine à l'une ou l'autre des questions appelle un jugement clinique et une réflexion éthique de la part du professionnel qui fait l'évaluation, afin de déterminer si des informations additionnelles seraient accessibles et utiles à ce stade-ci pour clarifier la réponse à la question et éviter l'enclenchement d'une enquête épidémiologique et l'utilisation de pouvoirs d'autorité qui ne serait pas justifiable; si le doute persiste malgré cela, la possibilité d'entrer en enquête pourra être envisagée.

Ainsi, lorsque des modalités de gestion spécifiques existent, et bien qu'elles traitent aussi de menaces réelles ou appréhendées, la **démarche d'enquête épidémiologique décrite dans le présent document n'a pas à être appliquée** étant donné que l'enquête est déjà intégrée et décrite dans les étapes des différents quides existants.

L'un de ces guides, soit la Démarche provinciale de signalement des déficiences susceptibles de nécessiter une mesure de prévention en santé au travail, bien qu'incluse dans la liste des guides à l'annexe 4, fait l'objet d'une analyse spécifique dans le chapitre 6 du présent document pour différentes raisons, principalement parce que cette modalité de gestion ne couvre pas toutes les situations susceptibles de représenter une menace à la santé en milieu de travail. Dans ces cas et toutes autres situations pour lesquels il le juge nécessaire, le directeur de santé publique peut décider de mener une enquête épidémiologique s'il croit que l'outil de gestion existant est insuffisant pour contrôler la situation visée par le signalement ou s'il constate que la situation n'est pas corrigée ou contrôlée à sa satisfaction à la fin des démarches.

3.2 ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

L'enquête épidémiologique (LSP, art. 96 à 115) comprend les étapes associées à la caractérisation de la situation et aux interventions de protection.

Un directeur de santé publique peut procéder à une enquête épidémiologique dans toutes les situations où il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être (LSP, art. 96).

L'enquête épidémiologique est donc une action d'autorité¹⁹ qui s'inscrit dans le cadre du mandat de protection du directeur de santé publique. Elle a pour but de caractériser la situation, ses causes et ses circonstances, la population atteinte ou potentiellement atteinte, d'évaluer les risques²⁰ pour la santé de la population et de confirmer ou non la présence d'une menace. Elle permet aussi d'évaluer la possibilité que des interventions de protection soient applicables et justifiables, ainsi que l'urgence d'appliquer des mesures de contrôle du risque pour protéger la santé de la population. Le <u>chapitre 4</u> du présent document traite précisément des rôles et responsabilités des autorités de santé publique.

Outre les modalités de gestion existantes décrites plus haut (section 3.1.3), les articles 98 et 99 de la LSP encadrent la gestion de deux situations de menace bien spécifiques. Ainsi, lorsque le directeur de santé publique constate, dans le cours de son enquête épidémiologique, qu'une menace concerne un établissement ou qu'un organisme tiers détient et peut exercer des pouvoirs pour caractériser et enrayer la menace, ceux-ci devront être mis à contribution selon des modalités particulières pour chacune de ces situations :

• Menace concernant un établissement de santé et de services sociaux (LSP, art. 99)

Lorsque la menace concerne un établissement de santé et de services sociaux, le directeur de santé publique doit en aviser le directeur des services professionnels ou le président-directeur général (PDG). Le directeur de santé publique doit aussi informer le DNSP de la situation et le ministre peut, s'il le juge nécessaire, demander au directeur de santé publique de poursuivre aussi son enquête épidémiologique au sein de l'établissement.

^{18.} Dans ces cas, la démarche d'enquête épidémiologique décrite dans le présent document s'applique à partir de l'étape 2d.

^{19.} Action d'autorité de santé publique : les actions d'autorité de santé publique sont toutes les mesures conférées aux autorités de santé publique par la loi pour protéger la santé de la population contre les menaces (LSSSS, art. 373, paragraphe 2), et en particulier les mesures précisées aux articles 100 et 106 de la LSP.

^{20.} Évaluation du risque : vise à estimer les conséquences sur la santé de la population exposée et la probabilité d'observer ces dernières (INSPQ, 2016).

L'établissement doit sans délai prendre toutes les mesures requises pour corriger la situation. Les mesures prises doivent être communiquées sans délai au directeur de santé publique et au ministre.

Dans la situation où la menace concerne les employés (travailleurs au sens de la LSST) de l'établissement, les modalités définies au <u>chapitre 6</u> et à l'<u>annexe 6</u> demeurent applicables avec les adaptations nécessaires; le directeur de santé publique doit par ailleurs en aviser le PDG de l'établissement concerné ainsi que le DNSP, considérant les responsabilités du ministre et des PDG dans la gestion du réseau de santé et de services sociaux.

Menace impliquant un organisme tiers (LSP, art. 98 et 107)

Lorsque le directeur de santé publique constate, dans le cours de son enquête épidémiologique, qu'un organisme tiers dispose et peut exercer des pouvoirs d'inspection ou d'enquête pour vérifier la présence d'un agent, il doit aviser cet organisme, lui demander de procéder (art. 98) et de le tenir informé. La procédure est détaillée à l'annexe 5.

La LSP prévoit que les pouvoirs détenus par des tiers (art. 107) doivent être pleinement utilisés avant que ne soit appliqué l'ensemble des dispositions de l'article 106. L'article 107 stipule ce qui suit :

« Malgré les dispositions de l'article 106, un directeur de santé publique ne peut utiliser un pouvoir prévu à cet article si un ministère, une municipalité locale ou un organisme dispose du même pouvoir pour empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, en diminuer les effets ou l'éliminer et qu'il peut l'exercer. Les dispositions de l'article 98 s'appliquent, dans ces circonstances, compte tenu des adaptations nécessaires. »

Lorsque le directeur de santé publique constate qu'un ministère, une municipalité locale ou un organisme refuse d'exercer ses propres pouvoirs ou tarde à le faire, tant à l'étape de la caractérisation qu'à celle de l'intervention de protection, il doit en aviser le DNSP qui effectuera, de concert avec le directeur de santé publique concerné, les suivis qu'ils jugent nécessaires afin de s'assurer que la menace est contrôlée.

De plus, lorsque la menace survient dans un établissement de compétence fédérale (ex.: base militaire, installation portuaire, aéroport, camp de migrants à la frontière, établissement du gouvernement fédéral), la responsabilité de l'enquête (caractérisation et intervention) relève du fédéral sur son territoire. Si toutefois la menace dépasse les limites du territoire de compétence fédérale (ex.: présence sur ce territoire de travailleurs relevant d'entreprises sous juridiction québécoise, déplacements en territoire québécois de personnes ou de travailleurs avec une infection potentiellement transmissible, présence d'un agent chimique ou physique avec un rayon d'impact plus large que celui du territoire fédéral), il est alors nécessaire de convenir avec l'organisme responsable de la poursuite de l'enquête épidémiologique.

Le directeur de santé publique poursuivra son enquête tant que le tiers n'aura pas contrôlé le risque à sa satisfaction.

3.2.1 Caractérisation de la situation

Cette étape permet la poursuite de la collecte d'information pour notamment approfondir la compréhension de la situation décrite à la <u>section 3.1.2</u> de l'analyse préliminaire : précisions sur la nature de l'agent, le risque (gravité et probabilité d'épidémie si la situation est non contrôlée), la présence de mesures de contrôle et leur efficacité, ainsi que la détermination des mesures de contrôle qui seraient éventuellement applicables et justifiées. C'est à cette étape spécifique que des renseignements personnels ou confidentiels nécessaires peuvent être obtenus. Les informations peuvent être recueillies directement auprès de personnes atteintes ou exposées ou obtenues de diverses sources, conformément à l'article 100 de la LSP qui dit que, sous réserve de l'article 98, un directeur de santé publique peut, lorsque c'est requis dans le cadre d'une enquête épidémiologique :

« Ordonner à toute personne, tout ministère ou tout 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 (paragraphe 8) »²¹.

L'enquête de santé publique se poursuit à la lumière des informations obtenues de ces autres instances.

Ultimement, cette étape permettra de confirmer la présence ou non d'une menace, d'évaluer l'urgence de la contrôler et de déterminer quelles pourraient être les mesures appropriées pour ce faire. Ainsi, lors de la caractérisation de la situation, si les informations recueillies permettent d'infirmer la menace, l'enquête prend fin.

3.2.2 Intervention de protection

Des principes et des valeurs sous-tendent l'application des interventions de protection en santé publique. Ils sont décrits dans le *Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique*²².

De plus, il apparaît important de prendre en considération les éléments suivants :

- L'intensité de l'intervention de protection doit être graduée et proportionnée en fonction du niveau du risque établi, soit en fonction de l'ampleur et de la gravité des conséquences sur la santé ainsi que de la probabilité d'observer ces conséquences.
- Le choix des mesures de contrôle les plus appropriées se base notamment sur l'état des connaissances quant à l'efficacité de telles mesures.
- Les interventions de protection pourraient parfois être précédées par des mesures de prévention sous forme de recommandations, dans l'application d'une approche graduée et proportionnée, notamment dans les cas de maladies à longue latence. Des rétroactions fréquentes des milieux concernés sont alors nécessaires pour évaluer la mise en place de ces mesures et leur efficacité ainsi que, ultimement, la nécessité de passer à des mesures coercitives.

21. Pour les communications ou les transmissions de renseignements ou de documents et pour l'exercice des droits d'accès prévus par les dispositions de l'article 98, du paragraphe 8 de l'article 100 ou du paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 123, les autorités de santé publique sont investies des pouvoirs d'un commissaire nommé en vertu de la Loi sur les commissions d'enquête (chapitre C-37), sauf du pouvoir d'imposer l'emprisonnement.

^{22.} INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique, Québec, Institut national de santé publique, 2015. Disponible en ligne: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2010 Referentiel Valeurs Analyse Ethique.pdf

Les directeurs de santé publique sont responsables de s'assurer que sont déterminées les mesures requises pour contrôler le risque pour la santé (LSP, art. 97, 98, 99, 103, 106 et 107). Ces mesures peuvent comprendre, par exemple :

- pour les personnes atteintes : le counseling, l'isolement, le traitement, le retrait du poste de travail ou des tâches à risque, la référence en milieu de soins;
- pour les personnes exposées : le counseling, le dépistage, l'immunisation, la chimioprophylaxie, le port d'équipements de protection individuelle, la quarantaine, l'évacuation :
- pour l'environnement contaminé : la désinfection, l'arrêt des travaux, la décontamination, les mesures d'élimination de l'agent à la source.

Le choix des mesures et leur séquence d'application dépendent d'une diversité de facteurs : gravité de la menace, efficacité présumée des mesures, collaboration des parties prenantes, etc. Les mesures ordonnées ou exigées, que la menace soit réelle ou appréhendée (LSP, art. 99, 103, 106 et 107), doivent être appliquées dès que nécessaire et leur intensité ajustée au fur et à mesure que l'enquête progresse.

Le directeur de santé publique transmet, idéalement par écrit, ses attentes aux instances chargées d'y donner suite.

Lorsqu'une personne refuse de se conformer à un ordre du directeur de santé publique donné en vertu de l'article 106, celui-ci peut, en s'appuyant sur l'article 110²³, demander à tout juge ayant compétence dans la localité où se trouve cette personne d'émettre une ordonnance lui enjoignant de se conformer à l'ordre donné.

Le juge peut accorder l'ordonnance s'il est d'avis qu'il existe une menace à la santé de la population et s'il est d'avis que l'ordre du directeur est approprié. Il peut aussi apporter à cet ordre toute modification qui lui apparaît raisonnable dans les circonstances.

3.3 SUIVI ET FIN DE LA DÉMARCHE

Le directeur de santé publique doit réaliser un suivi pour s'assurer que les mesures demandées ont effectivement été prises et juger de leur efficacité pour contrôler la menace. Lorsque la menace n'est pas contrôlée à sa satisfaction, une analyse de la situation permettra d'exiger les ajustements nécessaires. Les demandes d'ajustement doivent officiellement être transmises par écrit aux personnes visées ainsi qu'aux instances concernées, selon les procédures de l'annexe 5, le cas échéant.

L'enquête épidémiologique prend fin lorsque le directeur de santé publique juge que la menace est adéquatement contrôlée²⁴.

^{23.} Un juge devrait apprécier le côté raisonnable de la demande d'ordonnance présentée par le directeur de santé publique, notamment en prenant en considération le fait que d'autres mesures volontaires, progressives et de nature préventive n'auront pas permis de contrôler adéquatement le risque relatif à la menace constatée et justifiant ainsi que la mesure coercitive demandée soit appliquée afin de protéger adéquatement la santé de la population.

^{24.} Notons que, dans le cas de certaines infections (ex. : infection chronique, infection non traitée, ITS), le risque de transmission dépend avant tout du comportement de la personne infectée et non de la seule présence d'un agent infectieux. Ainsi, la menace pourrait être considérée comme contrôlée même si la personne est toujours infectée.

• Actions complémentaires à l'intervention de protection

En fin de démarche et bien que le directeur de santé publique considère que les mesures mises en place ont été efficaces pour contrôler la menace, il peut aussi évaluer la pertinence de mener des actions complémentaires. Celles-ci peuvent comprendre la transmission d'informations aux partenaires et des communications de portée régionale ou suprarégionale. Si nécessaire, des recommandations préventives additionnelles pourraient être transmises aux personnes et aux instances concernées.

4. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE ET DES AUTRES ACTEURS CONCERNÉS

La législation québécoise confère, dans le cadre du signalement et de l'enquête épidémiologique qui en découle, des pouvoirs aux autorités de santé publique (et aux personnes qu'elles mandatent pour agir en leur nom), ainsi qu'à d'autres acteurs (ministères, organismes gouvernementaux, municipalités, établissements de santé et de services sociaux, milieux de travail et milieux de vie). La présente section dresse un tableau des rôles et responsabilités de chacun dans le cadre du signalement en santé publique.

4.1 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

Un cadre légal balise les rôles et responsabilités de l'ensemble des autorités de santé publique régionales et nationales. Le signalement est généralement reçu par le directeur de santé publique, qui peut éventuellement aviser le DNSP. Le ministre et le DNSP peuvent aussi recevoir des signalements d'autres ministères ou des autorités sanitaires extérieures au Québec, sans que ces signalements aient été reçus par un ou des directeurs de santé publique.

