



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

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

**Le 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 a été élaboré par la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux**

**Sous la direction de :**

Horacio Arruda, directeur

**En collaboration avec la Table de coordination nationale en santé publique (TCNSP) et la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI)**

**Coordination des travaux :**

Yolaine Rioux

**Groupe de travail de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) :**

André Dontigny, directeur de santé publique, Mauricie et Centre-du-Québec,

coresponsable du groupe de travail et coprésident de la TCNMI

Philippe Lessard, directeur de santé publique, Chaudière-Appalaches

Denis Loiselle, coordonnateur maladies infectieuses, Direction de santé publique de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Robert Maguire, directeur de santé publique, Bas-Saint-Laurent

Yolaine Rioux, direction de la protection de la santé publique, MSSS, coresponsable du groupe de travail et coprésidente de la TCNMI

Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique, Montérégie

Terry Nan Tannenbaum, responsable vigie et protection, Direction de santé publique de Montréal

Jasmin Villeneuve, médecin-conseil, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

**Personnes consultées :**

André Allard, Direction de santé publique des Laurentides

Marie-Josée Archetto, Direction de santé publique de la Montérégie

Horacio Arruda, directeur de la protection de la santé publique, MSSS

Hélène Chouinard, Direction de santé publique de la Côte-Nord

Richard Lessard, directeur de santé publique de Montréal

Josiane Létourneau, Direction de santé publique de Montréal

Josée Massicotte, Direction de santé publique de la Montérégie

Madeleine Tremblay, Direction de la protection de la santé publique, MSSS

Louise Valiquette, Direction de santé publique de Montréal

Tous les membres de la TCNMI

Tous les membres de la TCNSP

**Révision linguistique :**

Francine Bordeleau

**Secrétariat :**

Pascale Khalifé

Édition produite par :

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

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : [www.msss.gouv.qc.ca/nosocomiales](http://www.msss.gouv.qc.ca/nosocomiales).

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-550-53672-7 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-53673-4 (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 partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2008

## MOT DU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

À la suite du dépôt du rapport du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (« Rapport Aucoin ») à la fin du printemps 2005, les directeurs de santé publique ont produit différents documents dans le but de tenter de baliser les rôles et responsabilités de leur direction quant au problème des infections nosocomiales.

Comme l'avait souligné le Comité, la situation épidémiologique propre à chaque région et l'absence de balises claires qui permettent de bien situer les interventions des directeurs de santé publique exigeaient l'élaboration d'un cadre de référence visant l'harmonisation des pratiques entre les différentes régions.

À l'automne 2007, un groupe de travail fut mis sur pied par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI). Le *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* est le fruit de leurs travaux.

Le problème des infections nosocomiales constitue un défi pour l'ensemble du réseau de la santé. La lutte contre les infections nosocomiales est une responsabilité partagée. La concertation des actions et la collaboration des différentes instances visées sont essentielles à la prévention et au contrôle des infections.

La diffusion du cadre de référence marque un moment important dans l'engagement des équipes des directions de santé publique en matière de lutte contre les infections nosocomiales, pour la protection de la santé de la population.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce document de référence, et particulièrement les membres du groupe de travail, qui y ont consacré temps et énergie. Les commentaires constructifs des personnes consultées tout au long du processus de rédaction auront permis d'obtenir un outil qui reflète bien la réalité des directions de santé publique et de leur désir de collaboration avec les établissements de santé qui demeurent, faut-il le souligner, les premiers artisans de la lutte contre les infections nosocomiales.

Alain Poirier,  
Directeur national de santé publique



## Résumé

La problématique des infections nosocomiales est une priorité reconnue par les directeurs de santé publique. Or malgré l'adoption, en 2001, de la Loi sur la santé publique, et bien que devant faire face à des situations épidémiologiques régionales particulières, les directeurs de santé publique appréciaient la situation de manière différente, et cela se reflétait sur l'application de leurs devoirs et pouvoirs à cet égard. Le Cadre de référence élaboré à l'intention des directeurs de santé publique se limite aux aspects de surveillance, de vigie et d'intervention dans le contexte de la protection de la santé publique.

Il permet :

- 1) de préciser les pratiques des directions de santé publique et d'en favoriser l'harmonisation;
- 2) de renforcer la capacité des équipes régionales à connaître le contexte légal relatif aux infections nosocomiales;
- 3) d'améliorer la collaboration avec les autres instances visées, notamment les établissements de soins de santé.

Le Cadre de référence comprend quatre chapitres. Au chapitre 1 est expliqué le cadre légal relatif à la prévention des infections, particulièrement en ce qui a trait à la Loi sur les services de santé et les services sociaux et la Loi sur la santé publique. Au chapitre 2 sont décrites les fonctions de santé publique, notamment en faisant la distinction entre les notions de vigie et de surveillance. Les différentes interventions de santé publique au regard des infections nosocomiales sont présentées au chapitre 3. Enfin au chapitre 4 sont précisés différents aspects de la prévention et du contrôle des infections qui relèvent d'autres instances que les directions de santé publique.

Le Cadre de référence permet donc de mieux baliser, quant à leurs aspects légaux, les interventions des directions de santé publique en matière d'infections nosocomiales.



## Table des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>9</b>
<b>CHAPITRE 1 CADRE LÉGAL.....</b>	<b>11</b>
1.1 LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX .....	11
1.1.1 <i>Les droits des usagers et les établissements</i> .....	11
1.1.2 <i>Les agences de santé et de services sociaux</i> .....	12
1.1.3 <i>Le directeur de santé publique</i> .....	13
1.2 LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE .....	13
1.2.1 <i>Devoirs et pouvoirs des directeurs de santé publique</i> .....	14
1.3 PRINCIPES DIRECTEURS .....	15
<b>CHAPITRE 2 FONCTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE.....</b>	<b>17</b>
2.1 LA SURVEILLANCE .....	17
2.1.1 <i>Les programmes de surveillance</i> .....	17
2.1.2 <i>Situation actuelle au regard des programmes de surveillance</i> .....	19
2.1.3 <i>Des exemples de surveillance régionale possible</i> .....	19
2.1.4 <i>Diffusion des données de surveillance</i> .....	20
2.2 LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE .....	20
2.2.1 <i>Vigie sanitaire</i> .....	20
2.2.2 <i>Situation actuelle au regard de l'obtention des données par les directions de santé publique</i> ..	22
2.3 L'EXPERTISE DES DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE .....	23
<b>CHAPITRE 3 INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE RELATIVES À UNE MENACE À LA SANTÉ RÉELLE OU APPRÉHENDÉE.....</b>	<b>24</b>
3.1 PHASE I : LA CARACTÉRISATION DE LA SITUATION .....	25
3.2 PHASE II : LES RECOMMANDATIONS ET LE SUIVI .....	27
3.3 PHASE III : L'INTERVENTION D'AUTORITÉ DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE .....	28
3.4 PHASE IV : FIN DE L'INTERVENTION D'AUTORITÉ ET RAPPORT D'ÉVALUATION.....	29
<b>CHAPITRE 4 AUTRES ASPECTS DE LA PRÉVENTION ET DU CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES .....</b>	<b>30</b>
4.1 RÔLE DES AGENCES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX .....	30
4.2 LA TABLE RÉGIONALE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (TRPIN) .....	30
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>31</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>33</b>
<b>ANNEXE 1. LES INFECTIONS NOSOCOMIALES AU QUÉBEC : RÔLES ET RESPONSABILITÉS.....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXE 2. ADDENDUM AU DOCUMENT <i>LES INFECTIONS NOSOCOMIALES AU QUÉBEC : RÔLES ET RESPONSABILITÉS</i> .....</b>	<b>41</b>
<b>ANNEXE 3. PROPOSITION D'OFFRE DE SERVICE DE BASE DES DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE POUR CERTAINES INFECTIONS NOSOCOMIALES .....</b>	<b>43</b>
<b>ANNEXE 4. PRINCIPAUX ARTICLES DE LOI.....</b>	<b>50</b>
<b>ANNEXE 5. BALISES LÉGALES DU SIGNALLEMENT .....</b>	<b>68</b>



<b>ANNEXE 6. DÉFINITION OPÉRATIONNELLE DE « MENACE À LA SANTÉ » .....</b>	<b>74</b>
<b>ANNEXE 7. RÉSUMÉ DU PROCESSUS DE GESTION DES RISQUES .....</b>	<b>79</b>
<b>ANNEXE 8. RÉSUMÉ DES INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE.....</b>	<b>80</b>
<b>ANNEXE 9. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE LA TABLE RÉGIONALE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES(TRPIN).....</b>	<b>82</b>

## Introduction

Les infections constituent une préoccupation de santé publique depuis des siècles. La découverte de la transmission de certaines maladies par les germes, dans la seconde moitié du 19<sup>e</sup> siècle, a conduit à de nouvelles interventions en santé publique. Avec l'amélioration des conditions de vie de la population ainsi que la découverte de l'antibiothérapie et de la vaccination, on a pu combattre ou contrôler les maladies infectieuses, et leur incidence a graduellement diminué.

Les directions de santé publique se sont traditionnellement préoccupées des maladies infectieuses transmises dans la communauté. Cependant, au printemps 1997, les directeurs de santé publique donnaient au Comité de concertation en maladies infectieuses (CCMI), devenu depuis la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI), le mandat d'explorer le rôle des directions de santé publique et du CCMI dans le dossier des infections nosocomiales, c'est-à-dire les infections transmises en établissement de soins. Les directeurs de santé publique reconnaissaient l'importance de cette problématique et signifiaient leur accord de principe pour un engagement des directions de santé publique dans le domaine des infections nosocomiales.

C'est donc avant l'automne 2003, alors qu'éclatait dans les médias la crise liée au *Clostridium difficile*, que les autorités de santé publique ont commencé à se préoccuper des infections nosocomiales; celles-ci devinrent toutefois de plus en plus reconnues comme une problématique de « santé publique ».

La crise entourant le *C. difficile* aura permis de mettre en lumière des lacunes dans les établissements de santé, et de constater la disparité des interventions des directions de santé publique en matière d'infections nosocomiales, malgré l'adoption, en 2001, de la Loi sur la santé publique, en remplacement de la Loi sur la protection de la santé publique devenue désuète. En plus de confirmer les fonctions de santé publique, la nouvelle loi délimite les pouvoirs, devoirs et interventions des autorités de santé publique, notamment en matière de protection de la santé de la population. Or il est rapidement apparu que malgré la nouvelle loi de santé publique, et nonobstant l'existence de situations épidémiologiques régionales particulières, les directeurs de santé appréciaient la situation de manière différente; cela se reflétait sur l'application de leurs devoirs et pouvoirs à cet égard. Dans son rapport<sup>1</sup>, publié en 2005, le Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales mettait en lumière cette difficulté d'arrimage et insistait sur une harmonisation des interventions de santé publique, et ce, selon le cadre législatif en vigueur.

Le 24 février 2005, la Table de coordination nationale de santé publique (TCNSP) approuvait un document intitulé *Les infections nosocomiales au Québec, rôles et responsabilités*<sup>2</sup> dans lequel sont décrits les rôles des différentes instances visées par le problème des infections nosocomiales.

---

1. COMITÉ D'EXAMEN SUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES, *D'abord ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité*, Rapport du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 89 p. Ce rapport est communément appelé « Rapport Aucoin », du nom du président du Comité.

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les infections nosocomiales au Québec : Rôles et responsabilités*, document non publié, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005. Ce document est présenté à l'annexe 1.

Afin de préciser les rôles et responsabilités des autorités de santé publique – ministre de la Santé et des Services sociaux, directeur national de santé publique et directeur de santé publique – dans la lutte contre les infections nosocomiales, un addendum est produit par un groupe de travail et approuvé par la TCNSP le 9 mai 2006<sup>3</sup>. Afin de préciser davantage le rôle des directions de santé publique en matière de surveillance, un document sur l’offre minimale de service des directions de santé publique a été produit par le Ministère, et approuvé par la TCNSP le 15 décembre 2006<sup>4</sup>. Or, dans la foulée des différents travaux réalisés par la TCNSP afin de clarifier les rôles des directeurs de santé publique, il est apparu nécessaire de faire une démarche plus poussée permettant d’harmoniser les interventions de protection de la santé publique au regard des infections nosocomiales.

Bien que la prévention et le contrôle des infections nosocomiales touchent différents acteurs et secteurs du réseau de la santé, seuls **les aspects de surveillance, de vigie et d’intervention dans le cadre de la protection de la santé de la population seront abordés ici**. Ne seront donc pas abordés, par exemple, les difficultés de gestion dans certains établissements, l’hygiène et la salubrité, la réutilisation du matériel médical, la stérilisation du matériel de soins, l’utilisation non optimale des antibiotiques, les liens entre l’utilisation des antibiotiques dans le secteur agroalimentaire et la résistance antimicrobienne. Certaines de ces questions, comme la résistance aux antimicrobiens, devront cependant faire l’objet de travaux ultérieurs.

Les directions de santé publique reconnaissent le travail colossal réalisé par les équipes de prévention des infections dans les milieux de soins et loin de vouloir s’y substituer, elles souhaitent au contraire s’inscrire en complémentarité à ces équipes d’experts.

#### Objectifs du cadre de référence

Le cadre de référence s’adresse aux directeurs de santé publique et vise à établir certaines balises quant à la surveillance, à la vigie et aux pratiques d’intervention en matière de protection de la santé publique à la suite de la détermination d’une menace à la santé. Il a été élaboré à partir du cadre légal qui définit les pouvoirs et devoirs des directeurs de santé publique.

Le Cadre de référence vient donc :

- a) renforcer la capacité des équipes régionales à connaître le contexte légal entourant les infections nosocomiales;
- b) préciser les pratiques des directions de santé publique et en favoriser l’harmonisation;
- c) améliorer la collaboration avec les autres instances visées, notamment les établissements de soins de santé.

---

3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Addendum au document Les infections nosocomiales au Québec : Rôles et responsabilités*, document non publié, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006. Ce document est présenté à l’annexe 2.

4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Proposition d’offre de service de base des directions de santé publique pour certaines infections nosocomiales*, document non publié, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006. Ce document est présenté à l’annexe 3.

## Chapitre 1 Cadre légal

Dans ce chapitre sont abordées succinctement différentes dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux<sup>5</sup> et de la Loi sur la santé publique<sup>6</sup>; ce sont les deux lois principales qui trouvent application au regard des infections nosocomiales. Celles-ci permettront de délimiter les rôles et responsabilités des directeurs de santé publique en matière d'infections nosocomiales et d'examiner brièvement les responsabilités légales des autres instances que sont les établissements et les agences de santé et de services sociaux. Ces dispositions légales mèneront à des principes directeurs qui serviront de base au cadre de référence. Les articles de loi cités dans ce chapitre sont présentés sous leur forme intégrale à l'annexe 4.

### *1.1 La Loi sur les services de santé et les services sociaux*

Les articles 1 à 78 (la partie I) constituent la pierre angulaire de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) puisqu'ils traitent des objets de la loi et des droits des usagers. Les articles 79 à 99.1 définissent l'organisation des établissements. Les articles 100 à 118.1 précisent les fonctions des établissements et leurs obligations envers les citoyens. Les articles 119 à 314 se rapportent à l'organisation des établissements, notamment au regard de l'organisation interne de ceux-ci. Voyons quelques articles qui peuvent nous aider à délimiter le champ des infections nosocomiales.