4.1.1 Directeur de santé publique

- Le directeur de santé publique est responsable dans sa région « [...] d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection » (LSSSS, art. 373).
- Le directeur de santé publique peut recevoir des signalements :
 - des ministères, des organismes gouvernementaux et des municipalités (LSP, art. 92);
 - des médecins et des établissements de santé et de services sociaux (LSP, art. 93);
 - des médecins responsables en santé au travail (LSST, art. 123);
 - des directeurs d'établissements qui constituent des milieux de travail ou des milieux de vie, notamment les entreprises, les établissements d'enseignement, les centres de la petite enfance et autres services de garde, les établissements de détention ou les maisons d'hébergement, ou encore d'un professionnel de la santé travaillant dans un tel établissement (LSP, art. 94).
- Le directeur de santé publique peut aussi 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, entre autres lorsqu'il reçoit un signalement (LSP, art. 96).
- Dans le cadre d'une enquête épidémiologique, le directeur de santé publique :
 - peut mettre en application le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire (LSP, art. 97);
 - dispose de pouvoirs d'enquête et d'inspection (LSP, art. 100);
 - dispose de pouvoirs pour protéger la santé de la population (LSP, art. 106). Il ne peut cependant utiliser un pouvoir pour la protection de la santé de la population si un ministère, une municipalité ou un organisme dispose du même pouvoir et peut l'exercer (LSP, art. 107);
 - peut, par mesure de précaution, ordonner à une personne qu'elle s'isole pour une période d'au plus 72 heures ou respecte certaines directives précises afin d'éviter toute contagion ou contamination (LSP, art. 103). Il doit obtenir un ordre de la cour pour prolonger les mesures d'isolement à 30 jours (LSP, art. 109);

- s'il constate qu'un ministère, une municipalité ou un organisme dispose de pouvoirs d'inspection ou d'enquête nécessaires et est en mesure de les exercer :
 - doit aviser le ministère, la municipalité locale ou l'organisme concerné et lui demander de procéder à l'inspection ou à l'enquête,
 - o poursuit son enquête et peut exiger que les renseignements nécessaires lui soient communiqués²⁵.
 - o doit aviser le DNSP s'il constate qu'un ministère, une municipalité locale ou un organisme refuse d'exercer ses propres pouvoirs ou tarde à le faire (LSP, art. 98);
- peut demander un ordre de la cour, s'il constate qu'une personne néglige ou refuse de collaborer à une enquête, s'objecte à ce qu'il exerce un pouvoir qui lui est accordé par l'article 100, refuse de respecter des directives données en vertu de l'article 103 (LSP, art. 105) ou de se conformer à un ordre du directeur de santé publique donné en vertu de l'article 106 (LSP, art. 110);
- peut exercer lui-même les pouvoirs dont il dispose dans le cadre de son enquête ou autoriser des personnes désignées à en exercer certains en son nom (LSP, art. 113).
- Lorsque le directeur de santé publique est avisé qu'une personne omet, néglige ou refuse de respecter les mesures de prophylaxie prévues par le règlement visé à l'article 89, il doit faire enquête et, si cette personne refuse de respecter les mesures de prophylaxie nécessaires, il peut demander à la cour une ordonnance lui enjoignant de le faire (LSP, art. 90).
- Le directeur de santé publique agit sous la coordination du ministre (dans les faits, c'est le DNSP ou son représentant qui sera informé²⁶) lorsqu'une menace pour la population est susceptible de toucher plus d'une région du Québec ou lorsque la menace concerne les autorités sanitaires à l'extérieur du Québec.
- Le directeur de santé publique doit transmettre au ministre, à sa demande, les renseignements nécessaires afin d'identifier les menaces réelles ou appréhendées à la santé de la population de plus d'une région (LSP, art. 51.1).
- Le directeur de santé publique et toute personne exerçant ses fonctions (LSP, art. 132) ne peuvent communiquer les renseignements personnels et confidentiels obtenus dans le cadre de leurs fonctions (notamment celles prévues au chapitre XI décrivant les pouvoirs en cas de menace à la santé de la population) que sur ordre de la cour, d'un coroner dans l'exercice de ses fonctions ou avec le consentement des personnes que ces renseignements concernent. Cependant, l'article 132 précise les cas, conditions et circonstances qui font exception à cette règle générale.

4.1.2 Ministre de la Santé et des Services sociaux

 Dans une situation susceptible de constituer une menace pour la population de plus d'une région ou lorsqu'il est nécessaire d'en informer des autorités sanitaires extérieures au Québec, le ministre peut décider de coordonner les actions de plusieurs directeurs de santé publique ou d'exercer certains ou tous les pouvoirs accordés aux directeurs de santé publique par la section I du chapitre XI (enquêtes épidémiologiques des directeurs de santé publique).

^{25.} Pour obtenir ces renseignements, le directeur de santé publique peut s'appuyer au besoin sur l'article 135 de la LSP qui lui confère les pouvoirs d'un commissaire nommé en vertu de la Loi sur les commissions d'enquête.

^{26.} Le représentant du DNSP est la Direction de la vigie sanitaire de la Direction générale adjointe de la protection de la santé publique ou le médecin de garde de cette direction en dehors des heures normales de travail.

- « Dans ces circonstances, le ministre agit avec l'assistance du DNSP et les ordres ou directives donnés par le DNSP doivent être exécutés de la même manière que ceux du ministre » (LSP, art. 116).
- Le ministre peut, à la demande d'un directeur de santé publique ou du DNSP, mobiliser les ressources de tout établissement de santé et de services sociaux au Québec pour répondre à une situation d'urgence en santé publique (LSP, art. 117).
- Le ministre peut, afin d'être en mesure d'identifier les menaces réelles ou appréhendées à la santé de la population de plus d'une région, prendre un règlement pour déterminer les renseignements que les directeurs de santé publique doivent lui transmettre ainsi que les conditions suivant lesquelles ils doivent le faire (LSP, art. 51.1).
- Le ministre peut, lors d'une grave menace à la santé d'une population, adopter un règlement prévoyant des mesures de prophylaxie pour certaines maladies ou infections contagieuses médicalement reconnues pour une personne atteinte et pour toute personne qui a été en contact avec elle (LSP, art. 89).
- Lorsqu'une menace à la santé de la population semble provenir d'une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux, le ministre peut, s'il le juge nécessaire, demander au directeur de santé publique de poursuivre son enquête épidémiologique au sein de l'établissement (LSP, art. 99).

4.1.3 Directeur national de santé publique

- Le DNSP assiste le ministre dans le contexte de l'article 116 (voir ci-dessus). Dans ce contexte, « les ordres ou directives donnés par le DNSP doivent être exécutés de la même manière que ceux du ministre ».
- Le DNSP peut recevoir des signalements provenant des ministères, des organismes gouvernementaux et des municipalités (LSP, art. 92).
- Lorsque le DNSP est avisé qu'une menace pour la population peut toucher plus d'une région, il peut coordonner les actions des différentes régions concernées.
- Le DNSP peut demander au ministre de 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 (LSP, art. 117).

4.2 OBLIGATIONS D'AUTRES ACTEURS

Pour permettre aux autorités de santé publique d'identifier les menaces réelles ou appréhendées et de mener à bien les actions de protection justifiables dans le cadre du signalement, la loi confie à certains acteurs l'obligation notamment de signaler ce qu'ils considèrent comme des menaces à la santé de la population alors que d'autres en ont seulement la possibilité.

4.2.1 L'obligation de faire un signalement

- Un médecin qui soupçonne une menace à la santé de la population doit en aviser le directeur de santé publique du territoire concerné (LSP, art. 93). La LSP permet exclusivement à un médecin de signaler une menace à la santé de la population provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible (LSP, art. 95).
- Les établissements de santé et de services sociaux (incluant les dirigeants des laboratoires d'hôpitaux) doivent signaler au directeur de santé publique de leur territoire les situations où ils ont des motifs sérieux de croire qu'il existe une menace à la santé des personnes qui fréquentent leurs installations (LSP, art. 93).

• Les ministères, les organismes gouvernementaux et les municipalités locales doivent signaler au directeur de santé publique du territoire concerné ou au DNSP les menaces à la santé de la population dont ils ont connaissance ou les situations qui leur donnent des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée (LSP, art. 92).

4.2.2 L'obligation de collaborer

- Si un établissement de santé et de services sociaux est avisé par le directeur de santé publique qu'une menace semble provenir d'une de ses installations, il doit sans délai prendre toutes les mesures requises pour vérifier ses installations et pratiques et, le cas échéant, corriger la situation. Les mesures prises doivent être communiquées sans délai au directeur de santé publique et au ministre (LSP, art. 99).
- Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis, dans le cours d'une enquête épidémiologique, qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au plan d'action régional de santé publique et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur (LSP, art. 97).
- Dans le contexte d'une enquête épidémiologique, les ministères, les municipalités ou les organismes qui disposent des pouvoirs d'inspection ou d'enquête nécessaires doivent procéder (LSP, art. 98) à la demande du directeur de santé publique. S'ils disposent de pouvoirs pour empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, en diminuer les effets ou l'éliminer et s'ils peuvent les exercer, ils doivent procéder (LSP, art. 107). Ils doivent transmettre les résultats au directeur de santé publique sans délai.
- Tout propriétaire ou possesseur d'une chose ou tout occupant d'un lieu doit, sur demande du directeur de santé publique, lui apporter toute l'assistance raisonnable et lui fournir tous les renseignements nécessaires pour lui permettre d'effectuer son enquête épidémiologique (LSP, art. 104)

4.2.3 La possibilité de faire un signalement

Un signalement peut être fait par toute personne qui fournit son identité. Par ailleurs, la LSP formalise le fait que certaines personnes œuvrant dans des organisations ont la possibilité de faire un signalement (LSP, art. 94) :

- Les directeurs d'établissements qui constituent des milieux de travail ou des milieux de vie (ex.: entreprises, établissements d'enseignement, centres de la petite enfance et autres services de garde, établissements de détention ou maisons d'hébergement) peuvent signaler au directeur de santé publique de leur territoire les situations où ils ont des motifs de croire qu'il existe une menace à la santé des personnes qui fréquentent ces endroits.
- Un professionnel de la santé œuvrant dans un tel établissement peut aussi signaler une telle situation au directeur de santé publique, sauf lorsqu'il s'agit d'un agent biologique sexuellement transmissible, qui ne peut être signalé que par un médecin (LSP, art. 95). Les directeurs de santé publique s'entendent néanmoins pour retenir la possibilité de prendre quand même en considération une information provenant d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin si elle indique une menace potentielle à la santé de la population. Le chapitre 7 sur le signalement lié aux ITS explique les balises et les interventions associées.

5. PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS

Les actions réalisées à la suite d'un signalement qui a permis d'identifier une menace doivent s'appuyer sur des considérations éthiques solides. Deux principes éthiques revêtent une importance particulière pour toutes les situations qui impliquent l'utilisation de données nominatives, telles que les actions de santé publique en protection, soit la confidentialité et les questions liées au respect de la vie privée. Ces deux principes sont intimement liés et souvent confondus puisque la confidentialité est une règle éthique qui, comme plusieurs autres, découle du principe du respect de la vie privée. Tous deux servent non pas à justifier une action, mais à définir les limites des interventions de santé publique.

En ce qui a trait à la notion de vie privée, rappelons que toute personne a le droit de définir les aspects de sa vie privée qu'elle accepte de divulguer en ce qui concerne, par exemple, son bagage héréditaire ou génétique, son état de santé ou une exposition antérieure à des risques pour la santé. La confidentialité, quant à elle, est le devoir qu'a une personne ou une organisation de garder de l'information privée recueillie auprès d'un individu lorsqu'elle n'a pas pour but une diffusion publique.

Le respect de la vie privée et la confidentialité doivent demeurer une préoccupation constante au cours de l'enquête épidémiologique, et ce, chaque fois que l'utilisation des informations personnelles est envisagée. On peut facilement percevoir les zones d'opposition possibles entre la nécessité de protéger la santé de l'ensemble de la population, qui peut demander la collecte et la communication de renseignements personnels, et la nécessité de respecter l'autonomie et le droit à la confidentialité des personnes. Au terme de l'évaluation de la situation, si la menace ne peut être exclue et qu'il est décidé d'entreprendre une enquête épidémiologique, les principes de confidentialité et de respect de la vie privée risquent d'être brimés, puisque des informations personnelles peuvent être nécessaires pour caractériser la situation et pour mener une intervention de protection efficace afin de prévenir de nouveaux cas. Les actions de santé publique doivent, dans de tels cas, tenir compte de ces deux grands principes éthiques, sans toutefois que cela nuise à la protection de la santé de la population. Une analyse rigoureuse de la situation et des mesures requises doit permettre de minimiser l'effet de ces dernières sur le respect de la confidentialité et de la vie privée des individus concernés.

La préoccupation du respect de la confidentialité s'applique non seulement aux renseignements personnels et confidentiels (LSP, art. 131) liés à une personne, mais également à ceux qui concernent des organisations ou des entreprises.

Pour obtenir plus de détails sur les considérations éthiques dont il faut tenir compte dans les interventions de santé publique, on pourra se référer au *Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique*²⁷.

^{27.} INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique, Québec, Institut national de santé publique, 2015.

6. PARTICULARITÉ DU CADRE LÉGAL EN SANTÉ AU TRAVAIL

En santé au travail, la CNESST est le partenaire privilégié qui participe, avec les directions de santé publique, au maintien de la santé et de la sécurité des travailleurs. Pour ce faire, elle vise la prise en charge de la santé et de la sécurité par les milieux de travail, indemnise les victimes de lésions professionnelles et veille à leur réadaptation. Elle inspecte les lieux de travail pour assurer le respect des droits et des obligations prévus par la LSST.

C'est par le biais d'une entente de gestion et d'imputabilité signée annuellement entre le Centre intégré de santé et de services sociaux ou le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux où se trouve le directeur de santé publique, et sa direction régionale que la CNESST attribue les budgets pour l'ensemble des ressources de santé au travail sous l'autorité du directeur de santé publique de la région.

En vertu de cette entente, le directeur de santé publique peut utiliser ses ressources du réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) afin de caractériser la situation dans tous les établissements de travail à la suite d'une maladie à déclaration obligatoire (MADO) ou d'un signalement, sans égard à leur appartenance ou non à un groupe prioritaire :

« Dans le contexte de l'offre de service du RSPSAT, certaines activités liées à la caractérisation environnementale de l'événement ainsi qu'aux enquêtes épidémiologiques pour des MADO ou à la suite d'un signalement d'une menace pour la santé, lorsque jugées nécessaires, seront faites par les ressources de santé au travail. Une fois l'événement caractérisé, le directeur de santé publique doit demander à l'autorité compétente, à la CNESST régionale, le cas échéant, d'intervenir pour prévenir la survenue de nouveaux cas similaires²⁸. »

La CNESST dispose et peut exercer des pouvoirs d'inspection ou d'enquête pour vérifier la présence d'un agent biologique, chimique ou physique pouvant constituer une menace à la santé de la population des travailleurs dans un milieu de travail sous sa juridiction, dans le cadre d'une enquête épidémiologique de santé publique (LSP, art 98). Ainsi, au cours de son enquête, le directeur de santé publique peut, si nécessaire, requérir l'intervention²⁹, de la CNESST pour l'utilisation des pouvoirs qui lui sont propres afin de compléter la caractérisation de la situation et pour l'application des interventions de protection qu'il juge nécessaires; dans un tel cas, la CNESST est tenue de l'aviser sans délai des résultats de son enquête, des actions entreprises et des résultats obtenus.

Une autre particularité de la LSST est l'obligation du « signalement de déficience » imposée au médecin responsable d'un établissement (milieu de travail) selon l'article 123 :

« Tout en respectant le caractère confidentiel du dossier médical et des procédés industriels, le médecin responsable doit signaler à la Commission, à l'employeur, aux travailleurs, à l'association accréditée, au comité de santé et de sécurité et au directeur de santé publique toute déficience dans les conditions de santé, de sécurité ou de salubrité susceptible de nécessiter une mesure de prévention. Il doit leur transmettre, sur demande, un rapport de ses activités. »

La nécessité d'harmoniser la pratique de ce type de signalement entre les régions a amené le RSPSAT, avec l'accord de la CNESST, à vouloir mieux encadrer cette démarche de signalement par la production d'un document en mars 2010³⁰. Les principaux éléments extraits de cette démarche et l'interprétation que l'on recommande d'en faire, par souci de cohérence avec le cheminement des signalements en santé publique, sont présentés à l'annexe 6.

29. Le directeur de santé publique considère que, lorsqu'il demande à la CNESST d'intervenir, il le fait à la suite des recommandations qu'il émet en suivi de la situation en cours.

^{28.} CNESST, Cahier des charges 2018 du programme des services de santé au travail, Québec, novembre 2017.

^{30.} RÉSEAU DE SANTÉ PUBLIQUE EN SANTÉ AU TRAVAIL, Démarche provinciale de signalement des déficiences susceptibles de nécessiter une mesure de prévention, Québec, Gouvernement du Québec – Préparé pour la Table de concertation nationale en santé au travail, mars 2010, 5 p.

7. SIGNALEMENT LIÉ AUX INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT

La modification de l'article 95 de la LSP en novembre 2009³¹ a rendu possible le signalement par un médecin d'une menace à la santé de la population provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible. Avant cet amendement, les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire (ITS-MADO) et les syndromes cliniques compatibles avec une ITS-MADO étaient déjà reconnus comme des menaces à la santé de la population³², permettant par le fait même l'utilisation des pouvoirs prévus à la LSP. Cet amendement à la loi est donc principalement utile pour les ITS non inscrites à la liste des MADO. Bien qu'il soit à prévoir que la majorité des signalements liés à un agent transmissible sexuellement concerne l'infection par le VIH, d'autres situations plus exceptionnelles pourraient être considérées comme un signalement, par exemple un agrégat d'ITS lié à un lieu ou à un facteur de risque nouveau.