#### **1.1.1 Les droits des usagers et les établissements**

L'article 2, paragraphe 8 de la LSSSS établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné notamment à assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. Cette notion de sécurité des soins est également reprise à l'article 3, qui stipule que l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité dans le respect de ses besoins et de sa sécurité. Le fait d'introduire, dans la LSSSS, la notion de sécurité sous des aspects d'objectifs et de lignes directrices sans qu'il soit possible de les qualifier d'obligations juridiques vise probablement, selon certains juristes, « à accroître leur portée symbolique »<sup>7</sup>.

L'article 5 reconnaît le droit strict de l'utilisateur à recevoir des soins de santé et de services sociaux appropriés à sa condition, notamment en matière de prestation sécuritaire de soins. Les principes courants d'interprétation des lois laissent présumer que cet article ne s'applique qu'aux établissements régis par la LSSSS ou à leurs intermédiaires.

---

5. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q. c. S-4.2., ci-après la LSSSS.

6. *Loi sur la santé publique*, L.R.Q. c. S-2.2, ci-après LSP.

7. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Édition annotée et commentée, 13<sup>e</sup> édition, Montréal, Wilson et Lafleur ltée, 2006, p. 15.

Ces établissements, définis aux articles 79 et suivants, peuvent être privés ou publics. Ce sont :

- un centre local de services communautaires (CLSC)
- un centre hospitalier (de soins généraux et spécialisés ou de soins psychiatriques)
- un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- un centre d'hébergement et de soins de longue durée
- un centre de réadaptation (déficience intellectuelle ou trouble envahissant du développement, déficience physique, personnes alcooliques ou personnes toxicomanes, jeunes ou mères en difficulté d'adaptation)

De manière plus spécifique, l'article 100 de la LSSSS précise que :

« Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes [...]. »

Le comité de vigilance et de la qualité, défini à l'article 181.0.2, paragraphe 1, a notamment pour fonctions de recevoir et d'analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration qui portent entre autres sur la sécurité des services fournis.

L'article 183.2 précise que le comité de gestion des risques doit rechercher, élaborer et promouvoir des moyens visant à déterminer et à analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence.

La LSSSS attribue donc clairement aux établissements de soins de santé et de services sociaux la responsabilité en matière de prestation sécuritaire des soins et de la prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

Les articles 339 à 430 répartissent les fonctions de structuration du système de soins de santé et de services sociaux entre les agences, le ministre et le gouvernement. Pour les besoins du présent document, seuls quelques articles portant sur les agences et les responsabilités du directeur de santé publique seront abordés.

### **1.1.2 Les agences de santé et de services sociaux**

En matière de coordination, de surveillance et de réglementation des services de santé et des services sociaux, la LSSSS définit les dispositions légales se rapportant aux agences de santé et de services sociaux. Elles sont instituées pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de leur région (LSSSS, art. 340) et ont pour objet, entre autres, de s'assurer d'une prestation sécuritaire des services de santé.

La LSSSS accorde également des pouvoirs d'inspection, d'enquête et de surveillance aux agences. Ainsi l'article 413.2 stipule qu'une personne autorisée par écrit par une agence peut procéder à une inspection dans toute installation maintenue par un établissement afin de constater si la Loi et les règlements sont respectés. L'agence a également un pouvoir de surveillance et d'enquête, entre autres lorsqu'un établissement tolère une situation susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes à qui il fournit des services (art. 414, paragr. 2). Il convient de spécifier que ce pouvoir de surveillance s'applique à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières des établissements.

### 1.1.3 Le directeur de santé publique

L'agence a également la responsabilité de créer une direction de santé publique. La LSSSS définit les responsabilités du directeur de santé publique (art. 373). Elles sont :

1. d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin;
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;
3. d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller l'agence sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable;
4. d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant des répercussions sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action.

## 1.2 La Loi sur la santé publique

La Loi sur la santé publique (LSP) précise les pouvoirs et devoirs dévolus aux directeurs de santé publique, soit, en ce qui nous concerne, la surveillance, la vigie et la protection de la santé de la population.

L'article 2 de la LSP vient confirmer les pouvoirs des autorités de santé publique (ministre de la Santé et des Services sociaux, directeur national de santé publique nommé en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux<sup>8</sup> et directeurs de santé publique nommés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux) :

« Certaines mesures édictées par la présente loi visent à permettre aux autorités de santé publique d'exercer une **vigie sanitaire** au sein de la population et à leur donner les pouvoirs pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée. »

---

8. *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*, L.R.Q., chapitre m-19.2.

L'article 33 précise les objectifs de la fonction de surveillance confiée au directeur de santé publique.

« Une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants doit être exercée de façon à pouvoir :

1. dresser un portrait global de l'état de santé de la population;
2. observer les tendances et les variations temporelles et spatiales;
3. détecter les problèmes en émergence;
4. identifier les problèmes prioritaires;
5. élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population;
6. suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes spécifiques de santé et de leurs déterminants. »

La LSP énonce également les modalités pour l'établissement de « plans de surveillance ». À cet effet, l'article 35 spécifie que :

« Le ministre et les directeurs de santé publique, chacun pour leur fin, doivent élaborer des plans de surveillance de l'état de santé de la population qui spécifient les finalités recherchées, les objets de surveillance, les renseignements personnels ou non qu'il est nécessaire d'obtenir, les sources d'information envisagées et le plan d'analyse de ces renseignements qui leur sont nécessaires pour pouvoir exercer leur fonction de surveillance. Lorsque le ministre confie à un tiers certaines activités de surveillance ou une partie de sa fonction, le plan de surveillance doit le prévoir. »

De plus, ces plans de surveillance doivent être soumis pour avis au comité d'éthique (art. 36).

La Loi sur la santé publique confie donc sans équivoque les fonctions de surveillance de l'état de santé et de protection de la santé de la population aux directeurs de santé publique et au ministre. Elle précise toutefois que le ministre peut confier à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat d'exercer, en tout ou en partie, sa fonction de surveillance ou certaines activités de surveillance, aux conditions et dans la mesure qu'il juge appropriées (art. 34). Une telle précision n'existe pas à l'égard des directeurs de santé publique.

Dans le domaine des maladies infectieuses, y compris les infections nosocomiales, divers articles donnent aux directeurs de santé publique des pouvoirs en cas de menace à la santé de la population, notamment en matière de signalement, d'enquête épidémiologique et d'intervention.

### **1.2.1 Devoirs et pouvoirs des directeurs de santé publique**

Les articles 92 et suivants de la LSP énoncent les devoirs ou pouvoirs de différents organismes, instances et individus quant au signalement de menace à la santé aux directeurs de santé publique. La définition légale ainsi que des explications complémentaires sur la notion de signalement sont présentées à l'annexe 5.

Le chapitre XI (art. 96 et suivants) énonce les pouvoirs des directeurs de santé publique au regard d'une menace à la santé. Ainsi, un directeur de santé publique pourra procéder à une enquête épidémiologique s'il a des motifs sérieux de croire à l'existence d'une menace à la santé réelle ou potentielle (art. 96).

L'article 99 contient une particularité quant aux menaces survenant dans les établissements de santé. Notre interprétation du libellé de cet article est que le législateur a choisi de laisser la responsabilité de l'intervention en cas de menace à la santé à l'établissement lui-même, à moins que la menace soit telle (situation hors contrôle) que le ministre autorise le directeur de santé publique à poursuivre son enquête et à agir alors d'autorité.

Les articles 100 et 106 décrivent quant à eux les pouvoirs des directeurs de santé publique pour obtenir toutes les informations nécessaires à la poursuite de l'enquête et aux actions qui peuvent être nécessaires en cas de menace à la santé. Rappelons que la notion de menace à la santé<sup>9</sup> implique une absence de « contrôle » de l'agent biologique en cause qui peut conduire à une épidémie (voir l'annexe 6).

À la lumière de ces quelques articles, il appert donc que le cadre législatif actuel permet de bien définir les devoirs et pouvoirs des différentes instances dans les situations des infections nosocomiales. Il permet également d'énoncer les principes directeurs ci-dessous.

### 1.3 Principes directeurs

Nous reconnaissons que :

- 1) la prévention et le contrôle des infections nosocomiales sont d'abord et avant tout la responsabilité des établissements de santé et de services sociaux, puisqu'ils sont les fournisseurs de soins et qu'il est de leur devoir d'assurer une prestation sécuritaire de soins à leur clientèle;
- 2) en dehors d'une situation de menace à la santé de la population, la législation actuelle permet aux agences et aux directions de santé publique de jouer adéquatement leur rôle au regard de la lutte aux infections nosocomiales;
- 3) les directeurs de santé publique considèrent la question de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales comme une priorité, et entendent surveiller, exercer une vigie et intervenir en temps opportun de manière à exercer leur devoir de protection de la santé de la population.

La définition des termes « infections nosocomiales » qui sera retenue est celle du *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé*, à savoir :

« Infections acquises au cours d'un épisode de soins administrés par un établissement du réseau de la santé, quel que soit le lieu où ils sont administrés. »<sup>10</sup>

---

9. Les agents chimiques et les agents physiques sont également visés par la notion de menace à la santé, mais nous limiterons ici notre propos aux agents biologiques.

10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, p. 9.



On peut également se référer à la définition présentée dans le rapport Aucoin (p. 43) :

« [...] les infections contractées dans un établissement de soins, lors d'une hospitalisation, de soins ambulatoires, de soins de réadaptation, de soins en hébergement de longue durée; par extension, [elles couvrent] aussi les infections similaires liées aux soins dispensés à domicile, sans toutefois toucher aux autres infections iatrogènes, comme celles contractées lors de soins reçus dans un cabinet de médecin ou de dentiste. »

Il convient de souligner que les infections nosocomiales sont les infections touchant uniquement les usagers. Les infections acquises par les travailleurs de la santé doivent plutôt être abordées sous un angle de santé et sécurité au travail.

## Chapitre 2 Fonctions de santé publique

Les fonctions de santé publique sont définies dans la Loi sur la santé publique. Elles consistent en la prévention, la promotion, la surveillance et la protection. Bien que toutes ces fonctions puissent trouver application dans le domaine des infections nosocomiales, seules celles de surveillance et de protection de la santé de la population sont retenues dans le présent cadre de référence.

De plus, comme nous l'avons déjà mentionné, la Loi sur la santé publique édicte certaines mesures qui visent à permettre aux autorités de santé publique (ministre, directeur national de santé publique et directeurs 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 (art. 2).

### *Comment différencier la surveillance de la vigie sanitaire?*

Selon les définitions utilisées en santé publique, la surveillance permet la planification à long terme alors que la vigie vise l'intervention rapide dans le but de limiter, contrôler ou éliminer les risques de transmission d'un agent biologique pathogène qui menace la santé de la population<sup>11</sup>. Les données recueillies grâce aux programmes de surveillances peuvent cependant être utiles dans un contexte de vigie qui conduira à une intervention de santé publique.

## 2.1 La surveillance

### 2.1.1 Les programmes de surveillance

Comme nous l'avons vu, la Loi sur la santé publique confie la fonction de surveillance de l'état de santé de la population au ministre et aux directeurs de santé publique.

La surveillance de l'état de santé de la population se fait sur une longue période et les données peuvent être disponibles dans un délai de plusieurs mois, voire plusieurs années. Ces données servent notamment à dégager les grandes tendances, à faire des estimations pour l'avenir et à repérer les problématiques émergentes.

#### *Palier provincial*

La surveillance provinciale permet de déterminer les problématiques de façon macroscopique et de définir les orientations ministérielles ou gouvernementales.

La surveillance provinciale, telle que définie dans la LSP, devrait donc s'inscrire dans un « plan de surveillance ». Force est de constater que ce n'est actuellement pas le cas au regard des programmes provinciaux de surveillance, et cette situation suscite plusieurs interrogations chez les directeurs de santé publique. La Table nationale en prévention des infections nosocomiales,

---

11. Une définition opérationnelle de « menace à la santé » est présentée à l'annexe 6.

qui joue un rôle-conseil auprès du directeur national de santé publique, devra éventuellement être interpellée à ce sujet.

#### *Palier régional*

L'analyse des données et l'interprétation des résultats de la surveillance au niveau régional permettront d'influencer la programmation et la planification et ainsi de mieux définir les orientations en matière d'organisation de services, notamment selon les particularités de la région.

Au niveau régional, les données de surveillance peuvent provenir de diverses sources :

- MADO;
- programmes provinciaux de surveillance<sup>12</sup>;
- programmes régionaux de surveillance;
- programmes locaux de surveillance;
- autres sources de données (ex. : fichier Med-echo).

Cependant, comme le précise la LSP, le tout doit s'inscrire dans un plan de surveillance régional. Des travaux doivent donc être réalisés en ce sens, notamment afin de doter les directions de santé publique d'indicateurs au regard des infections nosocomiales dans leur plan régional de surveillance.

#### *Palier local*

Une nuance s'impose ici. Il faut faire la distinction entre les différents types de surveillance effectués, et qui auront des finalités différentes. En effet, lorsqu'on parle de « surveillance locale », par exemple dans le *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé*, on renvoie au suivi des données qui sera nécessaire afin de moduler les interventions de prévention et contrôle des infections sur le terrain et ainsi voir apparaître les situations problématiques au sein de l'établissement. La surveillance locale doit en effet permettre « de détecter la survenue d'infections nosocomiales. Elle permet d'établir les incidences de base ainsi que les tendances temporelles [...]. Ce processus continu permet de déceler précocement les problèmes, de déterminer les principaux enjeux et les priorités d'un programme de prévention des infections, de faire des comparaisons internes et externes (avec d'autres milieux de soins similaires)<sup>13</sup> ».

Il ne s'agit pas de la fonction de surveillance de l'état de santé de la population telle que décrite dans la LSP, mais plutôt d'une activité de gestion interne à l'établissement permettant d'ajuster les plans d'action en matière de prévention et contrôle des infections nosocomiales.

---

12. Les programmes provinciaux de surveillance sont élaborés sous l'égide du Comité sur la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN), qui est un sous-comité du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).

13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé*, op. cit., p.12.

## 2.1.2 Situation actuelle au regard des programmes de surveillance

Actuellement, les programmes provinciaux de surveillance élaborés par l'INSPQ, à la suite du mandat confié par le ministre, n'ont pas été définis en collaboration avec les directions de santé publique. Or, comme la surveillance de l'état de santé de la population est un mandat légal confié aux directeurs de santé publique par la LSP, il apparaît essentiel cette pratique doit être revue et corrigée afin de répondre aux attentes et mandats légaux du palier régional. Il est donc important que dans une logique de réseau de la santé, les éléments de surveillance retenus au palier provincial trouvent écho dans les plans régionaux de surveillance.

Les directeurs de santé publique souhaitent donc collaborer étroitement avec le Comité sur la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) à l'élaboration d'un programme de surveillance des infections nosocomiales au Québec. Bien que la participation aux réunions annuelles du « SPIN exécutif » soit assurée par un coordonnateur en maladies infectieuses qui représente les directions de santé publique, cela n'a pas permis aux directeurs de santé publique, à ce jour, de contribuer de manière optimale à la définition des orientations quant à la surveillance requise. Il y a donc lieu d'établir une collaboration étroite entre les directions de santé publique et le SPIN.