Ce chapitre vise à préciser le processus de gestion d'un signalement dans le contexte d'un risque de transmission sexuelle de l'infection, mais ne prétend pas couvrir toutes les situations et tous les contextes exceptionnels qui pourraient survenir³³ et pour lesquels les aspects légaux et éthiques doivent encore être approfondis et évalués au cas par cas.

Certaines ITS peuvent également se transmettre de la mère à l'enfant dans le contexte de la grossesse et de l'allaitement ou par contact avec du sang contaminé. Ces situations, bien qu'elles doivent être prises en considération dans l'évaluation, ne seront pas abordées précisément dans ce chapitre. Pour un signalement spécifiquement lié à un risque de transmission verticale ou par le sang, il est suggéré de se référer aux notions générales présentées dans les chapitres précédents.

7.1 OBJET D'UN SIGNALEMENT LIÉ À UNE ITS

Lorsqu'il y a une menace à la santé liée à une ITS, celle-ci résulte habituellement du comportement sexuel actuel de la personne infectée et n'est pas uniquement liée à la présence d'une infection.

Dans le cas d'une menace antérieure qui n'est plus présente, le directeur de santé publique privilégiera d'autres interventions de santé publique selon les modalités habituelles, telles que l'intervention préventive auprès des personnes atteintes et auprès de leurs partenaires (IPPAP), pour joindre les partenaires³⁴ qui ont été exposés dans le passé.

^{31.} Article 95 : « Les signalements faits en vertu des dispositions du présent chapitre ne permettent pas à celui qui l'effectue de dévoiler des renseignements personnels ou confidentiels, à moins qu'après évaluation de la situation, l'autorité de santé publique concernée ne les exige dans l'exercice des pouvoirs prévus au chapitre XI. Les dispositions des articles du présent chapitre ne peuvent être utilisées pour permettre à un ministère, un organisme, une municipalité locale, un établissement de santé et de services sociaux, un directeur d'établissement ou un professionnel de la santé, à l'exception d'un médecin, de signaler une menace à la santé de la population provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible. » (Gouvernement du Québec, 2009).

^{32.} Les ITS-MADO correspondent aux critères de l'article 2 du Règlement d'application de la Loi sur la santé publique. De plus, selon l'article 82 de la LSP, il est possible de déclarer les syndromes cliniques compatibles avec une ITS-MADO: « Sont tenus de faire une déclaration, dans les cas prévus aux règlements du ministre : tout médecin qui diagnostique une intoxication, une infection ou une maladie inscrite à la liste ou qui constate la présence de signes caractéristiques de l'une de ces intoxications, infections ou maladies, chez les personnes vivantes ou décédées. »

^{33.} Les informations liées à de telles situations, plus rares, devraient éventuellement être partagées entre les régions pour permettre le développement d'une meilleure compréhension et d'une approche commune.

^{34.} Le terme « partenaire » utilisé dans ce document devrait être utilisé avec réserve dans des contextes de contacts sexuels non consentis.

Ainsi, au moment de l'analyse préliminaire, l'intervenant de santé publique pourra se référer aux deux guides suivants traitant de l'intervention préventive auprès d'une personne atteinte d'une ITS et auprès de ses partenaires (IPPAP) :

- Guide d'intervention : les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire (IPPAP-ITS)³⁵;
- Guide pour le soutien à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection par le VIH et auprès de leurs partenaires (IPPAP-VIH)³⁶.

Au terme de l'analyse préliminaire, si l'intervenant de santé publique considère qu'avec les informations recueillies à cette étape, il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population pourrait être menacée, une enquête épidémiologique peut être amorcée.

Pour les menaces potentielles à la santé liées à l'infection par le VIH, à tout moment, l'intervenant de santé publique peut obtenir du soutien. Dans le cadre de l'offre de soutien national lors de **situations complexes de VIH**, l'INSPQ pourra soutenir :

- l'évaluation du risque de transmission du VIH;
- l'évaluation des aspects cliniques, juridiques et éthiques;
- la détermination de pistes d'intervention.

7.2 BALISES D'UN SIGNALEMENT LIÉ À UNE ITS

Lors d'une consultation auprès de directeurs de santé publique en mai 2012, les directeurs présents ont discuté des répercussions de la modification de l'article 95 de la LSP. Bien que la loi exclue le signalement provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible par des personnes autres que les médecins, il leur a semblé prudent de considérer une information provenant d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin si elle indique une menace potentielle à la santé de la population.

Si l'information reçue ne peut être d'emblée traitée comme une menace et justifier l'exercice des pouvoirs qui y sont associés, des interventions peuvent être menées par le professionnel de santé publique qui reçoit une telle information. Par exemple, le professionnel de santé publique pourra aider le demandeur à évaluer le risque de transmission, l'outiller pour qu'il réalise une intervention préventive adaptée aux besoins de la personne (ex. : counseling sur la réduction des risques, IPPAP-VIH, intervention auprès d'une personne qui ne prend pas les précautions pour prévenir la transmission du VIH) ou l'orienter vers des ressources. En l'absence de signalement d'un médecin, seules des mesures « volontaires » (voir la section 7.3.2) pourraient être prises dans le cadre de ces démarches. Dans les cas où ces mesures ne permettraient pas de résoudre une menace à la santé, un signalement par un médecin sera nécessaire pour permettre l'exercice des pouvoirs d'autorité de la santé publique. Une démarche pourrait ainsi être faite auprès du médecin concerné pour valider la possibilité qu'il fasse un signalement.

^{35.} MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Guide d'intervention : les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire, Québec, 2014.

^{36.} MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Guide pour le soutien à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection par le VIH et auprès de leurs partenaires, Québec, 2017.

Même si le VIH n'est pas une MADO au Québec, à moins que la personne ait donné ou reçu du sang, des cellules, des tissus ou des organes (biovigilance), on relève une situation particulière qui fait déjà l'objet d'un signalement systématique à la santé publique. Il s'agit de la réception d'information d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada concernant l'infection au VIH d'un immigrant provenant d'un pays où la tuberculose est endémique. Des modalités d'intervention sont déjà prévues à cet effet (annexe 7) sans toutefois qu'une enquête épidémiologique soit menée systématiquement.

7.3 PARTICULARITÉ DU CHEMINEMENT D'UN SIGNALEMENT LIÉ À UNE ITS

Cette section présente de façon particulière les éléments du signalement lié à une ITS qui diffèrent du <u>chapitre 4</u> du présent document ou qui nécessitent des précisions.

7.3.1 Caractérisation de la situation

Le directeur de santé publique procède à l'évaluation du risque en fonction de la probabilité de transmission de l'infection, de la gravité de la maladie, de l'existence de mesures préventives, de traitements efficaces, etc.

Parmi les informations à obtenir sur la situation, l'intervenant de santé publique évaluera le risque actuel de transmission sexuelle de l'infection en fonction du type d'activités sexuelles, de l'utilisation de mesures de protection, du suivi clinique et de l'efficacité du traitement.

Étant donné que certaines ITS sont également transmissibles par le sang ou de la mère à l'enfant, une évaluation de ces modes de transmission est importante pour obtenir une description complète de la situation.

7.3.2 Intervention de protection

Principes généraux

Une caractéristique fondamentale de l'intervention de santé publique en matière de menace à la santé provenant d'une ITS est que **l'approche est graduée et proportionnelle au risque de transmission**^{37,38}. En effet, le rôle du réseau de la santé publique est de protéger la santé de la population, et non de punir les individus³⁹. La distinction doit être faite entre les mesures coercitives inscrites dans la LSP comme leviers en cas de menace et la criminalisation, qui fait référence à l'application d'autres lois de responsabilité civile ou criminelle⁴⁰. L'utilisation des mesures préventives est à privilégier, alors que les mesures coercitives prévues à la LSP

^{37.} R. BESSNER, « Non-divulgation de sa séropositivité à l'égard du VIH/Sida : conclusions d'un groupe de travail d'experts », Canada Communicable Disease Report/Relevé des maladies transmissibles au Canada (CCDR/RMTC), vol. 31, nº 5, 1er mars 2005.

^{38.} AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH, 2012.

^{39.} CALGARY HEALTH REGION, Management of unwilling/unable persons with HIV, janvier 2003.

^{40.} En octobre 2012, la Cour suprême du Canada a rendu son jugement dans les affaires D.C. et Mabior. La Cour a statué que les PVVIH ont l'obligation légale de divulguer leur séropositivité au VIH à leurs partenaires avant d'avoir des rapports sexuels comportant une « possibilité réaliste de transmission du VIH ». La Cour a conclu qu'il n'y a pas de « possibilité réaliste de transmission du VIH » lors d'une pénétration vaginale avec port du condom et que la charge virale de la personne séropositive est faible (moins de 1500 copies/ml) ou indétectable (moins de 50 copies/ml). En outre, la Cour a précisé qu'il faut tenir compte des futures avancées de la science médicale en matière de transmission du VIH pour déterminer s'il existe une « possibilité réaliste de transmission ». Des données récentes permettent de préciser que le risque est négligeable et que le critère de la « possibilité réaliste de transmission du VIH » n'est pas satisfait lorsque la personne vivant avec le VIH prend un traitement antirétroviral comme prescrit et que sa charge virale, mesurée par des analyses consécutives de laboratoire tous les quatre à six mois, se maintient à moins de 200 copies par millilitre de sang (voir la position ministérielle L'effet du traitement des personnes vivant avec le VIH sur le risque de transmission sexuelle de l'infection). Dans ces circonstances, des poursuites criminelles ne seraient donc pas justifiées.

demeurent exceptionnelles, bien qu'elles puissent parfois s'avérer nécessaires. Dans le cadre d'une menace à la santé provenant d'une ITS, l'intervention a donc pour but premier d'empêcher ou de limiter la transmission de la maladie. Par exemple, la littérature provenant de travaux auprès des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) semble démontrer que le counseling préventif favorise l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires^{41,42}.

Par ailleurs, « les interventions en santé publique doivent concilier les droits de l'individu avec le devoir de protéger la population⁴³ ». Il est entendu que la responsabilité de se protéger pour prévenir la transmission des ITS est partagée par les deux partenaires. Cela dit, si une personne a un comportement à risque et dévoile son statut à l'égard d'une ITS à un partenaire sexuel, le professionnel de la santé devrait néanmoins conseiller à la personne infectée de modifier le comportement à risque⁴⁴.

Le droit à la confidentialité est fondamental dans la relation patient-médecin. Cependant, il n'est pas absolu. Dans certaines situations, le dévoilement de certaines informations sans le consentement du patient peut être justifié, même requis (voir plus loin la section Niveau 2 : Notification de partenaire sans consentement)⁴⁵.

Niveaux d'intervention

Trois niveaux d'intervention sont suggérés selon une approche graduée en fonction du risque établi (annexe 9, sections A et B). Ils sont déterminés selon l'information obtenue du patient et des professionnels de la santé. Afin de mieux choisir le type d'intervention approprié, l'intervenant de santé publique pourra colliger plusieurs informations sur la situation, telles que le type de partenaires exposés (ex.: régulier, occasionnel), la vulnérabilité de la personne atteinte et de ses partenaires, le dévoilement du statut de la personne atteinte à ses partenaires, la présence de problèmes de santé physique ou mentale, le réseau professionnel disponible auprès de la personne atteinte ainsi que la description des interventions déjà mises en place.

Le premier niveau, soit les « mesures volontaires », s'applique à tout signalement ITS retenu. Le niveau 2 (Notification sans consentement) et le niveau 3 (Ordonnance de santé publique) sont des mesures plus contraignantes qui peuvent être utilisées lorsqu'elles s'avèrent nécessaires. Les interventions des niveaux 1 et 2 sont généralement réalisées par l'équipe traitante, mais pourraient dans certaines situations impliquer les professionnels de santé publique. Les trois niveaux ne suivent pas nécessairement un ordre linéaire ou unidirectionnel. Par exemple, il peut être justifié de passer directement du niveau 1 au niveau 3 selon les circonstances. De plus, les interventions liées aux différents niveaux peuvent se dérouler simultanément.

^{41.} N. CREPAZ, et autres, « Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials », AIDS, 2006, 20(2): p. 143-157.

^{42.} T. HOXWORTH, et autres, « Changes in partnerships and HIV risk behaviors after partner notification », Sexually Transmitted Diseases, 2003, 30 (1): p. 83-88.

^{43.} CALGARY HEALTH REGION, Management of unwilling/unable persons with HIV, janvier 2003.

^{44.} R. BESSNER, « Non-divulgation de sa séropositivité à l'égard du VIH/Sida : conclusions d'un groupe de travail d'experts », Canada Communicable Disease Report/Relevé des maladies transmissibles au Canada (CCDR/RMTC), vol. 31, n° 5, 1er mars 2005.

^{45.} BC CENTRE FOR DISEASE CONTROL, Guidelines for medical health officers: Approach to people with HIV/AIDS who may pose a risk of harm to others, décembre 2010.

Niveau 1 : Mesures volontaires

Les mesures volontaires comprennent les aspects suivants, selon la situation :

- Le counseling préventif est un processus de communication centré sur la personne qui cible un problème particulier ou des objectifs de santé. Dans la lutte aux ITS, le counseling⁴⁶ vise à :
 - favoriser l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires;
 - soutenir la prise de décision quant à l'immunisation et au dépistage;
 - créer des conditions favorables au succès du traitement de l'infection:
 - favoriser la participation de la personne atteinte à la démarche visant l'intervention préventive auprès de ses partenaires.
- L'intervention préventive auprès de la personne atteinte concernant les partenaires à joindre (IPPAP) vise à :
 - éviter la réinfection du cas-index (sauf pour le VIH);
 - prévenir les complications associées à une infection non traitée en offrant un traitement précoce aux partenaires;
 - briser la chaîne de transmission dans la communauté.
- L'accompagnement au dévoilement peut être pertinent selon l'évaluation de la situation. Le dévoilement est une démarche délicate et complexe qui s'inscrit dans le processus global d'adaptation au VIH⁴⁷. À lui seul, le dévoilement ne prévient pas la transmission du VIH⁴⁸. Par contre, il peut s'inscrire dans un processus de prévention et de gestion des risques^{49,50} dans lequel les deux partenaires ont une responsabilité. Le terme « dévoiler » fait référence à « révéler, expliquer, porter à la connaissance de quelqu'un ce qui était caché ou qui n'était pas connu⁵¹ ». Le dévoilement fait généralement référence à une personne séropositive qui informe une autre personne de son statut sérologique (VIH, herpès). Cette démarche, sans se limiter à eux, inclut les partenaires sexuels ou de consommation de drogues. Le dévoilement diffère de l'IPPAP. Lors du dévoilement, la personne se sait atteinte et informe son ou ses partenaires actuels. Lors de l'IPPAP, la personne informe son ou ses partenaires actuels ou anciens qu'ils ont pu être exposés à une infection qu'elle ignorait au moment de l'exposition (par exemple, lors de la relation sexuelle).

Le counseling préventif et l'IPPAP peuvent se réaliser en une ou plusieurs rencontres. Les interventions peuvent se dérouler selon le modèle de l'entretien motivationnel et inclure l'établissement d'une entente verbale ou écrite. L'entretien motivationnel est une approche visant le changement d'un comportement à risque et « permet au professionnel d'orienter la discussion avec la personne qui le consulte de façon à ce qu'elle en vienne à exprimer elle-même ce qui l'amènerait à opter pour le changement et ainsi susciter ou renforcer son intention de le faire ⁵² ».

^{46.} MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Guide d'intervention : les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire, MSSS, 2014.

^{47.} J.R. HULT, J. WRUBEL, R. BRÄNSTRÖM, M. ACREE et J.T. MOSKOWITZ, « Disclosure and nondisclosure among people newly diagnosed with HIV: an analysis from a stress and coping perspective », *AIDS Patient Care STDs*, 2012, March, 26(3):181-90.

^{48.} B.D. ADAM, « HIV disclosure as practice and public policy », Critical Public Health, 2014, 1-12.

^{49.} J.T. PARSONS, E.W. SCHRIMSHAW, D.S. BIMBI, et autres, « Consistent, inconsistent, and non-disclosure to casual sex partners among HIV-seropositive gay and bisexual men », AIDS, 2005;19:S87-S97.

^{50.} THE HEALTHY LIVING PROJECT TEAM, « Effects of a behavioral intervention to reduce risk of transmission among people living with HIV: the Healthy Living Project randomized controlled study », *Journal of AIDS*, 2006; 44:213-221.
51. Dictionnaire de français Larousse:

http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9voiler/25034?q=d%C3%A9voiler#24916.

^{52.} Patrick BERTHIAUME et Dominique FORTIER, «L'entretien motivationnel », *Perspectives infirmières*, mars-avril 2012, p. 34-37.

Afin d'outiller le médecin traitant et son équipe sur les mesures volontaires, plusieurs documents sont disponibles sur le site Internet du ministère au www.msss.gouv.qc.ca/itss à la section « publications », onglet « Sujets », rubrique « ITSS et ITS » :

- 1. Guide québécois de dépistage des ITSS
- 2. Estimation du risque associé aux activités sexuelles
- 3. Vaccination et ITSS
- 4. Les partenaires sexuels, il faut s'en occuper! Aide-mémoire court à l'intention des professionnels de la santé
- 5. Liste de dépliants et de brochures à l'intention des patients
- 6. Liste de ressources ou de sites Internet pour les professionnels, le grand public et les personnes atteintes d'une ITSS
- 7. Traitement pharmacologique des ITS : guides cliniques de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Niveau 1A

Les mesures volontaires sont d'abord sous la responsabilité du médecin traitant et de son équipe. La direction de santé publique soutient le médecin traitant si nécessaire, comme dans le cas des ITS-MADO, en lui fournissant de l'expertise-conseil ainsi que des guides, des outils, des ressources, etc., afin d'établir des pistes d'intervention.

Niveau 1B

Lors de situations particulières, le directeur de santé publique pourrait procéder à l'intervention, s'il le juge nécessaire. Les modalités d'application seront adaptées par chacune des directions de santé publique, notamment en mettant en place des corridors de service ou en procédant à l'intervention directement, selon les modalités régionales établies.

Niveau 2: Notification au partenaire sans consentement⁵³

Il est important de mentionner de nouveau que le droit au secret professionnel est garanti par la Charte des droits et libertés de la personne et qu'il n'est permis de déroger à ce principe qu'avec le consentement du patient ou si la loi le prévoit ou l'ordonne. L'article 60.4⁵⁴ du Code des professions réitère d'ailleurs ce principe. De plus, il spécifie qu'un professionnel « pourra communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ».

Le Code de déontologie des médecins prévoit l'obligation pour le médecin d'aviser les autorités de santé publique quand il a un motif de croire que la santé de la population ou d'un individu est menacée (art. 40)⁵⁵.

Par ailleurs, l'article 20(5) du Code de déontologie des médecins précise qu'un médecin peut divulguer des faits ou confidences dont il a eu personnellement connaissance lorsque le patient l'autorise ou lorsque la loi l'ordonne, ou « lorsqu'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage ». Tel pourrait être le cas pour le signalement d'un risque élevé de transmission pour les partenaires d'une personne infectée par une ITS.

De plus, conformément à l'article 20(9) du Code de déontologie des médecins, le médecin doit documenter dans le dossier du patient toute communication faite à un tiers, avec ou sans le consentement du patient, d'un renseignement protégé par le secret professionnel. Lorsque la communication vise à prévenir un acte de violence, dont un suicide, le médecin doit en outre indiquer dans le dossier les éléments mentionnés à l'article 21 du Code de déontologie. Le médecin est invité à discuter de la situation avec le Collège des médecins du Québec avant de procéder à la notification sans consentement.

Par conséquent, la décision de procéder à la notification au partenaire sans le consentement du patient infecté demeure une situation exceptionnelle. Elle ne devrait être envisagée par le professionnel qu'en dernier recours et qu'après une série d'interventions auprès de la personne infectée pour l'amener à informer son ou ses partenaires.

Certaines situations pourraient le nécessiter, par exemple lorsque le partenaire non informé est continuellement exposé à un risque élevé par la personne infectée et que celle-ci, malgré une série d'interventions, continue de refuser de l'informer.

Dans tous les cas, la notification ne doit permettre de révéler que ce qui est nécessaire pour protéger le partenaire. Par conséquent, l'identité de la personne infectée doit parfois être dévoilée. Elle pourrait dans certains cas être déduite, par exemple si le partenaire informé n'a eu des relations qu'avec la personne infectée. Toutefois, le professionnel ne confirmera pas cette déduction. De plus, tous les moyens raisonnables pour informer la personne infectée devront être pris, notamment l'avis par écrit, avant de procéder à la notification sans consentement.

L'<u>annexe 8</u> dresse une liste d'éléments devant être pris en considération ainsi qu'une suggestion de libellé pour la rédaction de la lettre transmise à la personne infectée.

Pour des personnes exposées dans le passé, pour lesquelles il n'y a plus de risque actuel de transmission, la notification sans consentement n'est généralement pas l'intervention privilégiée. Le professionnel de santé aura davantage recours à des interventions comme l'IPPAP.

^{53.} Cette section a été commentée par le Collège des médecins du Québec.

^{54.} PUBLICATIONS DU QUÉBEC, Code des professions, L.R.Q., chapitre C-26, à jour au 1^{er} mars 2015, Québec, Éditeur officiel du Québec.

^{55.} COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, Code de déontologie des médecins, RLRQ.,c. M-9, r. 17, à jour au 1er mars 2017.

Niveau 2A

En règle générale, le secret professionnel doit être protégé. Par contre, le médecin traitant peut être relevé du secret professionnel dans certaines circonstances exceptionnelles^{56,57}. En dernier recours et après une série d'interventions auprès de la personne infectée pour l'amener à informer son ou ses partenaires, le médecin traitant pourrait décider de procéder à la notification à un ou à une partenaire sans le consentement de la personne infectée.

Niveau 2B

La direction de santé publique soutient le médecin traitant lorsque c'est nécessaire. Dans des circonstances exceptionnelles, si l'équipe traitante n'a pas pu réaliser la notification sans consentement, le directeur de santé publique pourrait procéder à celle-ci après avoir reçu l'autorisation du DNSP (LSP, art. 133).

Niveau 3 : Ordonnance de santé publique

Lorsque les mesures volontaires sont insuffisantes pour contrôler une menace, le directeur de santé publique a la possibilité de rédiger une ordonnance de santé publique si celle-ci est plus susceptible de réduire le risque de transmission de l'infection :

- Première ordonnance de santé publique (LSP, art. 100 et 106): lettre qui définit le comportement attendu.
- Deuxième ordonnance de santé publique (LSP, art. 100 et 103): lettre énonçant des conditions qui limitent davantage le comportement de la personne et annonce les conséquences possibles à un non-respect des conditions.

Après deux ordonnances de santé publique, dans les situations où le directeur de santé publique sait que le risque persiste et que, malgré le soutien offert, la personne continue d'exposer les autres à des risques, une ordonnance de cour pourrait être demandée (LSP, art. 105).

Modalités d'application de l'intervention

Pour les ITS incluses dans la liste des MADO, l'intervention peut prendre la forme d'un signalement, par exemple dans le cas d'un agrégat d'ITS-MADO lié à un lieu ou à un facteur de risque nouveau. Pour les situations où les cas d'ITS-MADO sont connus, il s'agit plutôt d'une déclaration et l'intervention de santé publique suivra les guides et offres de services de base (OSB) en vigueur. Si on se trouve en présence d'une situation particulière dépassant le cadre habituel d'intervention pour une MADO, l'intervention de santé publique pourra se situer à tous les niveaux (niveaux 1, 2 et 3) si nécessaire.

Pour les syndromes cliniques compatibles avec une ITS incluse ou non dans la liste des MADO, généralement l'intervention de santé publique se limitera aux mesures volontaires (niveau 1). Si des mesures coercitives (niveaux 2 et 3) sont nécessaires, elles ne devront se faire qu'après la confirmation du diagnostic. Un ordre de cour pourrait être envisagé de façon exceptionnelle si la personne refuse les mesures requises pour la confirmation du diagnostic par l'intermédiaire de la LSP (art. 100.9 et 102).

^{56.} Le Code des professions précise que le professionnel peut être relevé du secret professionnel « en vue de prévenir un acte de violence [...] lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ».

^{57.} Le Code de déontologie permet notamment, « s'il y a une raison impérative et juste ayant trait à la santé ou la sécurité du patient ou de son entourage », de divulguer des faits dont il a eu personnellement connaissance dans l'exercice de sa profession.

Pour l'infection par le VIH, dans certaines situations, le comportement d'une PVVIH peut représenter une menace à la santé. Dans ces situations, l'intervention de santé publique sera modulée selon le niveau de risque et tiendra compte notamment des pratiques sexuelles, de l'observance du traitement antirétroviral, de la charge virale ou de la présence d'une autre ITS. Pour l'infection par le virus de l'herpès simplex (génital) ou par le virus du papillome humain (génital), l'intervention de santé publique se limitera aux mesures volontaires (niveau 1).

Les renseignements personnels ou confidentiels (coordonnées de la personne pouvant être à l'origine de la menace) ne sont recueillis que s'ils sont requis pour poursuivre l'intervention de santé publique, soit aux niveaux 1B, 2B ou 3. Si l'analyse préliminaire ne démontre pas une menace à la santé de la population ou que l'intervention (niveau 1A ou 2A) est faite par le médecin traitant ou son équipe, les renseignements personnels ou confidentiels ne devraient pas apparaître au dossier de santé publique.

L'annexe 9, section A, décrit les interventions de santé publique possibles lors d'une menace liée à une ITS, pour les ITS incluses ou non incluses dans la liste des MADO, selon le niveau de risque établi. Certains facteurs sont à prendre en considération lorsque l'intervention de santé publique est nécessaire, tels que la fréquence de l'infection, la morbidité et la mortalité liées à l'infection, le risque de transmission associé aux comportements et leur récurrence, la vulnérabilité de la personne infectée et des personnes exposées (ex. : enfant), la réaction de la personne à l'intervention (ex. : idéations suicidaires), etc. Le directeur de santé publique pourrait décider de ne pas recourir à des interventions contraignantes ou de les retarder, par exemple si le dévoilement peut compromettre la sécurité d'un individu (cas-index, proche, médecin traitant, etc.)⁵⁸.

Toute situation est particulière et nécessite une intervention adaptée, qui sera graduée et proportionnelle au niveau de risque de transmission établi. Afin d'aider les directions de santé publique à déterminer le niveau d'intervention approprié pour la situation, on présente certaines positions générales en concordance avec les recommandations du Comité consultatif fédéral-provincial territorial sur le VIH/sida⁵⁹:

- Peu importe le niveau de risque, si la personne dévoile son infection à ses partenaires et continue de le faire avant d'avoir des activités comportant un risque de transmission de l'infection, des mesures coercitives ne sont généralement pas indiquées. Les interventions volontaires, incluant le counseling, sont toujours appropriées.
- S'il n'y a pas de risque de transmission établi et que la personne ne dévoile pas son infection à ses partenaires, les seules interventions appropriées seront les interventions volontaires, incluant le counseling.
- Si un risque négligeable ou très faible ou un risque faible de transmission est établi et que la personne ne dévoile pas son infection à ses partenaires, il sera généralement approprié de s'en tenir aux interventions volontaires, incluant le counseling.
- Si un risque élevé de transmission est établi et que la personne ne dévoile pas son infection à ses partenaires, les interventions volontaires devraient être priorisées et des interventions plus contraignantes pourraient s'appliquer selon la situation de manière graduelle.

59. R. BESSNER, « Non-divulgation de sa séropositivité à l'égard du VIH/Sida : conclusions d'un groupe de travail d'experts », Canada Communicable Disease Report/Relevé des maladies transmissibles au Canada (CCDR/RMTC), vol. 31, nº 5, 1^{er} mars 2005.

30

^{58.} BC CENTRE FOR DISEASE CONTROL, Guidelines for medical health officers: Approach to people with HIV/AIDS who may pose a risk of harm to others, décembre 2010.

8. CONCLUSION

L'introduction de la notion de signalement à la LSP en 2001 et son amendement en 2009 pour y inclure le signalement des ITS par les médecins, de même que l'expérience et les travaux réalisés depuis par les directions de santé publique, ont suscité le besoin de s'assurer d'une compréhension commune et cohérente de ce concept.

Le signalement s'ajoute aux autres sources de renseignements permettant d'identifier une menace (LSP, art. 96 – MADO, MCI survenues après la vaccination) nécessaires au directeur de santé publique afin qu'il puisse exercer une vigie sanitaire ou procéder à une enquête épidémiologique (caractérisation de la situation ou intervention de protection) pour éliminer ou contrôler les menaces, lorsqu'il le juge nécessaire.

Ce cadre d'interprétation et de gestion des signalements en santé publique permet d'orienter les directions de santé publique dans la réception et le traitement de l'information communiquée par des tiers, pouvant permettre d'identifier des menaces à la santé. Il donne les balises pour analyser ces signalements, déterminer s'il y a présence ou non d'une menace réelle ou appréhendée à la santé et orienter les démarches de caractérisation de la situation et d'intervention de protection qui peuvent s'ensuivre, en tenant compte des responsabilités respectives des parties prenantes. D'autres guides et documents viennent encadrer et préciser les balises d'enquête et d'intervention. Ce cadre d'interprétation permet aussi d'assurer une approche harmonisée, entre les régions sociosanitaires, pour la gestion des risques et des menaces pour la santé, activité qui s'inscrit dans l'axe 4 du PNSP 2015-2025.

Au cours des prochaines années, l'utilisation de ce cadre sera priorisée. Par la suite, des outils permettant de préciser la démarche et les interventions pourront être conçus pour former les intervenants et soutenir son application.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. *Control of Communicable Diseases Manual*, Washington, David L. Heymann editor, 18^e édition, 2004.

BC CENTRE FOR DISEASE CONTROL. Guidelines for medical health officers: Approach to people with HIV/AIDS who may pose a risk of harm to others, décembre 2010.

BERTHIAUME, Patrick, et Dominique FORTIER. « L'entretien motivationnel », *Perspectives infirmières*, mars-avril 2012, p. 34-37.

BESSNER, R. « Non-divulgation de sa séropositivité à l'égard du VIH/Sida : conclusions d'un groupe de travail d'experts », *Canada Communicable Disease Report/Relevé des maladies transmissibles au Canada (CCDR/RMTC)*, vol. 31, n° 5, 1^{er} mars 2005.

CALGARY HEALTH REGION. Management of unwilling/unable persons with HIV, janvier 2003.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. Code de déontologie des médecins, RLRQ., c. M-9, r. 17, CMQ. Disponible en ligne. [http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-code-de-deontologie-des-medecins.pdf?t=1502896167632].

COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCUTIRÉT DU TRAVAIL. Cahier des charges 2018 du programme des services de santé au travail, Québec, novembre 2017.

COUR SUPRÊME DU CANADA. R. c. Mabior, 2012 CSC 47.

COUR SUPRÊME DU CANADA. R. c. D.C., 2012 CSC 48, [2012] 2 R.C.S. 626.

GIESECKE, J. *Modern Infectious Disease Epidemiology*, USA, Oxford University Press, 2^e édition, 2002.

GOVERNMENT OF ALBERTA. HIV-Positive individuals who are unwilling or unable to prevent the spread of HIV in Alberta – A report by Alberta's Chief Medical Officer of Health, février 2015.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique, Québec, Institut national de santé publique, 2003.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence, Québec, Institut national de santé publique, 2016. [En ligne]. [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2106_gestion_risques_sante_publique.pdf].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. La surveillance continue de l'état de santé de la population : une synthèse, Québec, Gouvernement du Québec, 2003. [En ligne]. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1233 Surveillance continue sante population.pdf].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique, Québec, Institut national de santé publique, 2015. Disponible en ligne.

[https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2010_Referentiel_Valeurs_Analyse_Ethique.pdf].

LAST, J.M. Dictionnaire d'épidémiologie, Paris, Maloine, 2004.

Le Petit Larousse illustré, Paris, Larousse, 2002.

Le nouveau Petit Robert de la langue française, Paris, Dictionnaires Le Robert, 2008.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population, Québec, 2008. [En ligne].