En plus de la surveillance locale et provinciale actuellement en cours, les directions de santé publique doivent élaborer, en collaboration avec les établissements de leur région respective (par exemple par l'entremise de la table régionale de prévention des infections), des programmes régionaux de surveillance relatifs aux infections nosocomiales. Les définitions de cas utilisés pour les programmes régionaux et locaux doivent correspondre, dans la mesure du possible, à celles utilisées dans les programmes provinciaux afin de s'assurer des comparaisons possibles entre les différents systèmes. Par ailleurs, plusieurs directions de santé publique ont un souci de surveillance à l'égard de la situation qui prévaut dans les CHSLD de leur région. Certains outils de surveillance devront donc être conçus de manière à en tenir compte. Divers objets de surveillance régionale, selon la situation propre à chaque région, pourront en outre s'ajouter au tronc commun défini au palier provincial.

Les directeurs de santé publique visent donc l'intégration de la surveillance des infections nosocomiales, que ce soit au palier provincial ou régional, aux plans de surveillance existants, comme le stipule la LSP.

## 2.1.3 Des exemples de surveillance régionale possible

Divers programmes de surveillance régionale peuvent être élaborés. Les quelques exemples qui suivent montrent certaines possibilités, notamment quant aux sources de données disponibles.

Programmes découlant de la surveillance provinciale :

- taux d'incidence du *C. difficile* par établissement (CH);
- taux d'incidence du *C. difficile* pour la région;
- taux d'incidence de l'ERV pour la région;
- nombre annuel d'éclotions d'influenza en CHSLD.

Programmes découlant de la surveillance locale (ces programmes seront déterminés à partir des situations particulières des régions, en collaboration avec les établissements) :

- taux d'incidence du SARM en CH ou en CHSLD;
- taux d'incidence de l'ERV en CH;
- taux d'incidence du *C. difficile* communautaire.

### **2.1.4 Diffusion des données de surveillance**

Par son rôle de surveillance de l'état de santé de la population, le directeur de santé publique a le devoir de diffuser cette information aux autres instances et à la population de son territoire. Chaque région doit donc déterminer la nature, la fréquence et le détail des données qui seront mises à la disposition de la population selon les modalités établies régionalement.

En ce sens, la diffusion des données sur l'état de santé de la population peut s'inscrire dans un plan de communication plus large.

## ***2.2 La protection de la santé publique***

La fonction de protection représente l'ensemble des actions de vigie, de prévention et de contrôle qui visent à protéger la population contre les menaces à la santé, dans ce cas-ci, des agents biologiques. On se situe en « protection » de la santé publique quand les informations recueillies servent à intervenir rapidement, de manière à juguler la situation problématique ou en voie de le devenir (menace réelle ou appréhendée). Nous nous attarderons ici à la vigie sanitaire.

### **2.2.1 Vigie sanitaire**

Le but comme tel de la vigie n'est pas défini par la LSP. Cependant, dans un document de travail du MSSS<sup>14</sup>, il est précisé que l'objectif de la vigie sanitaire est d'identifier des situations de menace réelle ou appréhendée à la santé afin de protéger la population. Les données doivent donc être obtenues « en temps opportun<sup>15</sup> » afin d'intervenir de façon efficace. La vigie sanitaire

---

14. CHÉNARD, L., I. CLAPPERTON et Groupe de travail sur l'élaboration de la loi, dans le cadre de la présentation de la Loi sur la santé publique, DGSP, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, février 2002. Document non publié.

15. Les termes « temps opportun », plutôt que « temps réel », ont été retenus par le groupe de travail de la TCNMI sur la vigie des infections nosocomiales en septembre 2007.

permettra de remplir la fonction de protection de la santé publique visant l'investigation sur les cas primaires, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions.

### 2.2.1.1 Sources de données de vigie sanitaire

Plusieurs sources d'information sont à la disposition des directions de santé publique afin de leur permettre d'effectuer une vigie sanitaire. Certaines font partie du travail quotidien de deuxième ligne des directions de santé publique alors que d'autres font l'objet de balises légales.

En plus des données recueillies par l'entremise des programmes de surveillance et au-delà des balises légales que constitue le système des MADO et du signalement, l'expertise-conseil et les liens instaurés entre les directions de santé publique et les établissements constituent des sources d'information nécessaires à la vigie sanitaire. Il ne faut donc pas négliger cet aspect. Selon le jugement des intervenants en cause et les informations recueillies, une conversation téléphonique pourra être suivie d'une enquête épidémiologique où seront appliqués les pouvoirs des directeurs de santé publique.

Ces liens permettront en premier lieu aux directions de santé publique d'émettre des recommandations et, le cas échéant, de conseiller ou soutenir les établissements. Cette collaboration étroite s'exerce dans le respect des expertises respectives et est fortement encouragée; elle faisait d'ailleurs l'objet de recommandations dans le Rapport Aucoin.

- **Les maladies à déclaration obligatoire (MADO)**

Certaines infections nosocomiales constituent des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Il s'agit des éclosions d'ERV, de SARM en CHSLD, et des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine (SARV). D'autres MADO peuvent également provenir d'une transmission nosocomiale, par exemple les gastro-entérites épidémiques d'origine indéterminée, la légionellose, la toxi-infection alimentaire et hydrique, etc. Les définitions nosologiques permettent de déterminer quelles situations particulières sont des MADO, notamment selon le type d'établissement de santé en cause. Dans ces situations particulières, le législateur reconnaît d'emblée le transfert de responsabilités au directeur de santé publique, puisque les MADO sont reconnues comme étant des menaces à la santé pour lesquelles une intervention de santé publique est possible et nécessaire. Les directeurs de santé publique ont la légitimité d'intervenir (par exemple d'entreprendre une enquête épidémiologique), quelle que soit la source de l'infection. Le niveau d'intervention pourra cependant varier selon la situation et sa gravité.

- **Le signalement**

La Loi sur la santé publique donne aux établissements de santé et aux professionnels de la santé des obligations précises quant au signalement de menace à la santé (art. 92 et suivants; pour la définition légale du signalement, voir l'annexe 5). Les directions de santé publique doivent donc s'approprier cette notion et amorcer des discussions avec les établissements de leur région afin que tous en aient une compréhension commune. Des travaux sont en cours au palier provincial afin de mieux préciser ce concept de manière opérationnelle, et des documents seront éventuellement produits.

## 2.2.2 Situation actuelle au regard de l'obtention des données par les directions de santé publique

En matière de vigie, les directions de santé publique doivent avoir accès à certaines données colligées par les établissements, et ce, en temps opportun. Ces données permettront aux directions de santé publique d'évaluer rapidement la situation et de détecter précocement des menaces réelles ou appréhendées. En matière d'infections nosocomiales, les données qu'il importe de recueillir en temps opportun de façon à intervenir de manière efficace, au-delà des programmes de surveillance et des données obtenues par le système MADO, peuvent être définies de la façon suivante :

- **Tout événement où il y a lieu de croire qu'une situation peut être ou devenir une menace à la santé et qui peut mener à une intervention de santé publique, par exemple :**
  - **éclosions (une éclosion peut se limiter à une unité de soins et être prise en considération, même si l'incidence des cas pour un établissement n'est pas augmentée de façon significative);**
  - **maladies ou infections émergentes;**
  - **morbidité ou mortalité exceptionnelle ou inhabituelle (par exemple, qui toucherait une population inhabituelle).**

Actuellement, les directions de santé publique peuvent éprouver de la difficulté à obtenir certaines données nécessaires à la vigie en vertu de la Loi sur la santé publique. Or, les directions de santé publique doivent clairement établir leurs besoins en matière de données nécessaires à la vigie, faire connaître ces besoins aux établissements de leur région, et déterminer avec eux les modalités de transmission des données. Des travaux sont en cours au palier provincial afin de définir les besoins des directions de santé publique en matière de vigie sanitaire.

De même, plusieurs discussions ont cours quant à la définition d'une éclosion. Au-delà de la définition classique (nombre de cas supérieur à ce qui est normalement attendu), il apparaît difficile d'élaborer une définition « opérationnelle » de l'éclosion. En effet, selon le taux habituel d'incidence de telle ou telle autre infection nosocomiale qui est propre à un établissement, des seuils au-delà desquels l'établissement peut se considérer comme en éclosion seront à déterminer régionalement entre la direction de santé publique et les établissements. Des travaux sont également en cours quant à l'élaboration d'une méthode mathématique permettant la détermination de tels seuils (groupe de travail de la TCNMI).

### *2.3 L'expertise des directions de santé publique*

Au-delà des fonctions attribuées aux directeurs de santé publique par la Loi sur la santé publique, les directions de santé publique exercent un rôle d'expertise de deuxième ligne<sup>16</sup>. Les directions de santé publique devraient donc posséder, entre autres, une expertise en épidémiologie, en gestion d'écllosion et en prévention et contrôle des maladies infectieuses en général. Les directions de santé publique peuvent également apporter leur soutien en matière de communication, de coordination des activités et de gestion.

Il appartient aux directeurs de santé publique de poursuivre le développement des ressources en ce sens, notamment par de la formation, car pour exercer leurs responsabilités, les directions de santé publique doivent être en mesure d'assumer les services spécialisés attendus. Notons que dans le cadre du processus d'élaboration des coûts normés, les ressources humaines nécessaires au dossier des infections nosocomiales ont été déterminées.

---

16. Nous entendons par deuxième ligne un service d'expertise d'orientation. Les directions de santé publique n'offrent pas de soins ou de services directs à la population, sauf en matière de protection de la santé publique, où des enquêtes épidémiologiques suivies de recommandations d'interventions sont réalisées auprès de la clientèle. Habituellement, ces démarches se font par téléphone, à la suite d'une déclaration ou d'un signalement par un intervenant du réseau ou un organisme du territoire. Par comparaison, les réseaux locaux de services (RLS) offrent des soins et services à la population de leur territoire et sont la porte d'entrée du réseau de santé.



## Chapitre 3 Interventions de santé publique relatives à une menace à la santé réelle ou appréhendée

Le but de cette section est d'harmoniser<sup>17</sup> les interventions de protection des directions de santé publique en matière d'infections nosocomiales.

Peu importe le mode d'obtention de l'information, l'objectif poursuivi en est un de protection de la santé de la population par la mise en œuvre d'une intervention de santé publique. Celle-ci peut aller de la poursuite des activités de vigie, afin de suivre une situation particulière, jusqu'au déclenchement d'une enquête qui mènera ou non à l'application des pouvoirs des directeurs de santé publique. En vertu de l'article 96 de la Loi sur la santé publique, il appartient au directeur de santé publique de décider s'il entreprendra une enquête épidémiologique. Il s'agit donc d'un pouvoir et non d'un devoir du directeur de santé publique.

Bien que le concept de gestion des risques puisse être appliqué dans le contexte des interventions proposées ici pour la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, on pourra consulter le document produit par l'INSPQ<sup>18</sup> à cet effet afin d'approfondir son application. Un résumé du processus de gestion des risques est présenté à l'annexe 7.

Il va cependant de soi que le jugement clinique et le cas par cas ont toujours leur place en matière de protection de la santé de la population.

Rappelons qu'en vertu du règlement d'application de la LSP, pour être une MADO, une infection doit être reconnue d'emblée comme une menace à la santé et qu'elle peut faire l'objet d'interventions par les autorités de santé publique<sup>19</sup>. En matière de MADO, la responsabilité de l'intervention est donc toujours transférée au directeur de santé publique, mais doit s'appliquer en tenant compte des responsabilités légales des autres instances en cause.

---

17. Le terme « harmoniser » a été choisi afin de faire ressortir la nécessité d'un accord entre les régions sur les principes d'intervention. Cependant, on ne parle pas ici d'uniformisation, ce qui laisse place à la définition de modalités propres aux régions et à la liberté d'action des directeurs de santé publique dans leur région respective.

18. 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 du Québec, 2003.

19. *Règlement d'application de la Loi sur la santé publique*, R.Q. c. S-2.2, r.1. À l'égard de la liste prévue à l'article 79 de la loi, les intoxications, les infections ou les maladies qui pourront être inscrites pour être déclarées aux autorités de santé publique devront répondre aux critères suivants :

1° représenter un risque de survenue d'autres cas au sein de la population, soit parce qu'il s'agit d'une maladie ou d'une infection contagieuse, soit parce qu'il s'agit d'une intoxication, d'une infection ou d'une maladie pouvant provenir d'une source de contamination ou d'exposition dans l'environnement de la personne atteinte;

2° être médicalement reconnues comme une menace à la santé de la population, telle que définie à l'article 2 de la loi, qui peut entraîner des problèmes de santé importants pour les personnes atteintes;

3° nécessiter une vigilance des autorités de santé publique ou la tenue d'une enquête épidémiologique;

4° disposer à leur égard d'un pouvoir d'intervention des autorités de santé publique ou d'autres autorités afin de prévenir l'apparition d'autres cas, de contrôler une éclosion ou de limiter l'ampleur d'une épidémie, soit par des moyens médicaux, soit par d'autres moyens.

Les interventions de santé publique proposées ici ne touchent donc que les situations de menace à la santé qui ne sont pas des MADO.

Dans le cas des infections nosocomiales, les interventions de santé publique sont présentées sous forme d'une gradation, ce qui permet de respecter les responsabilités des différentes instances, tout en s'assurant de protéger la santé de la population. Par ailleurs, les interventions proposées devraient toujours être réalisées en collaboration entre la direction de santé publique et l'établissement visé.

### ***3.1 Phase I : la caractérisation de la situation***

Dans la mise en lumière d'une situation qui pourrait représenter une menace à la santé<sup>20</sup>, il est d'abord essentiel de déterminer avec la personne qui soumet la situation si elle souhaite en faire un signalement formel. Par exemple, un intervenant d'un établissement communique avec la direction de santé publique pour discuter d'une situation particulière sans l'objectif, *a priori*, d'en faire un signalement; il peut quand même en résulter qu'à la lumière des propos tenus, la communication s'apparente à une définition d'une menace à la santé. L'intervenant de la direction de santé publique devrait alors informer son interlocuteur des aspects légaux se rapportant aux notions de menace à la santé et de signalement<sup>21</sup>. Il s'agit probablement, d'ailleurs, de la forme la plus classique de communication d'une situation particulière à un établissement qui peut s'apparenter à une menace à la santé et au signalement. Les informations obtenues au cours de conversations quotidiennes entre intervenants pourront conduire à des interventions de santé publique, bien qu'au départ elles ne poursuivent pas formellement ce but. Les intervenants de part et d'autre doivent donc être conscients des implications légales éventuelles de leurs conversations.

Il convient également de préciser qu'une menace à la santé peut être présente sans qu'il y ait éclosion. Ainsi une situation de mortalité ou de morbidité inhabituelle peut constituer une menace à la santé, sans que le nombre de cas d'infections ou de maladies soit plus élevé que celui attendu habituellement.

L'évaluation du risque permet donc de déterminer la présence d'une menace à la santé réelle ou appréhendée. Pour déterminer s'il existe ou non une menace à la santé, le directeur de santé publique devra évaluer la situation épidémiologique. Cependant, dans le cas qui nous occupe, la collecte de données se limitera dans un premier temps à obtenir suffisamment d'éléments afin de permettre au directeur de santé publique de vérifier si la situation en cause provient bel et bien d'un établissement de santé.

Quel que soit la source ou le moyen d'obtention de l'information, le professionnel de la direction de santé publique doit définir la situation en cause et son contexte. Il pourra déterminer s'il s'agit ou non d'une menace réelle ou appréhendée à la santé de la population, notamment en se fondant sur les questions suivantes :

---

20. La mise en lumière d'une telle situation peut se faire de multiples façons : téléphone, télécopieur, courriel, conversation dans le cadre du travail ou d'une activité à caractère social, etc.

21. Se rappeler que certains individus doivent signaler une menace à la santé, alors que d'autres peuvent le faire. Voir les articles 92 et suivants de la LSP.

- La situation est-elle causée par un agent biologique?
- Y a-t-il risque de transmission (risque d'épidémie)?
- La situation peut-elle entraîner des risques importants à la santé?
- Les autorités de santé publique ou d'autres autorités peuvent-elles intervenir?
- La direction de santé publique voit-elle dans la situation des motifs (ex. : manque d'information) à poursuivre une enquête?
- La situation est-elle, ou semble-t-elle hors contrôle?

#### Absence de menace à la santé

Si la réponse à l'une de ces questions est négative, la présence d'une menace à la santé n'est pas imminente et le directeur de santé publique demeurera vigilant. Il faut cependant prendre en considération le mode de transmission (d'humain à humain, d'animal à humain ou par l'entremise d'un véhicule ou vecteur commun) et ses répercussions éventuelles sur la santé de la population (ex. : de l'eau ou des aliments contaminés pourront conduire à une éclosion). Si la situation n'est pas causée par un agent biologique, la personne qui reçoit l'information devra faire en sorte d'orienter l'établissement vers les bonnes instances ou équipes de la direction de santé publique (ex. : santé au travail ou santé environnementale) qui auront l'autorité nécessaire pour agir au besoin. En l'absence de risque de transmission, ou si les risques à la santé n'apparaissent pas importants (ex. : plutôt une nuisance à la santé), le directeur pourra suivre la situation et émettre des recommandations. S'il manque d'information pour faire un choix de gestion éclairé du risque, le directeur de santé publique devra être en mesure d'obtenir plus de précision de la part de l'établissement afin d'étoffer le dossier. Il est à noter qu'à ce stade, les informations doivent demeurer non nominatives. Si la situation est provoquée par un agent biologique transmissible comportant des risques importants à la santé, mais qu'elle est maîtrisée, le directeur de santé publique pourra, par exemple, demander un suivi hebdomadaire selon les modalités définies avec l'établissement, offrir son soutien et faire certaines recommandations pour éviter que la situation ne se dégrade. La direction de santé publique exercera alors son rôle d'expert de deuxième ligne et agira à titre de conseiller pour l'établissement le cas échéant.

#### Présence d'une menace à la santé, réelle ou appréhendée

Si les réponses aux six questions énoncées plus haut sont toutes positives, le directeur de santé publique (le professionnel ou l'équipe, selon les modalités définies régionalement) doit tenter d'évaluer le risque en cause. Si les données recueillies ne sont pas suffisantes pour apprécier la situation, le directeur de santé publique doit retourner auprès du signalant pour obtenir les données nécessaires. Il pourra alors décider de procéder ou non à une enquête épidémiologique en vertu de l'article 96 de la LSP. Ce n'est d'ailleurs qu'à compter de ce moment (enquête) que des données nominales pourront lui être transmises.

L'évaluation du risque « vise à estimer de manière qualitative et quantitative la probabilité de survenue et/ou la gravité des conséquences sur la santé qu'un agent ou une situation dangereuse peut entraîner chez une personne ou dans une population<sup>22</sup> ». Cependant, comme le stipule l'article 99 de la LSP, si la source de la menace semble venir d'un établissement de santé, le directeur de santé publique avisera les autorités en cause (le directeur des services professionnels ou le directeur général) afin qu'elles interviennent de façon à régler le problème.

---

22. 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 du Québec, 2003.

Le directeur de santé publique doit demeurer vigilant. D'ailleurs en vertu de la LSP, l'établissement en cause doit lui fournir l'information quant aux mesures prises pour régler la situation de menace. Si les mesures prises sont satisfaisantes et que la situation est contrôlée, le directeur de santé publique pourra continuer à surveiller la situation, par exemple en demandant des états de situation hebdomadaires ou en s'assurant d'être avisé si la situation évolue de façon inattendue.

Toujours en vertu de la LSP, le directeur national de santé publique doit également être avisé de la présence d'une menace à la santé qui provient d'un établissement de santé. Il va de soi que seules les situations suffisamment documentées qui représentent une menace réelle à la santé de la population devront être portées à l'attention du directeur national de santé publique. Les situations qui pourraient avoir une portée suprarégionale ou nationale devraient aussi lui être soumises. La transmission de l'information peut se faire par téléphone, par courriel sécurisé ou par télécopieur sécurisé. Les informations transmises devraient comprendre le nom de l'établissement, une brève description de la situation et le suivi accordé par le directeur de santé publique. Le plan d'action de l'établissement sera transmis au directeur national de santé publique à sa demande seulement.

### ***3.2 Phase II : les recommandations et le suivi***

En présence de menace à la santé, l'établissement doit soumettre un plan d'action à la direction de santé publique. Celui-ci doit faire mention des problèmes constatés, des objectifs visés, des solutions proposées, des personnes qui auront la responsabilité de mettre ces solutions en place dans l'établissement ainsi que des échéanciers prévus.

À la réception du plan d'action, la direction de santé publique peut faire certaines recommandations, en fonction des lignes directrices reconnues. Elle peut également offrir son expertise en matière d'investigation épidémiologique (épidémiologie de terrain), de gestion d'éclosion ou de liens avec des experts provinciaux, le cas échéant.

La direction de santé publique convient alors avec l'établissement des modalités du suivi qui sera fait par son personnel. Un suivi hebdomadaire de l'évolution de la situation et de l'application du plan d'action peut s'avérer nécessaire.

La responsabilité de la gestion de la situation demeure celle de l'établissement, la direction de santé publique agissant en soutien. De ce fait, toutes les communications internes à l'établissement sont du ressort de l'établissement. De même, les informations qui seront transmises au conseil d'administration de l'établissement relèvent de la direction de l'établissement.

Les directions de santé publique devraient, même à cette étape, procéder à la rédaction d'un journal de bord où sont consignées, selon le déroulement des événements, toutes les communications, recommandations ou autres réalisées dans le contexte du soutien à l'établissement. Cet outil pourra être utile afin de reconstituer le cours des événements.

Il se peut également que l'établissement aux prises avec une situation particulière demande d'emblée le soutien de la direction de santé publique afin de l'aider à trouver des solutions.

Dans la grande majorité des cas, l'étroite collaboration entre la direction de santé publique et l'établissement conduira à la résolution du problème. Tout doit être mis en œuvre pour favoriser cette collaboration, tout en laissant la responsabilité de la résolution de la crise à l'établissement qui dispose, comme nous l'avons vu, de l'autorité légale et de l'expertise pour agir efficacement.

### ***3.3 Phase III : l'intervention d'autorité du directeur de santé publique***

Il se peut qu'une situation échappe au contrôle de l'établissement, malgré l'application de certaines mesures, l'expertise en place et la collaboration avec la direction de santé publique. En vertu de l'article 99 de la LSP, le ministre peut alors demander au directeur de santé publique de poursuivre son enquête au sein de l'établissement. Le directeur de santé publique agira maintenant d'autorité, selon les pouvoirs qui lui sont confiés par la LSP<sup>23</sup>. Cette enquête du directeur de santé publique couvrira bien sûr les aspects épidémiologiques de la situation, mais pourra aussi, plus largement, s'étendre aux aspects liés à la prévention et au contrôle des infections, par exemple la gestion, les communications, l'hygiène et la salubrité, etc. Le directeur de santé publique a en somme à évaluer l'ensemble de la situation, de façon à apporter des pistes de solutions qui permettront de résoudre la situation problématique.

Il s'agit là d'une mesure exceptionnelle qui ne doit donc pas devenir une routine d'intervention de la part des directeurs de santé publique.

Cependant, lorsque cette intervention d'autorité est requise, il est impératif que le mandat confié par le ministre au directeur de santé publique soit transmis par écrit, en indiquant les motifs ayant mené à l'application de cette mesure et les modalités déterminées par le ministre. Une telle procédure permet de légitimer l'intervention d'autorité et l'application des pouvoirs du directeur de santé publique au sein d'un établissement, tels que définis dans la LSP.

Dès que le directeur de santé publique est placé en position d'autorité, toutes les recommandations, demandes ou exigences de sa direction deviennent exécutoires. Il est évidemment souhaitable que dans la mesure du possible, une saine collaboration soit préservée entre la direction de santé publique et l'établissement. La prestation des soins et services demeure la responsabilité de l'établissement, et la direction de santé publique ne devrait en aucun cas se substituer aux interventions qu'on peut qualifier de cliniques. Le rôle de la direction de santé publique demeure un rôle d'enquête. De même, les aspects relatifs aux pratiques médicales ou cliniques ne sont pas du ressort des directions de santé publique; ils relèvent des ordres professionnels, du CMDP, du CII ou du CM (art. 213 et suivants de la Loi sur les services de santé et les services sociaux).

La direction de santé publique définit, en collaboration avec l'établissement, les modalités de déroulement de l'enquête : présence sur place d'un professionnel de la direction de santé publique, participation à différents comités, suivi du plan d'action, données à obtenir, etc. Il est évidemment essentiel que la direction de santé publique affecte à l'enquête le personnel en

---

23. Ces pouvoirs sont décrits aux articles 100 et 106 de la LSP, et l'article 135 de la LSP confère au directeur de santé publique les mêmes pouvoirs que ceux confiés à un commissaire enquêteur. « Pour les fins des communications ou 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. »

nombre suffisant selon l'intensité des travaux requis soient mobilisés selon l'intensité des travaux requis. L'enquête épidémiologique et le suivi des actions se poursuivent jusqu'à la résolution de la situation problématique.

### ***3.4 Phase IV : fin de l'intervention d'autorité et rapport d'évaluation***

Dès que la situation est revenue à la normale ou du moins, est maîtrisée (ex. : deux périodes d'incubation sans nouveaux cas se sont écoulées, il n'y plus de mortalité ou de mortalité excessive), le directeur de santé publique signifie par écrit au ministre son intention de mettre fin à son enquête. Ici encore, les échanges entre le directeur de santé publique et le ministre de même qu'entre la direction de santé publique et l'établissement devraient se faire par écrit. Un rapport de l'enquête et des interventions réalisées ou des recommandations à concrétiser sera transmis à l'établissement et, sur demande, au ministre.

Un résumé des interventions de santé publique est présenté sous forme de tableau à l'annexe 8.

## **Chapitre 4 Autres aspects de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales**

### ***4.1 Rôle des agences de santé et de services sociaux***

Rappelons que la LSSSS confie aux agences un pouvoir d'inspection et une responsabilité de prestation sécuritaire des services. L'hygiène et la salubrité (organisation, matériel, produits utilisés, etc.), les communications (plan et outils de communication, relations avec les médias, etc. ), les affaires médicales (utilisation optimale des antibiotiques, traitement adéquat des infections, implication médicale, stérilisation, etc.), les immobilisations (installations matérielles, désuétude des installations, respect des normes de rénovation et de construction, etc.), le financement, la gestion de l'information, les ressources humaines sont autant de domaines relevant des directions des agences de autres que celle de santé publique et qui peuvent influencer la prestation des services de santé, notamment en matière d'infections nosocomiales.

Bien qu'en cas de menace à la santé, le directeur de santé publique agisse d'autorité, et ce, même auprès de toutes les autres directions de l'Agence, cela ne signifie pas que toutes les expertises reliées à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales se retrouvent au sein de la direction de santé publique. Puisque plusieurs secteurs d'activité ont un impact sur la survenue d'une infection nosocomiale, il est nécessaire que toutes les directions des Agences travaillent en étroit partenariat dans la lutte contre les infections nosocomiales.

### ***4.2 La Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN)***

La création des tables régionales en prévention des infections nosocomiales (TRPIN) fait partie des stratégies visant à coordonner, à l'échelle régionale, les activités liées à la surveillance, à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales, notamment en ce qui concerne l'harmonisation des pratiques, le partage des outils et des meilleures pratiques, la formation et le soutien aux établissements.

La TRPIN a un rôle-conseil auprès de l'agence de santé et de services sociaux et relève de celle-ci. Les rôles et mandats de la TRPIN sont présentés à l'annexe 9.

Il est nécessaire que les directions de santé publique participent aux activités de la TRPIN. Il revient à chaque directeur de santé publique de déterminer l'intensité de cette participation ou de prévoir la création d'autres instances régionales.

## Conclusion

Le Cadre de référence permet de mieux baliser les aspects légaux des interventions des directions de santé publique en matière d'infections nosocomiales.

Après que la TCNSP aura adopté le cadre de référence, il faudra en faire la diffusion dans le réseau afin que son contenu soit partagé avec les différents comités provinciaux et régionaux, les autres directions des agences de santé et de services sociaux, les établissements de santé et les équipes de prévention des infections.

La LSP prévoit d'autres fonctions de santé publique qui devront être examinées à leur tour éventuellement.

Par exemple, l'article 53 de la LSP présente les fonctions promotion et prévention<sup>24</sup>. Celles-ci touchent évidemment un ensemble de questions relatives à la santé; elles visent des actions qui peuvent être de niveau local, régional et provincial, et qui ne sont donc pas propres aux directions de santé publique. En matière d'infections nosocomiales, les directions de santé publique peuvent soutenir les établissements dans l'élaboration de campagnes d'information, notamment à l'intention des usagers, des visiteurs et du personnel soignant.

Des campagnes de sensibilisation sur le lavage des mains, sur les bonnes pratiques d'hygiène, sur l'étiquette respiratoire, etc., peuvent être élaborées sur une base régionale (ou provinciale) en collaboration avec les établissements.

Afin de prévenir la transmission nosocomiale de certaines infections, des campagnes de promotion de la vaccination, notamment contre l'influenza saisonnière, peuvent également être conçues par les directions de santé publique en collaboration avec les établissements.

La diffusion des lignes directrices provinciales par les directions de santé publique, et leur application par les établissements constituent aussi des activités de prévention. En dehors de situations inhabituelles (éclosion, ou encore morbidité ou mortalité inhabituelles), il n'appartient généralement pas aux directions de santé publique de contrôler l'application de ces lignes

---

24. Pour prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et influencer de façon positive les facteurs déterminants de la santé de la population, le ministre, les directeurs de santé publique et les établissements exploitant un centre local de services communautaires, chacun au niveau d'intervention qui le concerne, peuvent notamment:

- 1) tenir des campagnes d'information et de sensibilisation auprès de la population;
- 2) favoriser et soutenir auprès des professionnels de la santé la pratique de soins préventifs;
- 3) identifier au sein de la population les situations comportant des risques pour la santé et les évaluer;
- 4) mettre en place des mécanismes de concertation entre divers intervenants aptes à agir sur les situations pouvant présenter des problèmes de morbidité, d'incapacité et de mortalité évitables;
- 5) promouvoir la santé et l'adoption de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population auprès des divers intervenants dont les décisions ou actions sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population en général ou de certains groupes;
- 6) soutenir les actions qui favorisent, au sein d'une communauté, la création d'un milieu de vie favorable à la santé et au bien-être.



directrices. Par ailleurs, la table régionale en prévention des infections apparaît comme une instance privilégiée pour le partage d'orientations, de réflexions, d'outils, de pratiques, etc., en matière de prévention et de promotion pour les infections nosocomiales.