[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-209-07F.pdf].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Démarche provinciale de signalement des déficiences susceptibles de nécessiter une mesure de prévention, Québec, Gouvernement du Québec – Réseau de santé publique en santé au travail, mars 2010, 5 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Estimation du risque associé aux activités sexuelles, Québec, 2010

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Guide de traitement des déclarations de maladies à déclaration obligatoire (MADO) et des signalements d'origine chimique ou physique, Québec, Gouvernement du Québec, 2012. [En ligne]. [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-268-05W.pdf].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Guide d'intervention : les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire, Québec, 2014.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Guide pour le soutien à l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection par le VIH et auprès de leurs partenaires, Québec, 2017.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. La surveillance et la vigie sanitaire reliées aux agents chimiques, physiques et biologiques en santé au travail, en santé environnementale et en toxicologie humaine : similitudes et différences, Québec, Gouvernement du Québec, 2014. [En ligne].

[http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000133/].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Mieux comprendre la Loi sur la santé publique*, Québec, Gouvernement du Québec, 2002. [En ligne].

[http://politiquespubliques.inspq.qc.ca/fichier.php/524/Mieuxcomprendrelaloisurlasantepublique.pdf].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Programme national de santé publique 2015-2025, Québec, 2015. [En ligne].

[http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf].

PUBLICATIONS DU QUÉBEC. Charte des droits et libertés de la personne, chapitre C-12, à jour au 1^{er} mars 2015, Québec, Éditeur officiel du Québec.

PUBLICATIONS DU QUÉBEC. Code civil du Québec, L.Q., chapitre 64, à jour au 1^{er} mars 2015, Québec, Éditeur officiel du Québec.

PUBLICATIONS DU QUÉBEC. Code de déontologie des infirmières et infirmiers, chapitre I-8, r. 9, à jour au 1^{er} mars 2017, Québec, Éditeur officiel du Québec.

PUBLICATIONS DU QUÉBEC. Code des professions, L.R.Q., chapitre C-26, à jour au 1^{er} mars 2015, Québec, Éditeur officiel du Québec.

PUBLICATIONS DU QUÉBEC. Loi sur la santé et la sécurité du travail, L.R.Q, chapitre S-2.1, à jour au 1^{er} septembre 2017, Québec, Éditeur officiel du Québec.

PUBLICATIONS DU QUÉBEC. Loi sur la santé publique, L.R.Q, chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} septembre 2017, Québec, Éditeur officiel du Québec.

PUBLICATIONS DU QUÉBEC. Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} mars 2015, Québec, Éditeur officiel du Québec.

RIOUX, Y. Le signalement dans la Loi sur la santé publique : notions juridiques, scientifiques et éthiques entourant le signalement et les interventions de santé publique en découlant, Essai de maîtrise présenté à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, 2007.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA. *La transmission du VIH : guide d'évaluation du risque*, 5^e édition. 2005, 72 p.

WALLACE, R.B. Public Health and Preventive Medicine, USA, Prentice Hall, 14e édition, 1993.

ANNEXE 1 – DÉFINITION DE « MENACE À LA SANTÉ » EN LIEN AVEC LES AGENTS BIOLOGIQUES⁶⁰

Source : Yolaine RIOUX, Le signalement dans la Loi sur la santé publique : notions juridiques, scientifiques et éthiques entourant le signalement et les interventions de santé publique en découlant, Essai de maîtrise présenté à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, 2007⁶¹.

Afin de mieux comprendre la notion de signalement et de lui donner un sens légal, scientifique et éthique, il convient d'abord, selon nous, d'examiner plus à fond la notion de menace à la santé. La notion de menace à la santé est définie à l'article 2 de la LSP de la façon suivante :

 « [...] on entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée. »

Voyons comment nous pouvons analyser cette définition.

• « La présence [...] d'un agent biologique [...] »

La LSP dans sa définition d'une menace à la santé indique la présence nécessaire d'un agent biologique. De toute évidence, le législateur fait référence à l'ensemble des micro-organismes compris les organismes génétiquement recombinés, les prions et les cultures cellulaires susceptibles de provoquer une infection, une allergie ou une intoxication. Tout organisme ou micro-organisme susceptible de causer de telles affections se doit donc d'être considéré, qu'il soit connu ou inconnu jusqu'alors.

• « ...susceptible... »

Le législateur a donc voulu ici prévoir la menace réelle ou avérée. En effet, en ajoutant le qualificatif de « susceptible », le législateur a souhaité apporter une nuance d'incertitude qu'il sera important de considérer lorsque nous parlerons des pouvoirs et devoirs du directeur de santé publique ainsi que du processus de gestion des risques.

Le Petit Larousse illustré définit ainsi le terme « susceptible » :

 « adj., <u>capable</u> d'acquérir certaines qualités, de subir certaines modifications, <u>de produire un effet</u>, <u>d'accomplir</u> un acte⁶³ ».

[Nous soulignons]

La finalité et les objectifs de la protection de la santé publique sont de protéger la population. En ajoutant les mots « susceptible de causer », le législateur a même assuré qu'une intervention de santé publique pouvait être prise en présence d'une menace réelle ou <u>appréhendée.</u>

^{60.} Cet essai de maîtrise a été réalisé dans le but d'approfondir, entre autres, la notion de la menace à la santé, tout en se limitant aux agents biologiques. Cette analyse peut être utile pour les menaces liées aux agents chimiques ou physiques, avec les adaptations nécessaires.

^{61.} Le texte de l'encadré reprend textuellement des extraits du document en question et n'a donc pas fait l'objet ici d'une révision linquistique.

^{62.} Les micro-organismes peuvent être classifiés selon quatre grandes classes : bactéries, virus, champignons et parasites.

^{63.} Le Petit Larousse illustré, Paris, Larousse, 2002.

« ...de causer une épidémie... »

Une épidémie se définit classiquement comme suit :

- Épidémie : « Survenue dans une communauté ou une région d'un nombre nettement plus élevé que prévu de cas d'une maladie, d'un comportement particulier lié à la santé ou d'autres événements liés à la santé ».
- Éclosion : « [Canada] Épidémie, généralement de source commune, dans laquelle le nombre de sujets exposés et la durée d'exposition sont limités (outbreak)⁶⁴ ».

D'autres auteurs mentionnent également une définition similaire : « Une épidémie est la survenue en excès d'une maladie, d'un événement lié à la santé […]⁶⁵. » Ces auteurs mentionnent également que les termes « épidémie » et « éclosion » sont synonymes, mais que le mot « éclosion » est souvent utilisé afin d'éviter une réponse chaotique ou déraisonnée à un problème de santé, surtout auprès des médias. Les mêmes définitions sont reprises par d'autres auteurs⁶⁶.

Le nombre absolu de cas d'une maladie ou d'une infection ne doit donc pas être nécessairement élevé pour qu'on parle d'éclosion. La notion d'éclosion ou d'épidémie est également associée à la possibilité de transmission d'humain à humain ou via un vecteur ou un véhicule (source commune).

Bien que théoriquement assez simple, la définition d'une épidémie est souvent source de controverses entre les différents intervenants du réseau de la santé. Sans vouloir donner de réponse à ce stade-ci, il apparaît évident que les directions de santé publique devront se doter d'une définition plus explicite afin de pouvoir clarifier la notion de menace à la santé, en particulier quand il n'existe pas de système de surveillance de la maladie en question ou qu'il s'agit d'un phénomène en émergence.

Par exemple, un seul cas de fièvre Ebola au Québec sera considéré comme une épidémie. Mais qu'en est-il des infections pour lesquelles nous n'avons pas de données de prévalence de base⁶⁷? Le législateur a certainement voulu laisser cette définition suffisamment large afin qu'elle soit très « sensible » à la détection de problèmes en émergence, mais à l'inverse, une définition si large de menace à la santé en rend complexe la compréhension même des intervenants du réseau de la santé.

• « ... si la présence de cet agent n'est pas contrôlée. »

Le législateur a pris la sage décision d'ajouter à la définition de la menace à la santé le fait que pour être une menace, en plus d'avoir la présence d'un agent biologique susceptible de causer une épidémie, la présence de cet agent ne doit pas être sous contrôle. Qu'entendons-nous par contrôle? En « prévention et contrôle des infections », la notion de contrôle réfère généralement à l'ensemble des politiques et procédures qui sont mises en place afin de limiter le risque de propagation d'une maladie infectieuse. Les méthodes de contrôle visent donc à empêcher ou à limiter la transmission. Les méthodes de contrôle le plus fréquemment utilisées en santé publique sont l'élimination à la source de l'agent pathogène (retrait d'une source commune, par exemple), le traitement des personnes symptomatiques, la vaccination, la chimioprophylaxie et l'isolement, auxquelles peuvent s'ajouter des procédures habituelles en établissement de santé, telles que le nettoyage et la désinfection, l'application de précautions de base comme le lavage des mains et le port de gants, ou de précautions additionnelles comme le port de blouse à manches longues ou de masque. Ces mesures sont bien connues des

65. R.B. WALLACE, Public Health and Preventive Medicine, USA, Prentice Hall, 14e édition, 1993, p. 6.

^{64.} J.M. LAST, Dictionnaire d'épidémiologie, Paris, Maloine, 2004, pages 74 et 77.

^{66.} AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION, *Control of Communicable Diseases Manual*, Washington, David L. Heymann editor, p. 614. Voir aussi: J. GIESECKE, *Modern Infectious Disease Epidemiology*, USA, Oxford University Press, 2^e édition, 2002, p. 15.

^{67.} La définition d'une éclosion et la détermination de seuils constituent le principal mandat donné à un groupe de travail de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) au regard de la vigie des infections nosocomiales. Celles-ci pourront servir de base à une réflexion future s'appliquant à d'autres problématiques que les infections nosocomiales.

équipes en prévention et contrôle des infections dans les milieux hospitaliers ainsi que par les intervenants qui œuvrent en maladies infectieuses dans les directions de santé publique. En fait, toutes les mesures prises afin de briser la chaîne de transmission de l'agent infectieux sont considérées comme des moyens de contrôle d'une infection. Par déduction, lorsque le législateur parle de « non contrôlée », c'est en référence avec l'absence d'une ou de ces mesures, à une persistance de transmission et à l'apparition de nouveaux cas. Il faut de toute évidence tenir compte également des périodes d'incubation des différentes maladies afin de pouvoir considérer un agent pathogène « sous contrôle ». En effet, toutes les mesures peuvent être mises en place, et de nouveaux cas peuvent survenir si, par exemple, certaines personnes étaient en période d'incubation au moment de l'application des mesures. Une expertise en épidémiologie est donc souvent nécessaire afin de déterminer le « contrôle » d'une éclosion ou épidémie.

Il a été clairement établi lors de présentation faite de la LSP lors d'une tournée provinciale du directeur national de santé publique en 2002 que la notion de menace à la santé avait été volontairement formulée de façon à être restrictive et n'inclure que les agents biologiques, chimiques et physiques. Bien que la santé publique reconnaisse la présence de phénomènes qui s'apparentent à des éclosions (série de suicides chez des jeunes, obésité, etc.), il a été sciemment décidé que d'autres mesures de santé publique que celles habituellement reconnues dans le domaine de la protection pouvaient s'avérer plus efficaces dans de telles situations.

Aussi, selon l'interprétation faite par les autorités en place en 2002, la menace s'inscrit dans une situation où la responsabilité de l'intervention revient aux autorités de santé publique ⁶⁸.

[...]

En résumé, pour être en présence d'une menace à la santé dans le domaine des maladies infectieuses, il faut nécessairement être en présence d'un agent biologique transmissible qui peut ou cause une épidémie, donc une augmentation du nombre de cas supérieur à ce qui est attendu, et il s'agit d'une menace si et seulement si cet agent n'est pas contrôlé, c'est-à-dire que les mesures reconnues ne sont pas en place, et qu'il y a toujours transmission de l'agent pathogène en cause en tenant compte des caractéristiques spécifiques de celui-ci.

Il faut comprendre également que la notion de menace se comprend toujours en relation avec le pouvoir d'autorité du directeur de santé publique et ne s'applique, comme mentionné antérieurement, qu'à des interventions de protection de la santé publique. Cependant, certaines nuances sont apportées dans la loi, notamment au regard des pouvoirs et devoirs ou responsabilités qui incombent à d'autres instances.

37

^{68.} MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Mieux comprendre la Loi sur la santé publique, Québec, Gouvernement du Québec, 2002.

ANNEXE 2 - BALISES LÉGALES DU SIGNALEMENT⁶⁹

Source : Annexe 5 : Balises légales du signalement, dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Cadre de référence sur les rôles et responsabilités des directions de santé publique en matière de surveillance et de protection de la santé de la population relativement aux infections nosocomiales, Québec, Gouvernement du Québec, 2008.

DÉFINITION

Il s'agit d'une définition qui, de façon vraisemblable, pourrait en partie être contenue dans un règlement ou une décision d'un tribunal. Elle correspond, à notre avis, aux caractéristiques que devrait avoir une information transmise à la santé publique (SP) ainsi qu'aux différents attributs entourant sa réception, requis pour engager la responsabilité professionnelle des personnes directement visées ou la responsabilité civile de la direction de SP elle-même (selon les faits en cause) :

Un signalement est une information fournie par toute personne qui s'identifie de façon vérifiable, sauf exception probante ou légitime, dont elle a une connaissance personnelle, ou à titre de représentant d'une entité organisationnelle, ou par un médecin, et se rapportant à une menace à la santé réelle ou appréhendée, ou à ce qui est perçu comme étant ou pouvant être une menace à la santé [...]. Cette information doit avoir été reçue par une personne en position d'autorité à la SP à cet égard, ou par une personne pouvant être raisonnablement perçue comme telle, quel que soit le mode ou le lieu de transmission de cette information.

ANALYSE

• « Un signalement est une information fournie par toute personne... »

La LSP, de façon compréhensible, impose une **obligation** de signalement à certaines entités (ministères et organismes gouvernementaux provinciaux, municipalités locales, établissements de santé et de services sociaux; art. 6, 92, 93) ainsi qu'aux médecins (art. 93). De plus, les « directeurs » de milieux de travail ou de milieux de vie, de même que les professionnels de la santé y œuvrant (art. 94), ont la **possibilité** d'effectuer, en relation avec leur juridiction professionnelle, des signalements sans embûches légales à condition de ne pas dévoiler, de leur propre chef, des renseignements personnels ou confidentiels (art. 95)⁷⁰.

Cela dit, la **capacité** de signalement « légal » ne peut, à notre avis, se limiter à ces seules mentions explicites sans risquer de compromettre gravement la protection de la santé publique dans certaines situations inédites ou imprévisibles. En effet, cela irait à l'encontre même de la finalité de la LSP (art. 1, 2) et de certaines responsabilités du directeur régional de santé publique précisées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) :

Article 373

Le directeur de santé publique est responsable dans sa région :

[...]

^{69.} Le texte de l'encadré reprend textuellement des extraits du document en question et n'a donc pas fait l'objet ici d'une révision linguistique.

^{70.} La LSP précise (art. 95) que l'auteur d'un signalement, quel qu'il soit, qu'il ait une obligation (art. 6, 92 et 93) ou une possibilité (art. 94) de faire un signalement, ne peut dévoiler des renseignements personnels ou confidentiels, à moins qu'après évaluation de la situation, l'autorité de santé publique concernée ne les exige.

2° d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;

[...]

Article 375

Le directeur doit informer sans retard le directeur national de santé publique de toute situation d'urgence ou de toute situation mettant en danger la santé de la population.

Cette interprétation est congruente à celle qu'il convient de faire de l'article 96 de la LSP, où sont décrits de façon non exhaustive des cas particuliers de situations donnant ouverture à la tenue d'une enquête épidémiologique lorsque le directeur de SP « a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être » par un agent biologique, chimique ou physique (art. 2).

[...]

De plus, il faut se rappeler que les professionnels de SP ont un devoir de prudence et de diligence à tout moment dans l'exercice de leurs fonctions, comme le prévoit l'article 1457 du Code civil du Québec. Cette disposition, qui encadre la responsabilité civile de tous les professionnels du Québec, se lit comme suit :

Toute personne a le devoir de respecter les règles de conduite qui, suivant les circonstances, les usages ou la loi, s'imposent à elle, de manière à ne pas causer de préjudice à autrui.