Voilà donc autant de sujets qui devront retenir l'attention des directeurs de santé publique afin de poursuivre l'harmonisation des pratiques souhaitées par les directions de santé publique.

La Loi sur la santé publique est une loi jeune, et elle nécessite encore une appropriation de la part des directions de santé publique et des différents intervenants qu'elle concerne. Les consultations réalisées dans les directions de santé publique ont en effet mis en évidence un grand besoin de mieux connaître la loi.

Quant au Cadre de référence, les directeurs de santé publique devront réfléchir à son opérationnalisation et à sa mise en œuvre.

L'harmonisation des pratiques est souhaitée et souhaitable. Il appartient au réseau de la santé publique dans son ensemble de prendre les moyens pour y parvenir.

## Bibliographie

### Lois consultées

*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q. c. S-4.2.

*Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Édition annotée et commentée, 13<sup>e</sup> édition, Montréal, Wilson et Lafleur ltée, 2006.

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

*Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*, L.R.Q., chapitre m-19.2.

### Autres documents consultés

CHÉNARD, L., I. CLAPPERTON et GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ÉLABORATION DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE. *Tableau de comparaison entre vigie, surveillance et recherche*, document non publié, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.

COSMA, Yann. *Balises légales du signalement*, document non publié, Montréal, Direction de santé publique de Montréal, 2007.

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 du Québec, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rôles et responsabilités de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN)*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *D'abord ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité*, Rapport du comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 89 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les infections nosocomiales au Québec : Rôles et responsabilités*, document non publié, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Addendum au document Les infections nosocomiales au Québec : Rôles et responsabilités*, document non publié, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Proposition d'offre de service de base des directions de santé publique pour certaines infections nosocomiales*, document non publié, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006.

RIOUX, Yolaine. *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, 169 p.

## **Annexe 1. Les infections nosocomiales au Québec : Rôles et responsabilités**

*Ce document date de 2005. Il faudra donc en tenir compte lorsque sont annoncées des actions futures prévues pour avant 2008. Nous reproduisons le document à titre d'information, car il a fortement inspiré le présent Cadre de référence.*

**Les infections nosocomiales au Québec**

**Rôles et responsabilités**

---

**Ministère de la Santé et des Services sociaux**

**24 février 2005**

## Préambule

Le document précise les rôles et les responsabilités des établissements, des instances régionales et nationales au regard du dossier de la prévention des infections nosocomiales. Les lois et obligations déontologiques existantes en cette matière ont préséance sur les arrimages décrits dans ce document.

D'entrée de jeu, il faut préciser que la prévention des infections nosocomiales est en premier lieu la responsabilité de chaque établissement et de chacun de ses intervenants en vertu de leur pratique et de leurs obligations professionnelles.

Les rôles et les responsabilités décrits ici tiennent compte de la collaboration qui s'est développée au regard de ce dossier au cours des dernières années et évolueront en fonction des différents travaux.

### 1. Niveau local

#### 1.1 Établissements

- La prévention et le contrôle des infections nosocomiales sont sous la responsabilité de l'établissement, qui doit s'assurer de favoriser les pratiques et un milieu sécuritaire pour prévenir l'apparition et la propagation des infections chez les patients, le personnel et les visiteurs. L'établissement a la responsabilité d'assurer la vigie au regard des infections reliées à un épisode de soins.
- Le comité de prévention des infections (CPI) a comme mandat d'orienter et de documenter les actions et les prises de décision au regard de la prévention des infections nosocomiales à l'intérieur de l'établissement. La constitution ainsi que les rôles et responsabilités du CPI peuvent varier selon l'établissement afin de tenir compte du contexte organisationnel et des responsabilités d'autres entités, telles que le Comité de gestion des risques et de la qualité.

### 2. Niveau régional

#### 2.1 Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS)

L'ADRLSSSS élabore un plan d'action régional en liaison avec le plan d'action national et ceux des établissements de son territoire. Pour ce faire, elle s'appuie sur les recommandations de sa table régionale en prévention des infections nosocomiales dont elle assure la mise en place, le bon fonctionnement et le soutien logistique. Elle détermine les ressources financières et humaines nécessaires à l'actualisation du plan. Elle informe la Direction générale de la santé publique du plan d'action régional et des problématiques singulières, le cas échéant. Elle transmet les copies des procès-verbaux de la table régionale aux comités de prévention des infections des divers établissements représentés à la table.

## 2.2 Table régionale de prévention des infections nosocomiales

La Table régionale de prévention des infections nosocomiales conseille l'agence, facilite la concertation et soutient l'implantation des activités de prévention, de surveillance et de contrôle des infections nosocomiales. La constitution et le fonctionnement de ces tables sont déterminés selon des modalités adaptées à chaque région.

Son rôle est :

- de faire des recommandations à l'agence sur les efforts à déployer en prévention des infections dans les divers établissements de santé de la région;
- de faciliter la concertation et l'implantation à l'échelle régionale des activités précisées dans le plan d'action régional, notamment en ce qui concerne l'harmonisation des pratiques, le partage des outils, la formation et le soutien aux établissements;
- de conseiller et de soutenir l'agence, à sa demande, à l'occasion d'un signalement aux termes de la Loi sur la santé publique.

La table régionale est composée de professionnels et de médecins microbiologistes infectiologues en prévention des infections des établissements et de représentants des directions de l'agence. Après consultation, l'agence désigne le président de la table.

## 3. Niveau national

### 3.1 La Direction générale de la santé publique (DGSP)

La Direction générale de la santé publique est responsable de déterminer les orientations, d'adopter un plan d'action national de lutte contre les infections nosocomiales et d'implanter ce plan en mobilisant l'ensemble des directions ministérielles visées. Elle met en place et soutient la Table nationale de prévention des infections nosocomiales, et assure les liens entre le réseau de surveillance des infections nosocomiales et les comités provinciaux dont les travaux ont une incidence sur la prévention des infections (ex. : comité de réutilisation du matériel à usage unique, comité de stérilisation, Comité des infections nosocomiales du Québec).

### 3.1.1 La Table nationale de prévention des infections nosocomiales

La Table nationale relève de la DGSP et entretient un lien fonctionnel avec le Groupe VIGILANCE pour la sécurité des soins.

Son rôle est :

- d'élaborer un plan d'action de lutte contre les infections nosocomiales en concordance avec les priorités établies par le Comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ), le Programme national de santé publique, la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (projet de loi 113) et le Programme de gestion des risques dans les établissements du réseau. Ce plan d'action doit faire l'objet d'une consultation auprès du Groupe VIGILANCE pour la sécurité des soins;
- de soutenir l'implantation du plan d'action et de faciliter, à l'échelle provinciale, les actions retenues par le MSSS en ce qui concerne la prévention, la surveillance et le contrôle des infections nosocomiales, notamment au regard de l'harmonisation des pratiques, du partage des outils ou encore, de la diffusion des lignes directrices;
- de soutenir la vigie au regard des phénomènes émergents dans les milieux de soins, et ce, en collaboration avec les établissements, les agences, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et le Bureau de surveillance et de vigie sanitaire (BSV) de la Direction de la protection de la santé publique (DPSP).

Les processus permettant d'actualiser le rôle de la Table sont à définir avec les membres, la Direction de la protection de la santé publique et le directeur national de santé publique.

#### **Sa composition**

Le président de la Table est nommé conjointement par la DGSSMU et la DGSP après consultation de l'AMMIQ. Siégeront en outre à la Table : des médecins microbiologistes infectiologues, des infirmières en prévention des infections, des représentants des comités d'experts CINQ, SPIN et du Groupe VIGILANCE pour la sécurité des soins, un représentant de l'INSPQ, un représentant des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, un représentant des directions de santé publique, trois représentants des tables régionales, ainsi que des représentants des directions ministérielles, soit la DGSSMU et la Direction de la coordination, des associations d'infirmières en prévention des infections (AIPI, CHICA), de l'Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec (AMMIQ), de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) et de l'Association des CLSC-CHSLD.

Le président de la Table pourra décider de constituer un comité pour en faciliter le fonctionnement.

### 3.2 La Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire (DGSSMU)

La Direction de l'organisation des services médicaux et de l'excellence clinique de la DGSSMU a notamment le mandat de déterminer, en concertation avec les organismes intéressés, les lignes directrices favorisant la révision des pratiques médicales et la prestation de services de qualité. Elle travaille étroitement avec la Direction de la qualité de la Direction générale de la coordination au regard de l'application de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux.

Elle soutient un comité ad hoc d'experts externes au regard de la stérilisation qui proposera des lignes directrices (décembre 2005). Elle responsabilisera les organismes d'agrément afin que soient intégrées les exigences au regard de la stérilisation dans les processus d'agrément, processus devenu obligatoire pour les établissements depuis décembre 2002. Elle confiera à ces mêmes organismes et à l'Association canadienne des normes la responsabilité des mises à jour. Le suivi de la conformité des établissements à ces exigences sera assuré par le processus d'agrément.

Par ailleurs, des démarches au sein du MSSS sont en cours pour que les besoins, les questions et les processus relativement à la stérilisation et à la réutilisation du matériel à usage unique puissent être évalués par une instance nationale.

### 3.3 La Direction générale de la coordination

Cette direction est responsable de la coordination des activités auprès des ADRLSSSS. Elle participe à l'analyse des besoins et à la répartition des ressources financières et humaines nécessaires à l'actualisation du plan d'action en concertation avec la Direction générale du financement et de l'équipement.

### 3.4 Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

L'INSPQ est mandaté par le directeur national de santé publique pour assurer la surveillance des infections nosocomiales, le développement d'expertise par l'entremise de son comité d'experts CINQ, ainsi que la formation des intervenants et gestionnaires engagés dans le dossier des infections nosocomiales.

Plus précisément, l'INSPQ a comme mandat :

- de proposer, en liaison avec le CINQ, le BSV et la Table provinciale des infections nosocomiales, les priorités et les programmes de surveillance des infections nosocomiales au Québec;
- de soutenir la fonction d'alerte auprès des autorités régionales et nationales de santé publique sur des événements inhabituels (éclosions de bactéries multirésistantes) et d'assurer une veille scientifique sur les questions relatives à la prévention des infections;
- de contribuer à la formation des professionnels en prévention des infections et de soutenir les régions en cas de besoins particuliers d'expertise;
- de documenter et faire connaître les avancées en méthodes de diagnostic susceptibles d'améliorer la prévention des infections nosocomiales.



### ***Rôles et responsabilités des comités d'experts CINQ et SPIN***

En tant que comités d'experts, le CINQ et son sous-comité pour la Surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) sont rattachés à l'INSPQ.

Le CINQ a comme mandat :

- de fournir ou d'apporter l'expertise scientifique sur la problématique, de définir les priorités et les grandes lignes du plan d'action, de faire des recommandations au regard des stratégies reconnues efficaces de prévention et de contrôle des infections au moyen de lignes directrices et enfin, d'émettre des avis scientifiques sur des questions qui lui sont transmises par la Table nationale ou par la DPSP. Il propose des objets de recherche;
- de fournir, par son sous-comité SPIN, l'expertise en matière de surveillance (objets de surveillance, méthodes, analyse des données, etc.) en collaboration avec l'INSPQ et le BSV de la DPSP.

#### 4. Les partenaires

Les associations professionnelles dont les membres jouent un rôle important sur le terrain ainsi qu'au sein des comités locaux et nationaux de prévention des infections sont des partenaires de premier plan dans la lutte contre les infections nosocomiales. C'est dans ce continuum que cette implication doit se prolonger au niveau des tables régionales et de la Table nationale, de façon à faciliter les liens entre les milieux de soins et les tables d'expertise. Leur rôle est :

- de collaborer à la nomination de représentants de leur association au sein des tables régionales et nationale et des différents comités relatifs à la prévention des infections (CINQ, SPIN, etc.);
- de collaborer à la transmission de l'information auprès de leurs membres;
- de collaborer à la formation des professionnels en prévention des infections;
- de participer de façon active à l'implantation et au fonctionnement des tables régionales et de la Table nationale.

## **Annexe 2. Addendum au document *Les infections nosocomiales au Québec : Rôles et responsabilités***

Ce document date de 2005. Il faudra donc en tenir compte lorsque sont annoncées des actions futures prévues pour avant 2008. Nous reproduisons le document à titre d'information, car il a fortement inspiré le présent Cadre de référence.

Ce texte vise à préciser les rôles et responsabilités des autorités de santé publique – ministre de la Santé et des Services sociaux, directeur national de santé publique et directeur de santé publique – dans la lutte contre les infections nosocomiales. Les précisions sont apportées en tenant compte des responsabilités confiées à ces autorités par la Loi sur la santé publique et à la lumière des recommandations formulées dans le rapport du Groupe d'examen sur les infections nosocomiales (rapport Aucoin). Elles complètent le document *Les infections nosocomiales au Québec : Rôles et responsabilités* adopté le 24 février 2005.

### Le directeur de santé publique

Le directeur de santé publique est responsable d'exercer une surveillance continue des infections nosocomiales dans sa région. Afin d'assurer une normalisation des méthodes et des données au niveau provincial et de soutenir les établissements, l'INSPQ s'est vu confier le mandat d'élaborer des systèmes de surveillance des infections nosocomiales. Les médecins, les laboratoires et les établissements de santé et de services sociaux fournissent les renseignements nécessaires à cette surveillance.

Le directeur de santé publique est également responsable d'assurer une vigie sanitaire dans le but de déceler les infections nosocomiales qui constituent une menace à la santé de la population<sup>25</sup>. Cette vigie s'exerce notamment grâce au signalement, par les médecins et les établissements, des situations où ils ont des motifs de croire qu'il existe une menace à la santé. Le directeur de santé publique qui constate la présence d'une telle situation en avise le directeur des services professionnels ou le directeur général de l'établissement. Le directeur de santé publique coordonne alors l'ensemble des interventions requises et exerce une autorité fonctionnelle sur les autres directions de l'agence. Dans des circonstances particulières, il peut, sur demande du ministre, poursuivre une enquête épidémiologique dans l'établissement. Il a ainsi accès au lieu, peut y faire une inspection et a accès aux renseignements requis par son enquête, même s'il s'agit de renseignements personnels.

En dehors d'un contexte de menace à la santé, le président-directeur général de l'agence peut confier au directeur de santé publique la tâche d'assurer la coordination des services régionaux – transferts inter-établissements, accès aux services de laboratoire ou à des équipements spécialisés, partage d'information et d'expertise professionnelle. Dans ce cas, le directeur de santé publique met en place et soutient le fonctionnement de mécanismes de concertation, tels que la table

---

25. Présence d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée. Appliquée aux infections nosocomiales, la notion de menace à la santé correspond à une situation d'éclosion, c'est-à-dire où lorsqu'il y a apparition subite d'un nombre plus ou moins élevé de cas d'une infection grave qui n'est habituellement pas présente dans cet établissement ou lorsqu'il y a augmentation inhabituelle du nombre de cas d'une infection grave dans un établissement où cette infection est présente à l'état endémique.

régionale en prévention des infections nosocomiales. Il peut, au besoin, être représenté aux comités de prévention des infections des établissements du territoire.