Elle est, lorsqu'elle est douée de raison et qu'elle manque à ce devoir, responsable du préjudice qu'elle cause par cette faute à autrui et tenue de réparer ce préjudice, qu'il soit corporel, moral ou matériel. [...]

En d'autres mots, refuser de prendre en considération un signalement uniquement parce qu'il ne vient pas d'une personne ou d'une entité prévue à la LSP risquerait néanmoins, malheureusement, d'apparaître comme une imprudence difficilement justifiable sur le plan légal.

• « ...qui s'identifie de façon vérifiable, sauf exception probante ou légitime... »

En règle générale, une information transmise sous le couvert de l'anonymat ne devrait pas être recevable à titre de signalement. En effet, les risques qu'une telle information ne soit rien d'autre qu'un canular, une tentative de manipulation ou d'atteinte à la réputation d'autrui sont certainement réels et à prendre très au sérieux en ce qui concerne la responsabilité civile éventuelle d'une direction de SP qui aurait agi sur la base d'informations fausses ayant subséquemment causé préjudice à des tiers. Ces risques seront d'autant plus grands qu'une direction aurait la réputation d'agir sur la foi de signalements anonymes.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier que, lorsqu'une direction de santé publique se voit opposer un refus de collaboration au cours d'une enquête épidémiologique, l'obtention d'une ordonnance judiciaire visant à forcer cette collaboration constitue l'arme ultime. Or de prime abord, il sera difficile, voire impossible, de convaincre un juge d'émettre une ordonnance sur la simple base d'une information transmise anonymement (surtout si le magistrat siège ex-parte, c'est-à-dire sans la présence de la partie récalcitrante, ce qui est le plus souvent le cas en situation d'urgence).

[...]

Les exceptions à ce principe posé d'irrecevabilité de signalements anonymes pour une direction de SP devront par conséquent avoir soit un certain caractère probant, c'est-à-dire susceptible de constituer une preuve recevable compte tenu des circonstances (ex. : information venant d'un employé d'un média qui s'identifie, mais qui tient à taire l'identité de sa source; corroboration partielle disponible), soit un caractère légitime (ex. : menace crédible, grave et imminente à un groupe de personnes).

En dernière analyse, il y a certainement lieu d'aborder tout signalement anonyme à la SP comme un cas d'espèce nécessitant une décision individualisée qui tienne compte de toutes ces considérations légales, en n'oubliant pas que les situations exceptionnelles en gravité potentielle devraient toujours être portées à l'attention des plus hauts responsables de SP.

« ...dont elle a une connaissance personnelle,... »

Une information rapportée à la SP par une personne à qui on a dit « que... », sans que cet informateur de la SP ait rien constaté de lui-même, est un « ouï-dire », soit une information qui n'est jamais recevable isolément à titre de preuve devant un tribunal. Les ouï-dire commandent le même genre de remarques que celles décrites plus haut. Cependant, les ouï-dire venant de professionnels de la santé, en particulier de médecins, constituent une situation requérant une attention spéciale (voir plus bas).

« ...ou à titre de représentant d'une entité organisationnelle, ... »

Ces organisations sont celles mentionnées aux articles 92, 93 et 94 de la LSP, ainsi que toutes les autres.

Notons au passage que le devoir de signalement des représentants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux repose sur la reconnaissance de « motifs sérieux de croire » (art. 93), alors que la capacité légale de signalement des directeurs et professionnels de la santé des « milieux de travail et milieux de vie », de façon moins restrictive, s'appuie simplement sur la présence de « motifs de croire » (art. 94).

• « ...ou par un médecin, ... »

Le cas des médecins doit être considéré comme à part des autres signalants potentiels puisque la LSP leur impose, en raison de leur expertise propre, un plus haut niveau de vigilance que celui attendu de toute autre personne. En effet, en vertu de l'article 93 :

Un médecin qui **soupçonne** une menace à la santé de la population doit en aviser le directeur de santé publique du territoire.

En effet, un soupçon est une « apparence qui laisse supposer la présence d'une chose »; son opposé est une certitude (*Le Petit Robert*).

Ce « soupçon » pourrait-il inclure des informations qui sont des ouï-dire? Oui, vraisemblablement, car la LSP n'établit pas de distinction à cet égard, se limitant à contraindre les médecins à ne pas dévoiler de renseignements personnels ou confidentiels (art. 95). De plus, de nombreux médecins d'établissement ont accès à des informations authentiques, même s'ils n'en ont pas une connaissance personnelle (ex. : communications faites aux membres de comités divers), et cela sans compter tous les échanges habituels entre professionnels de la santé comprenant des informations qui ne sont pas des ouï-dire comme les autres. Plusieurs de ces situations, on le conçoit aisément, risquent d'être hautement délicates pour la SP, en raison de motifs de confidentialité, de lignes d'autorité internes, etc. On rappellera par exemple que l'article 218 de la LSSSS stipule que « les dossiers et procès-verbaux du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et de chacun de ses comités sont confidentiels ».

Néanmoins, toute information transmise par un médecin qui se rapporte à une menace à la santé de la population, et qui satisfait aux autres critères établis, devrait constituer un signalement recevable pour la SP nonobstant ces considérations. Les nuances opérationnelles et légales conséquentes, s'il y a lieu, seront plus facilement évaluables à des étapes ultérieures, soit au moment de la validation interne de l'information reçue (analyse de risque; voir plus bas) et du plan d'intervention (ex. : corroboration des informations avec les responsables locaux).

Le Code de déontologie des médecins du Québec a, quant à lui, adopté sur cette question une position plus claire en associant le devoir d'aviser les autorités de SP à l'existence de « motifs de croire » et non de soupçons. Selon l'article 40 du Code :

Le médecin qui a des motifs de croire que la santé de la population ou d'un groupe d'individus est menacée doit en aviser les autorités de santé publique concernées.

• « ...et se rapportant à une menace à la santé réelle ou appréhendée,... »

Le contenu de l'information livré par le signalant doit évidemment être en rapport, de prime abord, avec les prescriptions des articles 2 et 92, 93 ou 94 de la LSP : menaces à la santé, c'est-à-dire présence « d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie », « motifs sérieux de croire », etc.

« ... ou à ce qui est perçu comme étant ou pouvant être une menace à la santé... »

À l'étape de la réception d'une information, le fardeau de la preuve qu'une menace à la santé est véritablement présente ne doit pas reposer sur le signalant; l'expertise pour déterminer ce qui est ou non une menace à la santé est du ressort de la SP et non à l'extérieur de celle-ci, sauf exception [...]. En d'autres mots, le jugement de fond sur le niveau réel de dangerosité de la menace rapportée devrait toujours intervenir dans une deuxième étape au cours de laquelle l'information reçue est analysée au mérite en fonction, notamment, des critères cliniques applicables, retenus pour l'analyse de risques.

[...]

 « Cette information doit avoir été reçue par une personne en position d'autorité à la SP à cet égard, ou par une personne pouvant être raisonnablement perçue comme telle,... »

La première partie de cet énoncé couvre les communications faites directement à la SP par les voies balisées ou officielles.

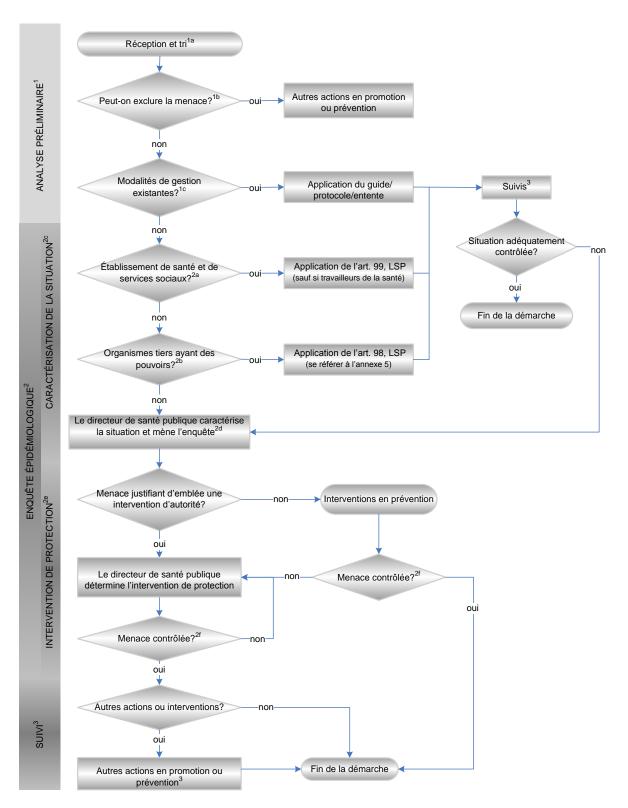
La seconde partie de l'énoncé concerne toutes les situations où un médecin ou un professionnel de SP qui détient ou non une expertise reconnue au regard d'une menace particulière, mais qui peut être perçu comme ayant la capacité d'agir du point de vue d'un observateur externe raisonnable, se voit communiquer une information sensible. On fait référence ici à la transmission d'informations au cours de rencontres fortuites ou mondaines. Ainsi, l'élément clé déclencheur, pour l'intervenant de SP, d'une obligation de donner suite formellement à cette information, est tributaire, à l'évidence, non seulement de ses fonctions précises à la SP, mais aussi de la perception raisonnable objectivement que l'individu qui transmet l'information a ou devrait avoir de la fonction occupée par son interlocuteur à la SP. En d'autres termes, il y a obligation d'agir pour l'intervenant de SP si l'information le concerne directement au regard de ses responsabilités à la SP, ou si l'information apparaît raisonnablement le concerner.

[...]

• « ... quel que soit le mode ou le lieu de transmission de cette information. »

Cette dernière balise légale d'un signalement recevable est la conséquence logique des remarques précédentes. Ainsi, aucune formalité ne devrait être exigée de la transmission d'information au titre de signalement, du moins initialement; échanges en personne, appels téléphoniques, courriers, courriels, télécopies sont recevables.

ANNEXE 3 – ALGORITHME DU CHEMINEMENT D'UN SIGNALEMENT EN SANTÉ PUBLIQUE



1. Analyse préliminaire

Une analyse préliminaire consiste à recueillir les informations minimales requises pour juger d'abord si la situation correspond à la définition d'un signalement. Cette étape est présentée en trois volets : a) Réception et tri; b) Évaluation de la situation; c) Modalités de gestion existantes.

a) Réception et tri

La DSPublique reçoit un appel, une télécopie, une lettre ou une communication verbale provenant de toute personne. Un premier tri est effectué en fonction de la nature de l'agent et du milieu concerné, du degré d'urgence et du territoire d'appartenance.

Les déclarations MADO et MCI, les communications d'information (demande de service, demande ad hoc) ainsi que les demandes d'information ou d'intervention en promotion et prévention ne doivent pas être considérées comme des signalements au sens du présent cadre.

Dans le cas d'un signalement provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible, la LSP stipule que le signalement doit être effectué par un médecin (voir le chapitre 7).

De façon générale, c'est le directeur de santé publique du lieu de résidence ou du lieu de travail de la personne visée par le signalement qui est responsable de prendre en charge le signalement et de mener, si c'est indiqué, l'enquête épidémiologique, avec la collaboration, si nécessaire, des autorités de santé publique des autres régions concernées. Cependant, si la situation concerne des personnes ou des lieux sous la responsabilité d'autres juridictions, l'information est transmise aux autorités de santé publique compétentes selon les modalités établies.

b) Évaluation de la situation

Les réponses aux cinq questions suivantes permettent d'évaluer la situation et de déterminer si la menace peut être exclue, évitant ainsi de passer inutilement en enquête épidémiologique :

- La situation est-elle causée par un agent biologique, chimique ou physique?
- Y a-t-il une probabilité de transmission, d'épidémie ou d'exposition non contrôlée?
- La situation peut-elle entraîner des risques pour la santé de la population?
- La situation est-elle hors de contrôle ou est-il impossible de le déterminer à cette étape?
- La confirmation éventuelle de la présence non contrôlée de l'agent en cause pourrait-elle justifier qu'une ou des actions d'autorité en protection (LSP, art. 100, 103, 104 et 106) soient appliquées, si nécessaire?

Si les réponses aux cinq questions sont positives, la menace ne peut pas être exclue et la décision de passer en enquête épidémiologique peut alors être prise.

Lorsqu'une des réponses aux questions est négative, la notion de menace peut être exclue et une réponse adaptée à la situation doit être donnée à la personne, à l'entité organisationnelle ou au médecin à l'origine de la communication. Cette réponse peut consister, par exemple, à donner de l'information ou du soutien-conseil. D'autres actions en promotion et prévention ou l'utilisation du pouvoir d'interpellation peuvent être nécessaires ou jugées utiles.

c) Modalités de gestion existantes

Certaines situations de menace à la santé de la population, réelles ou appréhendées, sont suffisamment courantes pour avoir fait l'objet d'un guide d'intervention ou d'un cadre de gestion, afin de délimiter et de décrire l'analyse du risque, l'enquête épidémiologique ainsi que les interventions requises pour contrôler le risque. Lorsque des modalités de gestion spécifiques existent, comme dans le cas de signalements de déficience en milieu de travail, et bien qu'il s'agisse aussi de menaces réelles ou appréhendées, la démarche d'enquête épidémiologique décrite dans le présent document n'a pas à être appliquée étant donné que l'enquête est déjà intégrée et décrite dans les étapes de ces différents outils.

Par contre, le directeur de santé publique peut décider de mener une enquête épidémiologique s'il croit que ces outils de gestion sont insuffisants pour contrôler la situation visée par le signalement ou s'il constate que la situation n'est pas corrigée ou contrôlée à sa satisfaction.

2. Enquête épidémiologique

L'enquête épidémiologique a pour but de caractériser la situation, ses causes et ses circonstances, la population atteinte ou potentiellement atteinte, d'évaluer les risques pour la santé de la population et de confirmer ou non la présence d'une menace. Elle permet aussi d'évaluer la possibilité que des interventions de protection soient applicables et justifiables, ainsi que l'urgence d'appliquer des mesures de contrôle du risque pour protéger la santé de la population. À tout moment pendant l'enquête, la démarche prend fin si les informations permettent d'infirmer la menace ou si l'agent responsable est contrôlé.

a) Établissements de santé et de services sociaux

Si la menace à la santé concerne un établissement de santé et de services sociaux, le directeur de santé publique doit en aviser le directeur des services professionnels (ou le président-directeur général [PDG]) et le directeur national de santé publique (DNSP). L'établissement doit sans délai prendre toutes les mesures requises pour corriger la situation. Il sera demandé à l'organisme de communiquer les résultats au directeur de santé publique. Dans la situation où la menace concerne les employés (travailleurs au sens de la LSST) de l'établissement, les modalités explicitées au <u>chapitre 6</u> et à l'annexe 6 demeurent applicables avec les adaptations nécessaires. Le directeur de santé publique doit par ailleurs en aviser le PDG de l'établissement concerné ainsi que le DNSP.

b) Organisme tiers ayant des pouvoirs d'inspection, d'enquête ou d'intervention

Si un organisme tiers (ministère, municipalité, organisme) dispose de pouvoirs d'inspection ou d'enquête ou de pouvoirs pour vérifier la présence d'un agent biologique, chimique ou physique et pour empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, en diminuer les effets ou l'éliminer, le directeur de santé publique doit en aviser cet organisme et lui demander de procéder.

De plus, lorsque la menace survient dans un établissement de compétence fédérale (ex. : base militaire, installation portuaire, aéroport, camp de migrants à la frontière, établissement du gouvernement fédéral), la responsabilité de l'enquête relève du fédéral sur son territoire. De préférence, le directeur de santé publique formalisera les attentes avec l'organisme (soit par lettre, soit par courriel) après en avoir discuté au préalable avec ce dernier.

c) Caractérisation de la situation

Lors de l'étape de caractérisation de la situation, les informations personnelles ou confidentielles nécessaires peuvent être obtenues. Cette étape permet la poursuite de la collecte d'information pour préciser la nature de l'agent, le risque (gravité et probabilité d'« épidémie » si la situation est non contrôlée), la présence de mesures de contrôle et leur efficacité, ainsi que la détermination des mesures de contrôle qui seraient éventuellement applicables et justifiées.