Par ailleurs, lorsque le directeur de santé publique constate qu'un établissement présente une situation comportant des risques élevés de mortalité, d'incapacité ou de morbidité évitables, il peut demander formellement à l'établissement visé et aux autres directions de l'agence de participer avec lui à la recherche de solutions, et ce, même en dehors d'une situation d'éclosion. Les personnes interpellées sont alors tenues de participer à cette recherche de solution.

#### Le ministre de la Santé et des Services sociaux

Le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi d'un plan national de lutte contre les infections nosocomiales. Ce plan couvre la surveillance, les lignes directrices, la formation, la veille scientifique, la recherche, le dépistage et l'immunisation des travailleurs de même que les ressources nécessaires à sa mise en œuvre. Le ministre est également responsable de définir le rôle les responsabilités et les obligations des établissements, des agences, des directeurs de santé publique, des directions générales du MSSS, de l'INSPQ et des groupes d'experts.

Le ministre peut coordonner les actions de plusieurs directeurs de santé publique ou exercer les pouvoirs accordés au directeur de santé publique lorsqu'il est informé d'une situation susceptible de constituer une menace pour la population de plus d'une région<sup>26</sup>. Il peut aussi déléguer au directeur national de santé publique les fonctions et pouvoirs que la Loi sur la santé publique lui attribue.

#### Le directeur national de santé publique

Le directeur national de santé publique préside un comité ministériel sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales responsable d'implanter le plan national. Le directeur national met en place et soutient la Table provinciale de prévention des infections nosocomiales et assure la concertation entre les divers groupes visés par ces infections (comité de stérilisation, Groupe VIGILANCE pour la sécurité des soins, etc.).

Au nom du ministre, le directeur national élabore les plans de surveillance en collaboration avec l'INSPQ et le Comité sur les infections nosocomiales au Québec (CINQ). Il est également responsable de définir, en collaboration avec les directeurs de santé publique et le CINQ, les modalités de signalement, le moment et les motifs d'intervention du directeur de santé publique auprès des établissements de même que les modalités d'intervention en situation d'éclosion.

Le directeur national s'assure qu'une équipe mobile d'experts est mise à la disposition des directeurs de santé publique lorsqu'une situation d'éclosion dans un établissement est difficile à maîtriser. Conjointement avec les agences, l'INSPQ et ses groupes d'experts de même que les directions générales du MSSS visées, il planifie des campagnes de promotion d'habitudes sécuritaires, participe à la planification de la main-d'œuvre nécessaire, s'assure d'un accès rapide aux services de laboratoire et voit à la mise en place de programmes de formation et de recherche.

---

26. Dans des circonstances exceptionnelles, il peut suspendre le directeur de santé publique de ses fonctions : si ce dernier commet une faute grave, s'il est empêché d'agir ou s'il tolère une situation susceptible de mettre en danger la santé de la population.

## Annexe 3. Proposition d'offre de service de base des directions de santé publique pour certaines infections nosocomiales

Document présentée à la TCNSP par le Groupe de travail sur les responsabilités dans le domaine des infections nosocomiales  
le 15 décembre 2006

### Introduction

Le document *Rôles et responsabilités des autorités de santé publique dans le domaine des infections nosocomiales*, adopté par les membres de la Table de coordination nationale de santé publique le 2 juin 2006, a permis de préciser les rôles et les responsabilités des autorités de santé publique dans la lutte contre les infections nosocomiales. Afin de mieux cerner les attentes quant à l'exercice de ces rôles et responsabilités, ce document propose une définition de l'offre de service de base des directions de santé publique (DSP) pour certaines infections nosocomiales jugées prioritaires.

Il convient de rappeler que la responsabilité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales appartient en premier lieu aux établissements de santé. Le rôle des directions de santé publique consiste, d'une part, à la surveillance et à la vigie<sup>27</sup> des infections pouvant constituer une menace à la santé de même que le contrôle des éclosions. D'autre part, il consiste à soutenir les établissements en matière de prévention de ces infections – formation de formateurs, élaboration d'outils, diffusion des lignes directrices, etc. La Table régionale de prévention et de contrôle des infections nosocomiales constitue un lieu privilégié pour exercer ces responsabilités. De manière générale, les directions de santé publique, en collaboration avec l'INSPQ, le Ministère et leurs partenaires locaux, ont également la responsabilité de faire la promotion des bonnes pratiques d'hygiène – le lavage des mains, par exemple – auprès de la population et du personnel soignant.

Dans le contexte de la mise en place de nouveaux systèmes de surveillance des infections nosocomiales au Québec, l'offre de service de base a été définie pour les infections suivantes : l'infection à *C. difficile* et l'infection à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), puis la bactériémie à *S. aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et la bactériémie sur cathéter central en soins intensifs. L'offre de service a également été définie pour les éclosions d'infections graves à SARM en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), qui constituent une maladie à déclaration obligatoire (MADO). Pour ces cinq types d'infections, la réflexion a porté sur l'ensemble de l'offre de service des directions de santé publique, et non pas seulement sur le volet « surveillance ». En plus de définir l'offre de service de base, les éléments requis pour assurer adéquatement l'exercice des responsabilités confiées aux directions de santé publique ont également été précisés.

En plus de l'offre de service de base pour certaines infections nosocomiales, trois autres objets de préoccupation, en rapport avec les infections nosocomiales, ont également fait l'objet d'une

---

27. Dans la mesure où des outils permettant une vigie sanitaire sont disponibles.

réflexion. Il s'agit du *C. difficile* acquis dans la communauté, du SARM acquis dans la communauté et de la résistance aux antibiotiques. Des recommandations ont été formulées et sont présentées en annexe.

### 1. L'infection à *C. difficile* et l'infection à ERV

Ces deux infections, dans la mesure où elles ont un potentiel de transmission d'une personne à une autre si elles ne sont pas contrôlées, devraient faire l'objet d'une offre de service plus élaborée de la part des directions de santé publique. En général, l'expertise des professionnels de santé publique se rapporte aux secteurs suivants : l'épidémiologie, la gestion d'éclotions, la formation de formateurs et l'élaboration d'outils. Le tableau 1 présente la façon dont les systèmes de surveillance élaborés par l'INSPQ ont été structurés et la proposition d'offre de service des DSP pour ces deux infections.

Tableau 1. **Éléments de surveillance et offre de service de base des DSP pour les infections à *C. difficile* et à ERV**

	<i>C. difficile</i>	ERV
Clientèles visées	<b>CH*</b> <b>CHSLD*</b> (en situation d'éclotion)	<b>CH</b> <b>CHSLD</b> (en situation d'éclotion)
Participation au système de surveillance	<b>CH</b> : obligatoire <b>CHSLD</b> : déclaration obligatoire des éclotions	<b>CH</b> : obligatoire <b>CHSLD</b> : déclaration obligatoire des éclotions
Information recueillie et transmise	<b>CH</b> : information devrait être transmise « en temps réel » (actuellement, les données sont transmises dès leur inscription au système, qui peut aller jusqu'à un mois après la fin de la période) <ul style="list-style-type: none"> <li>√ Nombre de cas, non nominal, par période (données actuelles)</li> <li>√ Complications, y compris les décès (volet facultatif)</li> <li>√ Information disponible aux DSP et aux CH</li> </ul> <b>CHSLD</b> : au constat de l'éclotion – transmise aux DSP	<b>CH</b> : information devrait être transmise « en temps réel » <ul style="list-style-type: none"> <li>√ Nombre de nouveaux cas**, non nominal, par période (données actuelles)</li> <li>√ Information disponible aux DSP et aux CH</li> </ul> <b>CHSLD</b> : au constat de l'éclotion – transmise aux DSP
Seuil d'investigation	<b>CH</b> : selon l'évaluation de la DSP et en consultation avec les experts <b>CHSLD</b> : selon la définition d'éclotion	À définir selon l'épidémiologie régionale
Intervention de base des DSP	<b>CH et CHSLD</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>√ S'assurer de l'application des lignes directrices provinciales</li> <li>√ Surveillance (suivi systématique des données de surveillance et partage des données avec la Table régionale de prévention et de contrôle des infections nosocomiales) – pour les CHSLD, surveillance d'éclotion</li> </ul>	<b>CH et CHSLD</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>√ S'assurer de l'application des lignes directrices provinciales</li> <li>√ Surveillance (suivi systématique des données de surveillance et partage des données avec la table régionale de prévention et de contrôle des infections nosocomiales) –</li> </ul>

	<i>C. difficile</i>	ERV
	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Soutenir l'agence dans la coordination des services régionaux (ex : tests de laboratoire disponibles, transferts inter-établissements, etc.)</li> <li>√ Dans le cas d'une situation problématique, notamment seuil atteint ou dépassé en CH : partenariat avec l'établissement et soutien de la DSP, au besoin<sup>***</sup></li> <li>√ Lorsqu'il y a menace à la santé, malgré une première intervention de la DSP : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Avis au directeur des services professionnels ou au directeur général (Loi sur la santé publique)</li> <li>○ Utilisation des pouvoirs du directeur de santé publique au besoin<sup>****</sup></li> <li>○ Coordination des services régionaux, au besoin</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pour les CHSLD, surveillance d'éclosion</li> <li>√ Soutenir l'agence dans la coordination des services régionaux (ex : tests de laboratoire disponibles, transferts inter-établissements, etc.)</li> <li>√ Dans le cas d'une situation problématique, partenariat avec l'établissement et soutien offert de la DSP, au besoin<sup>***</sup></li> <li>√ Lorsqu'il y a menace à la santé, malgré une première intervention de la DSP : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Avis au directeur des services professionnels ou au directeur général (Loi sur la santé publique)</li> <li>○ Utilisation des pouvoirs du directeur de santé publique au besoin<sup>****</sup></li> <li>○ Coordination des services régionaux, au besoin</li> </ul> </li> </ul>
Données rendues disponibles à la population	Le principe de transparence s'applique et il appartient à chaque niveau de diffuser l'information qui le concerne : les CH (données locales), les DSP (bilans régionaux) et le ministre (bilans provinciaux)	Le principe de transparence devrait s'appliquer et il appartient à chaque niveau de diffuser l'information qui le concerne : les CH (données locales), les DSP (bilans régionaux) et le ministre (bilans provinciaux). Toutefois, dans la mesure où le nombre de cas dépend, entre autres, de l'intensité du dépistage effectué, il faudrait s'assurer du respect de lignes directrices sur le dépistage, s'assurer que les données sont validées avant de les diffuser et que les données font bien la distinction entre les cas cliniques et les porteurs

\* CH : centre hospitalier; CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée.

\*\* Un nouveau cas = 1 souche patient/année.

\*\*\* Il peut s'agir d'un soutien pour l'enquête, la mise en place des mesures de prévention, la mobilisation de la direction, la coordination des demandes de tests à un laboratoire de référence, etc. L'intensité de l'intervention variera en fonction des besoins exprimés par le CH et des ressources disponibles à la DSP. L'équipe provinciale pourra être sollicitée pour soutenir l'intervention.

\*\*\*\* Dans des circonstances particulières, le directeur de santé publique peut, sur demande du ministre, poursuivre une enquête épidémiologique dans l'établissement. Il a ainsi accès au lieu, il peut y faire une inspection et il a accès aux renseignements requis par son enquête, même s'il s'agit de renseignements personnels.

## 2. Bactériémie à SARM et bactériémie sur cathéter central en soins intensifs

Les bactériémies sont des infections qui ne se transmettent pas de personne à personne. Aussi les DSP ont-elles un rôle plus limité au regard de ce type d'infections. La prévention s'effectue sur une base individuelle et elle concerne essentiellement la qualité de l'acte médical et la qualité des soins, qui ne sont pas du champ de compétence des DSP. Par ailleurs, l'établissement ou le médecin ont la responsabilité de signaler aux autorités de santé publique toute situation inhabituelle survenant dans un établissement, par exemple une éclosion de bactériémies à un microorganisme spécifique. À la suite de ce signalement, la DSP intervient selon la situation et utilise au besoin les pouvoirs qui lui sont confiés. Le tableau 2 précise la proposition d'offre de service des DSP pour ces deux infections.

Tableau 2. Offre de service de base des DSP pour la bactériémie à SARM et la bactériémie sur cathéter central en soins intensifs

	Bactériémie à SARM	Bactériémie sur cathéter central en soins intensifs
Intervention de base des DSP	<p>S'assurer de l'application des lignes directrices provinciales sur le SARM afin de réduire ou de contrôler la présence de SARM dans l'établissement</p> <p>En cas de signalement de la part du CH :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>√ Partenariat/soutien selon les demandes</li> <li>√ Au cours de situations particulières, utilisation des pouvoirs du directeur de santé publique au besoin</li> </ul>	<p>En cas de signalement de la part du CH :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>√ Partenariat/soutien selon les demandes</li> <li>√ Au cours de situations particulières, utilisation des pouvoirs du directeur de santé publique au besoin</li> </ul>

Il faut toutefois préciser que la mise en place d'une surveillance de la prévalence de **tous les cas de SARM** pourrait éventuellement modifier le rôle des DSP pour cette infection.

### **3. L'écllosion d'infections graves à SARM en CHSLD**

L'écllosion de SARM en CHSLD constitue une maladie à déclaration obligatoire. La définition nosologique d'écllosion en CHSLD, établie en 2005, est la suivante : lorsqu'il y a présence, dans le CHSLD, de deux nouveaux cas d'infections graves causées par la même souche de SARM transmise en milieu de soins et nécessitant une chirurgie ou une antibiothérapie intraveineuse de plus de 14 jours. La transmission doit se produire à l'intérieur de un mois.

Les CHSLD ont donc la responsabilité de déclarer ces écllosions à la DSP. À la suite d'une telle déclaration, la DSP soutient, au besoin, l'investigation de l'écllosion, formule des recommandations et fait le suivi de la situation régionale. Ce suivi peut s'effectuer par l'entremise de la table régionale de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Enfin, la DSP soutient l'agence dans l'organisation régionale des services (ex. : transferts inter-établissements).

### **Conclusion**

L'offre de service de base des DSP a été précisée pour certaines infections jugées prioritaires. Cette offre de service peut être appelée à évoluer selon les nouvelles connaissances et le développement de l'expertise de chacun des acteurs visés. À cet égard, les DSP ont la responsabilité de développer l'expertise requise pour répondre à ce nouveau rôle avec le soutien de l'INSPQ. Au-delà de la définition précise des services attendus, les autorités de santé publique demeurent responsables 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 la protection de celle-ci.



## Annexe

### 1. Le *C. difficile* acquis dans la communauté

Le *C. difficile* acquis dans la communauté est un phénomène qui préoccupe depuis peu et qui requiert la mise en place de mesures particulières. Actuellement, les systèmes de surveillance ne permettent pas toujours de faire la distinction entre le *C. difficile* d'origine nosocomiale et le *C. difficile* acquis dans la communauté. Il y a donc lieu, dans un premier temps, de mieux documenter le problème et de fournir les outils permettant une surveillance adéquate. Cette étape franchie, les DSP devront fournir, selon la situation régionale, de l'information à la population de même qu'aux médecins de première ligne. Ils auront également à collaborer à la formation des médecins de famille en ce qui concerne l'utilisation judicieuse des antibiotiques.

### 2. Le SARM acquis dans la communauté

Le SARM acquis dans la communauté (SARM-AC) constitue une infection ayant un potentiel d'émergence. Il ne concerne pas directement les infections nosocomiales puisque les infections à SARM-AC sont identifiées chez des individus n'ayant pas eu de contact récent avec un milieu de soins. Toutefois, elles sont préoccupantes car elles peuvent se transmettre en milieu hospitalier et donc, devenir des infections nosocomiales. On craint de plus le risque de transmission croisée de la résistance entre le SARM-AC et le SARM-nosocomial, qui n'ont pas le même profil de résistance.

Dans ce contexte, une surveillance devra être mise en place pour mieux documenter l'épidémiologie du SARM-AC. La surveillance pourrait être effectuée par les microbiologistes et les laboratoires, étant donné le profil génétique particulier du SARM-AC de même que les manifestations cliniques associées, qui le distinguent du SARM-nosocomial.

Par la suite, selon l'épidémiologie du phénomène, les DSP pourraient avoir les responsabilités suivantes :

1. diffuser de l'information aux médecins de première ligne (sur le diagnostic, le traitement, etc.) de même qu'à la population (sur le mode de transmission, les mesures de prévention, etc.), en collaboration avec le MSSS;
2. soutenir l'agence pour s'assurer de l'accès aux tests de laboratoire permettant de distinguer le SARM-AC du SARM-nosocomial;
3. évaluer les interventions requises lorsqu'une telle infection leur est signalée.

### 3. La résistance aux antibiotiques

La résistance aux antibiotiques de même que leur utilisation appropriée excèdent la question des infections nosocomiales. Toutefois, il s'agit d'un enjeu qui ne peut être ignoré. Plusieurs questions se posent quant au rôle des DSP dans ce domaine et à la capacité de la santé publique d'y fournir une expertise au-delà de celle développée par le LSPQ. Il s'agit d'un dossier qui requiert une contribution de l'ensemble des cliniciens du réseau de la santé tout comme une collaboration intersectorielle, notamment avec le secteur de l'agroalimentaire. Il nécessite donc des approches variées auprès de différents acteurs. Par ailleurs, le système de surveillance de la consommation des antibiotiques qui sera mis en place dans les établissements permettra de faire entre cette consommation et l'antibiorésistance. La DSP et la table régionale auront un rôle à jouer notamment dans la transmission de l'information entre les établissements, qu'il s'agisse des

établissements de la région ou des établissements avec lesquels la région a établi des corridors de services.

Dans ce contexte il est souhaité, dans le cadre des travaux que mène l'INSPQ, qu'un état de situation sur la résistance aux antibiotiques soit préparé pour discussion à la TCNSP.

## Annexe 4. Principaux articles de loi

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c.S-4.2

**2.** Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la présente loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à:

1° assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services;

2° favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être;

3° partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux;

4° rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social;

5° tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socio-culturelles, ethno-culturelles et socio-économiques des régions;

6° favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes;

7° favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec;

8° favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux, dans le respect des droits des usagers de ces services;

8.1° assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux;

9° assurer la participation des ressources humaines des établissements visés au titre I de la partie II au choix des orientations de ces établissements et à la détermination de leurs priorités;

10° promouvoir la recherche et l'enseignement de façon à mieux répondre aux besoins de la population.

---

**3.** Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux:

1° la raison d'être des services est la personne qui les requiert;

2° le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;

3° l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;

4° l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;

5° l'usager doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

---

**5.** Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.

---

**79.** Les services de santé et les services sociaux sont fournis par les établissements dans les centres suivants:

- 1° un centre local de services communautaires;
- 2° un centre hospitalier;
- 3° un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse;
- 4° un centre d'hébergement et de soins de longue durée;
- 5° un centre de réadaptation.

Mission d'un centre local de services.

**80.** La mission d'un centre local de services communautaires est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

Responsabilité de l'établissement.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Mission.

La mission d'un tel centre est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire, conformément aux dispositions prévues dans la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2).

Centre hospitalier.

**81.** La mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.

**82.** La mission d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse est d'offrir dans la région des services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, requis par la situation d'un jeune en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse ( chapitre P-34.1) et de la Loi sur les jeunes contrevenants (Lois révisées du Canada (1985), chapitre Y-1) ainsi qu'en matière de placement d'enfants, de médiation

familiale, d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption et de recherche des antécédents biologiques.

Évaluation des besoins.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les besoins des personnes qui requièrent de tels services soient évalués et que les services requis par elles-mêmes ou par leur famille leur soient offerts soit directement, soit par les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Centre d'hébergement et soins de longue durée.

**83.** La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

Évaluation des besoins.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations.

Centre de jour ou hôpital.

La mission d'un tel centre peut comprendre l'exploitation d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour.

Centre de réadaptation.

**84.** La mission d'un centre de réadaptation est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou à cause de leur alcoolisme ou autre toxicomanie, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes.

Évaluation des besoins.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les jeunes en difficulté d'adaptation et les personnes présentant une déficience et, principalement sur référence, les personnes alcooliques ou les autres personnes toxicomanes et les mères en difficulté d'adaptation; il s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'ils soient dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Centres hospitaliers.

**85.** Les centres hospitaliers appartiennent à l'une ou l'autre des classes suivantes:

1° centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;

2° centre hospitalier de soins psychiatriques.

Centre de réadaptation.

**86.** Un centre de réadaptation appartient à l'une ou plusieurs des classes suivantes, selon la clientèle qu'il dessert:

1° centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement;

2° centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique;

3° centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes;

4° centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation;

5° centre de réadaptation pour les mères en difficulté d'adaptation.

Centre de réadaptation.

**87.** Un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique appartient à l'un ou plusieurs des types suivants, selon la clientèle qu'il dessert:

1° centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience auditive;

2° centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience visuelle;

3° centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience motrice.

Centre hospitalier.

**88.** Le ministre peut, après avoir consulté le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport et le ministre du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, désigner centre hospitalier universitaire un centre hospitalier exploité par un établissement qui, en plus d'exercer les activités propres à sa mission, offre des services spécialisés ou ultraspécialisés dans plusieurs disciplines médicales, procède à l'évaluation des technologies de la santé, participe à l'enseignement médical dans plusieurs spécialités, selon les termes d'un contrat d'affiliation conclu conformément à l'article 110, et gère un centre de recherche ou un institut de recherche reconnu par le Fonds de la recherche en santé du Québec institué par la Loi sur le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation ( chapitre M-30.01).

Institut universitaire.

**89.** Le ministre, après avoir consulté le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport et le ministre du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, peut, pour une seule discipline médicale, désigner institut universitaire tout centre exploité par un établissement qui, en plus d'exercer les activités propres à la mission d'un tel centre, participe à l'enseignement médical, principalement dans cette discipline médicale, selon les termes d'un contrat d'affiliation conclu conformément à l'article 110, offre des services médicaux ultraspécialisés ou spécialisés ou des services reliés à la médecine familiale, procède à l'évaluation des technologies de la santé et gère un centre de recherche ou un institut de recherche reconnu par le Fonds de la recherche en santé du Québec.

Institut universitaire.

**90.** Le ministre peut, après avoir consulté le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport et le ministre du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, désigner institut universitaire tout centre exploité par un établissement qui, en plus d'exercer les activités propres à la mission d'un tel centre, remplit les conditions suivantes:

1° il dispense des services de pointe soit dans un champ d'intervention interdisciplinaire de la santé et des services sociaux, soit dans le domaine social;

2° il participe à la formation, selon le cas, soit de professionnels de la santé et des services sociaux, soit de professionnels des sciences humaines et sociales selon les termes d'un contrat d'affiliation conclu conformément à l'article 110;

3° il est doté d'une structure de recherche reconnue, selon le cas, soit conjointement par le Fonds de la recherche en santé du Québec et par un organisme voué au développement de la recherche sociale, soit exclusivement par ce dernier organisme;

4° il évalue des technologies ou des modes d'intervention reliés à son secteur de pointe.

Centre affilié universitaire.

**91.** Le ministre peut, après avoir consulté le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport et le ministre du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, désigner centre affilié universitaire tout centre, autre qu'un centre désigné centre hospitalier universitaire ou institut universitaire, exploité par un établissement qui, en plus d'exercer les activités propres à la mission d'un tel centre, participe à la formation de professionnels du domaine de la santé et des services sociaux ou à des activités de recherche selon un contrat conclu conformément au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 110.

**92.** *(Abrogé).*

Activités complémentaires.

**93.** L'agence peut permettre à un établissement d'exercer à titre complémentaire, outre les activités propres à la mission de tout centre qu'il exploite, certaines activités propres à la mission de tout autre centre.

Population visée.

Elle peut, de la même manière, confier à un établissement qui exploite tout centre la responsabilité de desservir l'ensemble ou une partie de la population de la région.

Offre de services.

Elle peut enfin confier à l'établissement de sa région qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse la responsabilité d'offrir, malgré l'article 82, tout ou partie de ses services dans une région où il n'y a pas d'établissement qui exploite un tel centre.

Établissement.

**94.** Est un établissement toute personne ou société qui exerce des activités propres à la mission de l'un ou de plusieurs des centres visés à l'article 79.

Cabinet privé.

**95.** N'est pas un établissement une personne ou une société qui exploite un cabinet privé de professionnel.

Interprétation.

On entend par cabinet privé de professionnel un local, situé ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement, où un ou plusieurs médecins, dentistes ou autres professionnels, individuellement ou en groupe, pratiquent habituellement leur profession à titre privé et à leur seul compte, sans fournir à leur clientèle des services d'hébergement.

Institution religieuse ou établissement d'enseignement.

**96.** N'est pas un établissement une institution religieuse ou un établissement d'enseignement qui exploite une infirmerie où il reçoit les membres de son personnel ou ses élèves ni une institution religieuse qui maintient une installation d'hébergement et de soins de longue durée pour y recevoir ses membres ou ses adhérents pourvu que le nombre d'adhérents n'excède pas 20.

Établissements.

**97.** Les établissements sont publics ou privés.

Établissement public.

**98.** Est un établissement public tout établissement:

1° constitué en personne morale sans but lucratif avant le 1<sup>er</sup> juin 1972, quelle que soit la loi sous l'autorité de laquelle son acte constitutif a été accordé;

2° constitué en personne morale sans but lucratif après le 1<sup>er</sup> juin 1972 et dont l'existence est continuée conformément aux articles 540 à 544;

3° constitué en personne morale en vertu de la présente loi;

4° résultant d'une fusion ou d'une conversion faite en vertu de la présente loi.

Établissement privé.

**99.** Est un établissement privé tout établissement:

1° non constitué en personne morale;

2° constitué en personne morale à but lucratif;

3° constitué en personne morale sans but lucratif et exerçant des activités propres à la mission d'un centre mentionné aux paragraphes 2°, 4° ou 5° de l'article 79 pourvu que les installations maintenues par l'établissement ne puissent permettre d'héberger plus de 20 usagers.

Établissement public.

**99.1.** Un établissement public visé au paragraphe 1° de l'article 98 demeure public même si les installations qu'il maintient ne permettent plus d'héberger plus de 20 personnes ou si, en raison d'une réorganisation des services qu'il dispense, il cesse d'héberger plus de 20 personnes.

---

**100.** Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et efficience leurs ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu, incluant le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population. De plus, dans le cas d'une instance locale, celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations.

---

**181.0.1.** Dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le conseil d'administration doit créer un comité de vigilance et de la qualité



responsable principalement d'assurer, auprès du conseil, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la présente loi ou de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (chapitre P-31.1).

---

**183.1.** Le plan d'organisation de tout établissement doit aussi prévoir la formation d'un comité de gestion des risques.

Membres et règles.

Le nombre de membres de ce comité ainsi que ses règles de fonctionnement sont déterminés par règlement du conseil d'administration de l'établissement.

Composition.

La composition de ce comité doit assurer une représentativité équilibrée des employés de l'établissement, des usagers, des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement de même que, s'il y a lieu, des personnes qui, en vertu d'un contrat de services, dispensent pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier. Le directeur général ou la personne qu'il désigne est membre d'office de ce comité.

Fonctions.

**183.2.** Ce comité a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à:

1° identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;

2° s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;

3° assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

---

**340.** L'agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Responsabilité.

À cette fin, l'agence a pour objet:

1° d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;

1.1° de s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;

2° de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région;

- 3° d'élaborer le plan stratégique pluriannuel visé à l'article 346.1 et d'en assurer le suivi;
- 4° d'allouer les budgets destinés aux établissements, d'accorder les subventions aux organismes communautaires et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées visées à l'article 454;
- 5° d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ou à l'article 361.1 ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et organismes communautaires visés à l'article 454 et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
- 5.1° d'assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et d'exercer, sur demande du ministre, la coordination interrégionale;
- 6° de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- 7° d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;
- 7.1° d'exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2) ;
- 7.2° d'évaluer les résultats de la mise en oeuvre de son plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
- 7.3° de soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente et conformément à l'article 105.1, de préciser la contribution attendue de chacun des établissements;
- 7.4° de permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes visées au paragraphe 7.3°, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;
- 7.5° de s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;
- 7.6° de développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et de les adapter aux particularités de ceux-ci;
- 7.7° de prévoir des modalités et de développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus;
- 7.8° de développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits;
- 8° d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

---

**373.** Le directeur de santé publique est responsable dans sa région:

- 1° d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin;

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;

3° d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller l'agence sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable;

4° d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action.

Fonction.

Le directeur assume, en outre, toute autre fonction qui lui est confiée par la Loi sur la santé publique (Chapitre S-2.2).

---

**413.2.** Une personne autorisée par écrit par une agence à faire une inspection peut, à tout moment raisonnable, pénétrer dans toute installation maintenue par un établissement de la région de cette agence afin de constater si la présente loi et les règlements sont respectés.

Pouvoirs.

Cette personne peut, lors d'une inspection:

1° examiner tout document relatif aux activités exercées dans cette installation et en tirer copie;

2° exiger tout renseignement relatif à l'application de la présente loi ainsi que la production de tout document s'y rapportant.

Communication de documents.

Toute personne qui a la garde, la possession ou le contrôle de tels documents doit, sur demande, en donner communication à la personne qui procède à l'inspection.

Certificat de qualité.

Une personne qui procède à une inspection doit, si elle en est requise, exhiber un certificat signé par l'agence attestant sa qualité.

Enquête de l'Agence.

**414.** L'agence peut exercer un pouvoir de surveillance de la façon prévue à l'article 489, faire enquête ou charger une personne qu'elle désigne pour faire enquête dans les cas suivants:

1° lorsqu'un établissement ne respecte pas la loi;

2° lorsqu'un établissement tolère une situation susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes qu'il dessert;

3° lorsque l'agence constate, en tout temps au cours d'une année financière, que les dépenses d'un établissement public excèdent ses revenus et que le maintien de l'équilibre budgétaire de cet établissement est menacé;

4° lorsque l'agence estime qu'il y a eu faute grave, notamment malversation, dans la gestion de cet établissement.