Cette étape permettra de confirmer la présence ou non d'une menace, d'évaluer l'urgence de la contrôler et de déterminer quelles pourraient être les mesures appropriées pour ce faire. Ainsi, lors de la caractérisation de la situation, si les informations recueillies permettent d'infirmer la menace, l'enquête prend fin.

d) Le directeur de santé publique caractérise la situation et mène l'enquête

Lorsqu'il n'y a pas de modalités de gestion spécifiques et que les articles 98 et 99 ne s'appliquent pas ou que, malgré les interventions réalisées en 2a, 2b ou 2c, la menace persiste, le directeur de santé publique peut intervenir de différentes façons : rappeler l'organisme tiers, aviser le DNSP ou procéder en vertu du chapitre XI de la LSP.

e) Interventions de protection

Les informations recueillies lors de l'enquête épidémiologique permettent d'orienter l'intervention requise par les autorités de santé publique et d'émettre les recommandations appropriées. Bien qu'elle soit présentée comme une des étapes successives, dans la réalité, l'intervention de protection peut parfois être réalisée, par mesure de précaution, alors que l'étape de la caractérisation est en cours. L'intervention de protection peut comprendre des mesures auprès de personnes (traitement, isolement, quarantaine, immunisation, chimioprophylaxie, etc.) et des mesures environnementales (désinfection, mesures d'élimination de l'agent à la source, etc.). Certaines situations considérées comme des menaces après l'étape de caractérisation pourraient ne pas justifier d'emblée une intervention de protection, mais faire l'objet d'interventions de prévention seulement, avec suivi pour s'assurer que la menace sera, à terme, effectivement contrôlée.

f) Menace contrôlée

À la suite des différentes interventions effectuées par l'établissement de santé et de services sociaux, par l'organisme tiers, ou mises en place par le directeur de santé publique, on doit s'assurer que la menace est contrôlée. Si elle ne l'est pas, on doit convenir avec l'instance responsable de la mise en place des mesures de contrôle nécessaires. Si elle s'avère contrôlée, on doit poursuivre les interventions complémentaires de santé publique requises au besoin. La démarche prend fin lorsque le directeur de santé publique juge que la situation est adéquatement contrôlée.

3. Suiv

Le directeur de santé publique doit réaliser un suivi pour s'assurer que les mesures demandées ont effectivement été prises et juger de leur efficacité pour contrôler la menace.

L'enquête épidémiologique prend fin lorsque le directeur de santé publique juge que la menace est adéquatement contrôlée.

Des actions complémentaires peuvent être nécessaires ou jugées utiles. Elles peuvent comprendre, par exemple, la transmission d'information aux partenaires, des communications à portée régionale ou extrarégionale. Si nécessaire, des recommandations préventives additionnelles pourraient être transmises aux personnes et aux instances concernées.

ANNEXE 4 - MODALITÉS DE GESTION EXISTANTES

Situations pour lesquelles il existe un protocole clinique, un guide d'intervention ou des modalités spécifiques permettant de bien encadrer l'intervention comme par exemple :

- Piqûre, morsure ou égratignure par un animal (mammifère, insecte, etc.) où il y a possibilité de transmission d'un agent infectieux (virus de la rage, virus B, maladie de Lyme, etc.);
- Morsure humaine, même s'il s'agit d'un enfant en milieu de garde connu ou non comme séropositif pour le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C ou le VIH;
- Démarche de signalement des déficiences en milieu de travail⁷¹;
- Identification d'un contact d'un cas de non-MADO (ex. : femme enceinte exposée à un enfant avec la varicelle);
- Situation où une évaluation individuelle post-exposition professionnelle ou communautaire est indiquée
- Seringues souillées trouvées dans l'environnement.
- Le suivi des TRE:
- Qualité de l'eau potable.

Événements pour lesquels il existe des mécanismes de prise en charge des risques infectieux⁷², par exemple :

- Situations présentant un risque de transmission hématogène (ex. : service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes [SERTIH]);
- Événement lié au retraitement des dispositifs médicaux (Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux [CERDM]).

Communications concernant des aliments ou des produits contaminés, par exemple :

- Identification d'un aliment contaminé en vente ou identification d'un fournisseur, d'un distributeur ou d'un traiteur associé à des aliments contaminés en l'absence de cas humain (ex. : communication du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec [MAPAQ], de l'Agence canadienne d'inspection des aliments [ACIA]);
- Identification d'un produit biologique/thérapeutique/cosmétique/de consommation contaminé en l'absence de cas humain (ex. : communication d'Héma-Québec, de l'ACIA, rappel d'un lot de vaccins, rappel et avis de sécurité des produits de consommation de Santé Canada).

^{71.} RÉSEAU DE SANTÉ PUBLIQUE EN SANTÉ AU TRAVAIL, Démarche provinciale de signalement des déficiences susceptibles de nécessiter une mesure de prévention, Québec, Gouvernement du Québec – Préparé pour la Table de concertation nationale en santé au travail, mars 2010, 5 p.

^{72.} Des procédures sont en place pour ces deux mécanismes et permettent généralement de répondre au besoin sans l'implication du directeur de santé publique. Des situations exceptionnelles pourraient toutefois survenir et être considérées comme un signalement.

ANNEXE 5 - PROCÉDURE AUPRÈS D'UN ORGANISME TIERS

Dans le cas où un organisme tiers dispose des pouvoirs d'inspection ou d'enquête (LSP, art. 98) ou qu'il dispose du même pouvoir que le directeur de santé publique pour empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, en diminuer les effets ou l'éliminer et qu'il peut l'exercer (LSP, art. 107), le directeur de santé publique demandera à cet organisme tiers de procéder et de le tenir informé (art. 98); il est toujours préférable que ses attentes soient formalisées (soit par lettre, soit par courriel) après qu'il en a discuté avec l'organisme.

La demande transmise précisera :

- ce qui devra être réalisé par l'organisme tiers (échantillonnage, transfert d'informations, interventions, etc.);
- le suivi devant être effectué par le tiers (c'est-à-dire le calendrier);
- l'identification du ou des interlocuteurs qui feront les suivis avec le directeur de santé publique (ou son représentant).

Une réponse en temps opportun (lettre ou courriel) doit être transmise par l'organisme tiers au directeur de santé publique. Elle comprendra les objets suivants :

- un accusé de réception favorable;
- une indication que le tiers va procéder (se mettre en action);
- la confirmation du calendrier des actions à réaliser par l'organisme tiers.

Dans tels cas, l'enquête du directeur de santé publique se poursuit (i.e. le dossier demeure ouvert et actif) afin de s'assurer que les suivis demandés seront effectivement réalisés et jusqu'à ce que le risque soit adéquatement contrôlé.

ANNEXE 6 – Signalement des déficiences en santé au TRAVAIL

« Tout en respectant le caractère confidentiel du dossier médical et des procédés industriels, le médecin responsable doit signaler à la Commission, à l'employeur, aux travailleurs, à l'association accréditée, au comité de santé et de sécurité et au directeur de santé publique toute déficience dans les conditions de santé, de sécurité ou de salubrité susceptible de nécessiter une mesure de prévention. Il doit leur transmettre, sur demande, un rapport de ses activités. » (LSST, art. 123)

La Démarche provinciale de signalement des déficiences susceptibles de nécessiter une mesure de prévention (mars 2010), dans le cadre de l'application de l'article 123 de la LSST, est considérée comme une « **modalité de gestion existante** » (voir l'annexe 4) qui encadre la gestion des signalements en milieu de travail.

Cette démarche ne couvre cependant pas toutes les situations possibles en matière de risques pour la santé susceptibles d'être considérés comme une menace à la santé d'un point de vue des autorités de santé publique. Ainsi, il est possible que certaines situations de présence de risque en milieu de travail nécessitent une démarche de signalement en santé publique, comme l'a montré le présent cadre d'interprétation et de gestion.

De plus, depuis 2010, dans la pratique, l'application de la démarche de signalement en santé au travail a évolué positivement pour couvrir plus de risques en milieu de travail sans que le document lui-même ait fait l'objet d'une mise à jour formelle.

Cette annexe présente des extraits du document de 2010 ainsi que l'interprétation en lien avec le signalement en santé publique que le présent cadre d'interprétation et de gestion vise à encadrer. Certaines des adaptations qu'a connues la démarche provinciale de signalement dans son application depuis 2010 sont aussi rapportées pour tenir compte de l'évolution des pratiques au cours des dernières années.

Extrait 1:

- « La notion de « menace à la santé » qui réfère à l'article 93 de la Loi sur la santé publique (LSP) et qui permettrait de graduer au départ le type et le niveau d'intervention ne nous semble pas, à ce moment-ci, assez bien définie pour en faire un tel élément de discrimination. Malgré cela, nous n'écartons pas l'utilisation de la LSP lorsque jugée nécessaire si la démarche via la LSST n'apporte pas de solution acceptable pour protéger les travailleurs surexposés. » (p. 1)
- « **Précision**: Dans une perspective de **prévention** en milieu de travail, toute situation, occasionnelle ou non, qui entraîne une exposition supérieure à la VEA devrait nécessiter une mesure de prévention. » (p. 2)

Interprétation des directeurs de santé publique :

La notion de « signalement de déficience » en santé au travail existait bien avant la LSP. À cette époque tout comme au moment de l'élaboration du document par le RSPSAT, la notion de menace à la santé n'était pas clairement définie. Aujourd'hui, on pourrait comprendre que l'expression « susceptible de **nécessiter** une **mesure de prévention** » est davantage de l'ordre de ce que l'on définit maintenant comme des menaces à la santé pour les déficiences <u>spécifiques aux conditions de santé</u> liées à des risques biologiques, chimiques ou physiques en milieu de travail, et susceptibles de **nécessiter** une **mesure de protection**.

Ainsi, le signalement d'une déficience <u>spécifique aux conditions de santé</u> en lien avec ces risques, effectué par le médecin responsable, au sens de l'article 123 de la LSST, pourrait concerner un risque susceptible de représenter aussi une menace à la santé de la population (travailleurs) et justifier une enquête épidémiologique au sens de la LSP, comme c'est souvent le cas, par exemple lors d'un dépassement d'une valeur d'exposition admissible (VEA) réglementée. Dans ce genre de situation, c'est cependant la « modalité de gestion existante », c'est-à-dire celle décrite dans la démarche provinciale de signalement, qui devrait généralement s'appliquer :

- dans ces cas, l'étape de la caractérisation de la situation est déjà amorcée compte tenu de la nature même des informations recueillies préalablement au signalement à la CNESST par le médecin responsable;
- les ressources du RSPSAT poursuivent la caractérisation de la situation, avec au besoin la contribution de la CNESST, pour comprendre la situation et ses déterminants et ainsi déterminer les mesures appropriées afin d'assurer le contrôle du risque. En concertation avec la CNESST, les mesures de contrôle indiquées doivent être mises en place par le milieu, alors que la vérification de leur implantation et l'évaluation de leur efficacité, à la satisfaction du directeur de santé publique, doivent être faites par les inspecteurs ou le RSPSAT;
- ces informations seront inscrites dans le SISAT. À terme, le directeur de santé publique pourra fermer le dossier au niveau du SISAT s'il juge que le risque est correctement contrôlé;
- s'il juge que le risque n'est pas contrôlé ou que la situation n'est pas corrigée de façon satisfaisante, le directeur de santé publique pourra ouvrir un dossier d'enquête épidémiologique⁷³ en vertu de la LSP.

Extrait 2:

_

« Afin de prévenir des atteintes à la santé des travailleurs, le Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) a adopté une démarche d'information systématique et de signalement des déficiences susceptibles de nécessiter une mesure de prévention. » (p. 2)

^{73.} Dans ces cas, la démarche d'enquête épidémiologique décrite à l'annexe 3 dans le présent document s'applique à partir de l'étape 2d.

« Ainsi, en dehors des situations urgentes, le médecin responsable aura à décider si la CSST sera simplement informée d'un dépassement d'une valeur d'exposition admissible (VEA) sans autre suivi prédéterminé, ou s'il juge de la nécessité de la mise en place ou de la révision des mesures préventives, de procéder à un signalement tel que spécifié à l'article 123 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST). » (p. 1)

« Dans le cas où la situation est jugée non urgente et en fonction du risque, le médecin doit néanmoins décider s'il procède à un signalement en vertu de l'article 123 de la LSST ou si la CSST doit simplement en être informée. » (p. 3). Dans le cas d'une information systématique, « Aucun suivi n'est requis dans le cadre de cette démarche provinciale. » (p. 3).

Interprétation des directeurs de santé publique :

La démarche de signalement des déficiences en santé au travail introduit la notion d'« information systématique » qui n'est pas inscrite telle quelle dans la LSST. Il nous semble logique de croire que, lorsque le médecin responsable décide d'utiliser cette mesure, c'est parce qu'il considère que le risque ne constitue pas une menace à la santé des travailleurs exposés, mais qu'une approche préventive serait quand même souhaitable ou recommandée. Dans un tel cas, il apparaît normal qu'aucun suivi ne soit requis.

Il semble par ailleurs que, dans certaines régions, l'information systématique est parfois utilisée, dans une approche graduée et proportionnée, comme une première étape invitant l'employeur à s'assurer d'une meilleure gestion du risque tout en l'avisant qu'à défaut de quoi, un signalement selon l'article 123 sera effectué. L'utilisation ainsi adaptée de l'information systématique impliquerait par conséquent un suivi spécifique. Cette façon de faire étant différente de ce qui est prévu dans la démarche convenue, parce qu'elle sous-entend justement la nécessité d'un suivi spécifique, il serait attendu que cette pratique soit examinée par le RSPSAT et, si elle est retenue, qu'elle soit convenue formellement avec la CNESST puis harmonisée pour toutes les régions.

Extrait 3:

« Objectifs spécifiques

- Informer systématiquement la CSST des dépassements des VEA.
- Signaler les déficiences susceptibles de nécessiter une mesure de prévention (LSST, art. 123).
- Agir pour protéger les travailleurs en assurant les suivis requis. » (p. 2)
- « Avis au directeur de santé publique (selon la LSP) pour une situation non corrigée ou contrôlée après deux suivis » (p. 3)

Interprétation des directeurs de santé publique :

Tous les dépassements des VEA devraient au moins faire l'objet d'une information systématique et, dans certains cas (essentiellement les dépassements de VEA réglementées au Québec), être signalés selon l'article 123, considérant que ces situations pourraient, à terme, nécessiter des mesures pour protéger les travailleurs exposés, si les mesures préventives, notamment celles découlant des activités des PSSE, étaient jugées insuffisantes pour contrôler le risque.

Rappelons que, selon le document de 2010, l'information systématique vise à sensibiliser la CNESST et les employeurs au fait que, dans de tels cas, des mesures de prévention sont recommandées et à leur faire savoir que le RSPSAT souhaite être proactif et contribuer à réduire le plus possible les risques à la santé des travailleurs exposés, alors que le signalement de déficience (art. 123) devrait être réservé aux situations qui nécessitent des interventions pour protéger les travailleurs puisque dans de tels cas, un suivi est obligatoire et ultimement un avis doit être transmis au directeur de santé publique si la situation est non corrigée ou non contrôlée après deux suivis.

Extrait 4:

« LA DÉMARCHE S'APPLIQUE AUX SUREXPOSITIONS DÉCRITES CI-DESSOUS POUR TOUS LES GROUPES PRIORITAIRES :

- Un dépassement d'une VEA pour les agresseurs chimiques inscrits à l'annexe 1 du Règlement sur la santé et la sécurité du travail (RSST).
- Un niveau d'exposition qui dépasse la valeur de référence spécifiée au projet provincial sur le béryllium.
- Un niveau d'exposition au bruit normalisé pour une durée de 8 heures (q = 3) supérieur à 90 dBA. » (p. 2)

Interprétation des directeurs de santé publique :

La démarche de signalement en santé au travail convenue en 2010 étant limitée aux dépassements des VEA inscrites à l'annexe 1 du RSST, au béryllium et au bruit, les directeurs de santé publique sont préoccupés par le fait que les VEA reconnues par le RSST sont souvent moins protectrices que les VEA recommandées par d'autres organismes internationaux comme l'ACGIH, ainsi que par le fait que d'autres risques que le bruit et le béryllium, présents en milieu de travail, pourraient aussi être considérés comme des menaces à la santé.

Comme la CNESST ne peut généralement exercer des pouvoirs coercitifs que pour les dépassements de normes reconnues par le RSST, les directeurs de santé publique considèrent que dans de telles situations, les interventions suivantes pourraient être envisagées :

- Informer les milieux de travail et la CNESST de la situation et recommander que des mesures de prévention plus efficaces soient implantées pour réduire le risque (information systématique à visée préventive);
- Demander au ministre de la Santé d'exercer son pouvoir d'interpellation conformément aux articles 55 et 56 de la LSP, afin que les normes réglementaires de la CNESST soient ajustées;

Considérer la possibilité d'ouvrir un dossier d'enquête épidémiologique en vertu de la LSP et d'utiliser les pouvoirs d'autorité qu'elle leur confère, après s'être assuré que la CNESST (LSP, art. 107) n'a effectivement pas les pouvoirs d'agir, pour exiger que les mesures de protection justifiables soient éventuellement appliquées (ordonnance d'un juge si nécessaire, LSP, art. 110).

En 2016, la démarche provinciale de signalement a fait l'objet d'un bilan et est actuellement en évaluation, au moment de publier le présent document. À la suite de ce bilan, il est prévu d'ouvrir plus systématiquement la démarche à tous les dépassements de VEA et à d'autres types de déficience (ex. : absence de ventilation locale, espace clos). La formalisation de ces changements permettra d'élargir le champ d'application de cette modalité de gestion existante (annexe 4) qu'est la Démarche provinciale de signalement des déficiences susceptibles de nécessiter une mesure de prévention. D'ici là, le directeur de santé publique devra évaluer la situation au cas par cas et vérifier si la CNESST considère avoir les pouvoirs d'agir, en se référant alors à l'application des articles 98 et 107 de la LSP.

Extrait 5:

« Cette procédure s'applique à toutes les entreprises des groupes 1 à 6. Bien que l'article 123 de la LSST ne s'adresse actuellement qu'aux établissements des groupes 1, 2 et 3, le RSPSAT y *privilégie* la même démarche d'information et de signalement pour tous, à l'exception du suivi qui peut différer selon la situation. **S'il n'y a pas de médecin responsable** pour l'établissement, le coordonnateur local assigne un médecin de son équipe, ou à défaut, communique avec le médecin-conseil de l'équipe régionale ou le directeur de santé publique. » (p. 2)

Interprétation des directeurs de santé publique:

L'imputabilité des médecins responsables par rapport à l'application de l'article 123 est très claire pour les établissements des groupes 1, 2 et 3. Qu'en est-il des situations de déficience pour tout établissement sans médecin responsable? Selon la démarche prévue, il reviendrait au coordonnateur de l'équipe SAT de déterminer le suivi approprié. Les directeurs de santé publique demandent que ces situations soient traitées de la façon suivante :

- Pour les groupes 1, 2 et 3, le dossier devrait être assigné à un des médecins de l'équipe du RSPSAT qui deviendrait alors médecin responsable de cet établissement:
- Pour les groupes 4, 5 et 6, le coordonnateur SAT convient avec le directeur de santé publique des modalités pour assumer la responsabilité (un médecin de l'équipe de santé publique en santé au travail de la région, le directeur de santé publique lui-même) du suivi décrit.

• Extrait 6:

Pour les groupes 4, 5 et 6, « Après entente avec la CSST, le RSPSAT exercera le même suivi prévu à la démarche auprès des établissements des groupes 1, 2 et 3, sauf en ce qui concerne l'élaboration ou la mise en place d'un PSSE. Si la CSST avise qu'elle prend le dossier en charge, on en informe le DSP et la **démarche peut être arrêtée**. Si la CSST ne prend pas en charge le dossier ou qu'elle ne prend pas entente avec le réseau pour qu'il puisse effectuer les mêmes suivis que dans les groupes 1, 2 et 3, le médecin doit aviser le DSP de la situation selon l'article 93 de la LSP. Ce dernier jugera alors avec le médecin de la suite à donner au dossier. » (p. 4)

Interprétation des directeurs de santé publique :

Il serait attendu que le directeur de santé publique s'assure dans tous les cas que le risque est contrôlé ou corrigé à sa satisfaction, comme le précise l'algorithme du présent cadre d'interprétation, à l'annexe 3.

Annexe 7 – Situations particulières au regard du VIH qui peuvent faire l'objet d'une intervention de santé publique

SIGNALEMENT DES IMMIGRANTS RÉCEMMENT ARRIVÉS AU QUÉBEC INFECTÉS PAR LE VIH EN PROVENANCE DE PAYS OÙ LA TUBERCULOSE EST ENDÉMIQUE



Québec, le 24 août 2011

Madame Danielle Grondin Directrice générale de la santé Citoyenneté et Immigration Canada 219, avenue Laurier Ouest, bureau C. 357 Ottawa (Ontario) K1A 1L1

Objet: Signalement des immigrants récemment arrivés au Québec infectés par le virus de l'immunodéficience humaine en provenance de pays avec des taux d'incidence de tuberculose supérieurs à 15 cas/100 000

Madame la Directrice,

La Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec veut mettre en place une intervention médicale chez les nouveaux immigrants au Québec avec un statut VIH positif qui proviennent de pays avec des taux d'incidence de TB supérieurs à 15 cas/100 000, et ce, dans le contexte du risque élevé de développement d'une TB active chez ces personnes.

Récemment, la Loi sur la santé publique du Québec a été modifiée. Elle permet dorénavant le signalement par un médecin de toute menace à la santé de la population, incluant celle provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible. Dans ce contexte, le directeur national de santé publique peut recevoir d'un médecin de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) le signalement des immigrants récemment arrivés au Québec, qui sont infectés par le VIH, en provenance de pays avec des taux d'incidence de TB supérieurs à 15 cas/100 000 et qui ne sont pas placés sous surveillance médicale pour TB inactive.

Ce signalement de CIC permettra aux Directions de santé publique de la région de résidence des nouveaux immigrants d'entrer en contact avec eux afin de les informer de l'importance de la prise en charge rapide de l'infection au VIH et du dépistage de l'infection tuberculeuse latente et de leur fournir les renseignements appropriés.

... 2

1075, chemin Sainte-Foy, 12^e étage Québec (Québec) G15 2M1 Téléphone : 418 266-6700 Télécopieur : 418 266-6707

2

Dans ce contexte, il est souhaité qu'à partir du 1er septembre 2011, CIC communique au docteur Paul Rivest de la Direction de santé publique de Montréal l'information sur les nouveaux arrivants, comme pour le programme de surveillance médicale de la tuberculose. En effet, la DSP de Montréal a le mandat de recevoir l'ensemble de ces informations et de les acheminer aux DSP de résidence des immigrants concernés pour le suivi.

Par ailleurs, nous aimerions que ce signalement puisse se faire dans le plus court délai possible afin de permettre aux autorités de santé publique d'effectuer une intervention rapide dans une perspective de prévention et de contrôle de la tuberculose.

En vous remerciant de votre collaboration, veuillez agréer, Madame la Directrice, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint,

Alain Poirier

AP/NA/ml

c. c. D' Paul Rivest, DSP de Montréal

N/Réf.: 11-SP-00724

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, lettre du directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint, M. Alain Poirier, à la directrice de la santé de Citoyenneté et Immigration Canada, M^{me} Danielle Grondin, 24-08-2011.

Éléments à considérer lors de l'avis de NOTIFICATION Annexe 8 – sans consentement

	Éléments à considérer lors de la notification au partenaire sans consentement	Suggestions de libellés ⁷⁴				
•	Avoir la confirmation du diagnostic de la personne et s'assurer qu'elle comprend qu'elle est atteinte de cette ITS.	« L'information reçue permet raisonnablement de croire que :				
•	S'assurer que la personne a reçu un counseling approprié sur le risque de transmission et le dévoilement aux partenaires. Avoir l'information que la personne maintient des comportements présentant un risque élevé de transmission (voir l'annexe 9).	vous êtes infecté(e) par le VIH vous avez été informé(e) de votre diagnostic ledate vous avez reçu un counseling sur le dévoilement de votre diagnostic de VIH et sur les précautions à prendre pour éviter la transmission aux autres ledate parnom de la personne-ressource. vous continuez d'adopter un comportement présentant un risque élevé de transmission (préciser le comportement) et ne prenez pas les précautions pour réduire ce risque. »				
•	Déterminer les éléments permettant au directeur de santé publique de procéder à la notification au partenaire sans consentement ⁷⁵ .	« Le directeur de santé publique est autorisé à dévoiler de l'information à une personne que vous mettez en danger. » (Loi sur la santé publique, art. 133)				
•	Définir en quoi consiste la démarche de notification au partenaire sans consentement.	« Cette lettre (ou cet appel) est pour vous informer que <u>nom du partenaire à aviser</u> sera avisé, par la personne mandatée par le directeur de santé publique, de son exposition à une personne infectée par le VIH afin de lui conseiller de passer un test de dépistage pour le VIH. »				
•	Demander la collaboration de la personne infectée dans cette démarche, même si la notification pourra avoir lieu sans son consentement. Préciser s'il y aura dévoilement de l'identité de la personne infectée au partenaire.	« Nous vous demandons de collaborer dans cette démarche de notification et vous pourrez choisir d'être présent(e) ou non lors de la rencontre avec votre partenaire. Si vous décidez de ne pas collaborer à cette démarche, la personne mandatée par le directeur de santé publique contactera <u>nom du partenaire à aviser</u> et l'avisera de son exposition. »				

^{74.} BC CENTRE FOR DISEASE CONTROL, Guidelines for Medical Health Officers: Approach to people with HIV/AIDS who may pose a risk of harm to others, décembre 2010.
75. La LSP précise que le directeur de santé publique doit avoir reçu l'autorisation du DNSP avant de procéder.

	Éléments à considérer lors de la notification au partenaire sans consentement	Suggestions de libellés ⁷⁴					
•	Informer la personne infectée que la notification sera effectuée par un	« Elle (lui mentionnera / ne lui mentionnera pas) votre nom. »					
	professionnel compétent.	« Soyez assuré(e) que la personne mandatée qui procédera à la notification a toutes les compétences requises pour offrir soutien, counseling et accompagnement aux partenaires des personnes vivant avec le VIH. »					
•	Chercher, si le temps le permet, à rencontrer la personne infectée avant la démarche de notification afin d'obtenir sa collaboration.	« Avant toute démarche auprès du partenaire, nous vous demandons de prendre rendez-vous avec <u>nom de la personne mandatée par le directeur de santé publique</u> avant le <u>date</u> afin que cette personne puisse vous offrir de l'information et					
•	Procéder à la notification sans consentement si la personne ne donne pas suite à la lettre.	répondre à vos questions. Si vous ne prenez pas rendez-vous, nous contacterons <u>nom du partenaire</u> à aviser pour procéder à la notification. »					
•	Déterminer un professionnel mandaté par le directeur de santé publique comme personne-ressource pour la durée de l'intervention.	« N'hésitez pas à communiquer avec _nom de la personne-ressource_ si vous avez des questions à propos de cette lettre. Vous pouvez la joindre deheures àheures du au, en composant le numéro suivant : »					

Annexe 9 – Intervention de santé publique lors d'un signalement lié à une ITS⁷⁶

A: NIVEAUX D'INTERVENTION SUGGÉRÉS EN FONCTION DU NIVEAU DE RISQUE

Les niveaux d'intervention sont suggérés selon les connaissances scientifiques actuelles. Certaines situations peuvent nécessiter un niveau d'intervention différent de celui suggéré. Lors du choix du niveau d'intervention, certains critères doivent être pris en considération avant l'application des mesures, tels que la fréquence de l'infection, la morbidité et la mortalité liées à l'infection, le risque de transmission associé aux comportements et leur récurrence, la vulnérabilité des cas et des contacts, la réaction du cas à l'intervention, etc. L'intervention sera graduée et proportionnelle au niveau de risque de transmission.

Les avancées médicales et les données scientifiques sur les risques de transmission évoluent rapidement. Les données sur le niveau de risque présentées dans l'outil *Estimation du risque associé aux activités sexuelles* sont mises à jour régulièrement.

	MADO		Non-MADO							
Niveau de risque de transmission de l'infection ⁷⁷	Chlamydia trachomatis (et lymphogranulomatose vénérienne), Neisseria gonorrhoeae et syphilis			Virus de l'herpès simplex ou virus du papillome humain		Virus de l'immunodéficience humaine				
transmission de l'incettori	N1A	N1B ⁷⁸	N2A, N2B, N3	N1A	N1B, N2A, N2B, N3	N1A	N1B	N2A	N2B	N3
Aucune évidence de risque	X			Х		Х				
Risque négligeable ou très faible	Х			Х		Х				
Risque faible	X	Х		Х		Х	Х			
Risque élevé	Х	Х		Х		Х	Х	Х	Х	Х

^{76.} Pour les syndromes cliniques compatibles avec une ITS incluse ou non incluse à la liste des MADO, si les mesures de N2 ou N3 sont nécessaires, elles ne devront se faire gu'après l'examen de confirmation.

⁷⁷ Niveau 1A (N1A), Niveau 1B (N1B), Niveau 2A (N2A), Niveau 2B (N2B), Niveau 3 (N3).

⁷⁸ Pour les groupes jugés prioritaires ou à la demande d'un professionnel de la santé.

Définition des niveaux de risque⁷⁹:

- Aucune évidence de risque : Aucun potentiel de transmission associé aux pratiques sexuelles de cette catégorie et aucune preuve de transmission recensée.
- Risque négligeable ou très faible : Les pratiques sexuelles de cette catégorie comportent un potentiel de transmission de l'infection, mais aucun cas confirmé n'a été lié à ces activités.
- Risque faible : Les pratiques sexuelles de cette catégorie comportent un potentiel de transmission de l'infection et des cas confirmés ont été attribués à ces activités (généralement dans des études de cas ou des rapports anecdotiques, et ce, dans des conditions bien définies).
- Risque élevé: Les pratiques sexuelles de cette catégorie comportent un potentiel de transmission de l'infection et plusieurs cas d'infection ont été attribués à ces activités, généralement dans des études scientifiques. Dans certains cas, bien que seules quelques études aient démontré ce lien, les experts considèrent que le niveau de risque est élevé.

Peu importe le niveau de risque, si la personne dévoile son infection à ses partenaires avant d'avoir des activités comportant un risque de transmission de l'infection, les interventions coercitives ne sont généralement pas indiquées.

⁷⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Estimation du risque associé aux activités sexuelles, 2014.

B: DESCRIPTION DES NIVEAUX D'INTERVENTION À CONSIDÉRER LORS D'UN SIGNALEMENT LIÉ À UNE ITS

NIVEAU 1 - MESURES VOLONTAIRES

Ce niveau d'intervention est indiqué pour tous les signalements ITS

Niveau 1A (N1A): par l'équipe traitante

Soutenir l'équipe traitante si nécessaire en lui fournissant de l'expertise-conseil, des guides, des outils, des ressources, etc.

Niveau 1B (N1B): par la santé publique

Partager la responsabilité advenant la non-collaboration du cas-index à l'intervention du médecin traitant ou si ce dernier n'est pas en mesure de réaliser/compléter l'intervention lui-même.

Exemples d'intervention : counseling préventif, IPPAP, accompagnement au dévoilement, etc.

NIVEAU 2 - NOTIFICATION SANS CONSENTEMENT

Lorsque la situation justifie cette intervention

Niveau 2A (N2A) : par le médecin traitant

Le médecin traitant procède lui-même à la notification sans consentement au partenaire.

Niveau 2B (N2B) : par la santé publique

La santé publique soutient le médecin traitant et, dans des circonstances exceptionnelles, après avoir eu l'autorisation du DNSP, peut procéder à la notification auprès du partenaire (voir l'annexe 8 pour procéder à cette intervention).

NIVEAU 3 (N3) - ORDONNANCE DE SANTÉ PUBLIQUE

Lorsque toutes les autres interventions ne permettent pas de réduire le risque de transmission ou d'amener la personne à dévoiler son statut avant d'avoir des relations sexuelles, ou lorsqu'un danger important requiert ce type d'intervention.

Exemples d'intervention : première ordonnance de santé publique, deuxième ordonnance de santé publique