Pouvoirs et immunité.

L'agence ou la personne qu'elle désigne pour faire enquête sont, pour la conduite de cette enquête, investies des pouvoirs et de l'immunité des commissaires nommés en vertu de la Loi sur les commissions d'enquête (Chapitre C-37), sauf le pouvoir d'emprisonnement.

Plan d'action.

**415.** L'agence peut, une fois l'enquête complétée, exiger de l'établissement concerné qu'il lui soumette un plan d'action pour donner suite aux recommandations qu'elle a formulées.

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

## CHAPITRE I

### OBJET DE LA LOI

Protection, maintien et amélioration.

**1.** La présente loi a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général.

Vigie sanitaire.

**2.** Certaines mesures édictées par la présente loi visent à permettre aux autorités de santé publique d'exercer une vigie sanitaire au sein de la population et à leur donner les pouvoirs pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée.

Menace à la santé de la population.

Dans la présente loi, 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.

Autorités de santé publique.

Les autorités de santé publique visées par la présente loi sont le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique nommé en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux ( chapitre M-19.2) et les directeurs de santé publique nommés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ( chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris ( chapitre S-5).

---

**20.** Le Comité d'éthique a pour principale fonction de donner son avis sur l'aspect éthique des projets de plans de surveillance et les projets d'enquêtes socio-sanitaires qui lui sont soumis par le ministre et les directeurs de santé publique.

Fonction.

Il peut notamment donner son avis sur:

1° l'objet de la surveillance continue, les indicateurs ou les facteurs déterminants retenus par un plan de surveillance ou pour la tenue d'une enquête;

2° le type de renseignements qu'il est nécessaire de recueillir, les sources d'information et le plan d'analyse de ces informations qui est envisagé.

---

**33.** Une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants doit être exercée de façon à pouvoir:

1° dresser un portrait global de l'état de santé de la population;

2° observer les tendances et les variations temporelles et spatiales;

3° détecter les problèmes en émergence;

4° identifier les problèmes prioritaires;

5° élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population;

6° suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes spécifiques de santé et de leurs déterminants.

Titulaires.

**34.** La fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population est confiée exclusivement au ministre et aux directeurs de santé publique.

Délégation de pouvoirs.

Toutefois, le ministre peut confier à l'Institut national de santé publique du Québec le mandat d'exercer, en tout ou en partie, sa fonction de surveillance ou certaines activités de surveillance, aux conditions et dans la mesure qu'il juge appropriées. Il peut aussi confier un tel mandat à un tiers, mais dans ce cas le mandat doit être préalablement soumis pour avis à la Commission d'accès à l'information.

Plans de surveillance.

**35.** Le ministre et les directeurs de santé publique, chacun pour leur fin, doivent élaborer des plans de surveillance de l'état de santé de la population qui spécifient les finalités recherchées, les objets de surveillance, les renseignements personnels ou non qu'il est nécessaire d'obtenir, les sources d'information envisagées et le plan d'analyse de ces renseignements qui leur sont nécessaires pour pouvoir exercer leur fonction de surveillance. Lorsque le ministre confie à un tiers certaines activités de surveillance ou une partie de sa fonction, le plan de surveillance doit le prévoir.

Avis du Comité.

**36.** Les projets de plans de surveillance doivent être soumis pour avis au Comité d'éthique.

Copie à la Commission.

Lorsqu'un plan de surveillance prévoit une communication de renseignements personnels sur laquelle la Commission d'accès à l'information doit se prononcer en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels ( chapitre A-2.1) ou lorsque cette dernière doit examiner un mandat confié par le ministre en vertu de l'article 34 de la présente loi, une copie de l'avis du Comité d'éthique doit être remise à la Commission.

Réévaluation.

**37.** Le ministre et chaque directeur de santé publique doivent réévaluer périodiquement la nécessité de maintenir chacun de leurs plans de surveillance ou d'y apporter des changements.

Renseignements.

**38.** Le ministre et les directeurs de santé publique peuvent exiger des médecins, des laboratoires médicaux, publics ou privés, des établissements de santé et de services sociaux ou de tout ministère ou organisme, qu'ils leur fournissent des renseignements nécessaires à l'exécution d'un plan de surveillance sous une forme qui ne permet pas d'identifier les personnes que ces renseignements concernent, mais qui permet d'obtenir l'information recherchée par territoire desservi par un établissement de santé et de services sociaux exploitant un centre local de services communautaires, par municipalité, par arrondissement ou par quartier.

---

**79.** Le ministre dresse, par règlement, une liste des intoxications, des infections et des maladies qui doivent faire l'objet d'une déclaration au directeur de santé publique du territoire et, dans certains cas prévus au règlement, au directeur national de santé publique ou à l'un et l'autre.

Critères.

**80.** Ne peuvent être inscrites à cette liste que des intoxications, des infections ou des maladies médicalement reconnues comme pouvant constituer une menace à la santé d'une population et nécessitant une vigilance des autorités de santé publique ou la tenue d'une enquête épidémiologique.

Déclaration.

**81.** La déclaration doit indiquer le nom et l'adresse de la personne atteinte et tous les autres renseignements, personnels ou non, prescrits par règlement du ministre. Elle doit être transmise de la manière, dans la forme et dans les délais qu'indique le règlement.

Déclarants.

**82.** Sont tenus de faire cette déclaration, dans les cas prévus au règlement du ministre:

1° tout médecin qui diagnostique une intoxication, une infection ou une maladie inscrite à la liste ou qui constate la présence de signes cliniques caractéristiques de l'une de ces intoxications, infections ou maladies, chez une personne vivante ou décédée;

2° tout dirigeant d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale, privé ou public, lorsqu'une analyse de laboratoire faite dans le laboratoire ou le département qu'il dirige démontre la présence de l'une de ces intoxications, infections ou maladies.

---

## SIGNALEMENT AUX AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

Gouvernement et municipalités.

**92.** Les ministères, les organismes gouvernementaux et les municipalités locales doivent signaler au directeur de santé publique du territoire concerné ou au directeur national de santé publique 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.

Médecin.

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

Établissements de santé et de services sociaux.

Les établissements de santé et de services sociaux doivent signaler au directeur de santé publique du 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.

Milieus de travail et milieux de vie.

**94.** Les 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, 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 oeuvrant dans un tel établissement peut aussi signaler une telle situation au directeur de santé publique.

Divulgence de renseignements personnels ou confidentiels.

**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.

Agent biologique sexuellement transmissible.

Les dispositions des articles du présent chapitre ne peuvent être utilisées pour permettre à un ministre, un organisme, une municipalité locale, un établissement de santé et de services sociaux, un médecin, un directeur d'établissement ou un professionnel de la santé de signaler une menace à la santé de la population provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible.

## CHAPITRE XI

### POUVOIRS DES AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE ET DU GOUVERNEMENT EN CAS DE MENACE À LA SANTÉ DE LA POPULATION

#### SECTION I

#### ENQUÊTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DES DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE

Enquête épidémiologique.

**96.** Un directeur de santé publique peut procéder à une enquête épidémiologique dans toute situation où il a des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée ou pourrait l'être et, en particulier:

1° lorsqu'il reçoit une déclaration d'une manifestation clinique inhabituelle à la suite d'une vaccination donnée en vertu de l'article 69;

2° lorsqu'il reçoit une déclaration d'une intoxication, d'une infection ou d'une maladie visée au chapitre VIII;

3° lorsqu'il reçoit un avis donné en vertu du chapitre IX à l'effet qu'une personne refuse, omet ou néglige de se faire examiner ou traiter ou de respecter des mesures de prophylaxie obligatoires;

4° lorsqu'il reçoit un signalement donné en vertu du chapitre X.

Plan de mobilisation des ressources.

**97.** 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.

Pouvoirs d'inspection ou d'enquête.

**98.** Un directeur de santé publique doit, s'il constate dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'un ministre, une municipalité locale ou un organisme dispose et peut exercer, en vertu d'une autre loi, d'un règlement municipal ou d'une entente, des pouvoirs d'inspection ou d'enquête nécessaires pour vérifier la présence d'un agent biologique, chimique ou physique constituant une menace à la santé de la population, aviser le ministre, la municipalité locale ou l'organisme concerné de la situation et lui demander de procéder.



Poursuite de l'enquête.

Dans ces circonstances, l'enquête épidémiologique du directeur de santé publique se poursuit, mais seul le ministère, la municipalité locale ou l'organisme concerné peut exercer ses pouvoirs d'enquête ou d'inspection à l'égard notamment des lieux, des animaux ou des substances pour lesquels ils ont compétence. Les résultats obtenus doivent être communiqués sans délai au directeur de santé publique et ce dernier peut exiger qu'on lui communique aussi immédiatement tous les renseignements nécessaires à la poursuite de son enquête.

Avis au directeur national.

Un directeur de santé publique qui constate qu'un ministère, une municipalité locale ou un organisme refuse ou tarde à exercer ses propres pouvoirs doit en aviser le directeur national de santé publique.

Établissement de santé et de services sociaux.

**99.** Lorsqu'un directeur de santé publique constate dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'une menace à la santé de la population semble provenir d'une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux ou d'une pratique déficiente au sein d'un tel établissement, il doit en aviser le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général.

Conseil de professionnels.

Si un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou un conseil des infirmières et infirmiers existe au sein de l'établissement, le directeur des services professionnels ou, à défaut, le directeur général, doit les informer immédiatement de la situation signalée par le directeur de santé publique.

Poursuite de l'enquête.

Le directeur de santé publique doit aussi informer le directeur national de santé publique 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.

Mesures.

L'établissement doit sans délai prendre toutes les mesures requises pour vérifier ses installations et pratiques et, le cas échéant, pour corriger la situation. Les mesures prises doivent être communiquées sans délai au directeur de santé publique et au ministre.

Pouvoirs.

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

1° exiger d'une personne qu'elle lui présente pour examen toute substance, plante, animal ou autre chose en sa possession;

2° exiger d'une personne en possession d'une chose de la démanteler ou exiger que soit ouvert tout contenant sous clé;

3° faire ou faire faire toute excavation nécessaire en tout lieu;

4° avoir accès à tout lieu et en faire l'inspection, à toute heure raisonnable;

5° prendre des échantillons d'air ou de toute substance, plante, animal ou autre chose, ou exiger d'une personne la prise de tels échantillons;

6° exiger de toute personne que des échantillons en sa possession soient transmis pour analyse à l'Institut national de santé publique du Québec ou à un autre laboratoire;

7° exiger de tout directeur d'un laboratoire ou d'un département de biologie médicale, privé ou public, qu'il transmette à l'Institut national de santé publique du Québec ou à un autre laboratoire tout échantillon ou culture qu'il juge nécessaire aux fins de son enquête;

8° ordonner à toute personne, ministère ou organisme de lui communiquer ou de lui donner accès immédiatement à tout document ou à tout renseignement en sa possession, même s'il s'agit d'un renseignement personnel, d'un document ou d'un renseignement confidentiel;

9° exiger d'une personne qu'elle subisse un examen médical ou qu'elle lui fournisse un échantillon de son sang ou d'une autre substance corporelle, s'il a des motifs sérieux de croire que cette personne est infectée par un agent biologique transmissible.

Consentement.

**101.** Les pouvoirs accordés au directeur de santé publique par le paragraphe 4° de l'article 100 ne peuvent être exercés pour entrer dans une résidence privée sans le consentement de l'occupant, à moins que le directeur soit muni d'un ordre de la cour l'y autorisant.

Ordonnance.

Tout juge de la Cour du Québec ou des cours municipales des villes de Montréal, Laval ou Québec ayant juridiction dans la localité où se trouve la résidence peut accorder l'ordonnance s'il est d'avis que la protection de la santé de la population le justifie.

Ordre de la cour.

**102.** Sauf si la personne y consent, le directeur de santé publique ne peut exercer les pouvoirs prévus au paragraphe 9° de l'article 100 sans être muni d'un ordre de la cour à cet effet.

Dispositions applicables.

Les dispositions de l'article 88 s'appliquent à cette situation, compte tenu des adaptations nécessaires.

Isolement.

**103.** Un directeur de santé publique peut, en tout temps pendant une enquête épidémiologique, 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.

Motifs sérieux.

Un ordre d'isolement ne peut cependant être donné par le directeur que s'il a des motifs sérieux de croire que cette personne a été en contact avec un agent biologique transmissible médicalement reconnu comme pouvant mettre gravement en danger la santé de la population. Les dispositions des articles 108 et 109 s'appliquent à un ordre d'isolement donné en vertu du présent article.

Assistance.

**104.** 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.

Demande à un juge.

**105.** Sous réserve des dispositions de l'article 135, un directeur de santé publique qui 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 ou refuse de respecter des directives données en vertu de l'article 103 peut demander à un juge de la Cour du Québec ou des cours municipales des villes de Montréal, Laval ou Québec ayant juridiction dans la localité où se trouve cette personne d'émettre une ordonnance.

Ordonnance.

Le juge émet toute ordonnance qu'il estime appropriée dans les circonstances.

Pouvoirs.

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

1° ordonner la fermeture d'un lieu ou n'en permettre l'accès qu'à certaines personnes ou à certaines conditions et faire afficher un avis à cet effet;

2° ordonner l'évacuation d'un édifice;

3° ordonner la désinfection, la décontamination ou le nettoyage d'un lieu ou de certaines choses et donner des directives précises à cet effet;

4° ordonner la destruction d'un animal, d'une plante ou d'une autre chose de la manière qu'il indique ou le traitement de certains animaux ou de certaines plantes;

5° ordonner la cessation d'une activité ou la prise de mesures de sécurité particulières si c'est cette activité qui est une source de menace pour la santé de la population;

6° ordonner à une personne, pour le temps qu'il indique, de ne pas fréquenter un établissement d'enseignement, un milieu de travail ou un autre lieu de rassemblement, si elle n'est pas immunisée contre une maladie contagieuse dont l'éclosion a été constatée dans ce milieu;

7° ordonner l'isolement d'une personne, pour la période qu'il indique mais pour au plus 72 heures, si celle-ci refuse de recevoir le traitement nécessaire pour éviter toute contagion ou s'il s'agit de la seule mesure à prendre pour éviter la transmission au sein de la population d'un agent biologique médicalement reconnu comme pouvant mettre gravement en danger la santé de la population;

8° ordonner à une personne de respecter des directives précises pour éviter toute contagion ou contamination;

9° ordonner toute autre mesure qu'il estime nécessaire pour empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, en diminuer les effets ou l'éliminer.

Mesures de précaution.

Malgré les dispositions du premier alinéa, le directeur de santé publique peut aussi utiliser les pouvoirs visés aux paragraphes 1° et 2° de cet alinéa comme mesure de précaution, s'il a des motifs sérieux de croire qu'il existe une menace à la santé des personnes qui fréquentent ce lieu ou cet édifice.

Exception.

**107.** 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.

Dispositions applicables.

Les dispositions de l'article 98 s'appliquent, dans ces circonstances, compte tenu des adaptations nécessaires.

## Annexe 5. Balises légales du signalement

Auteur : Yann Cosma, avocat et médecin-conseil, Direction de santé publique de Montréal

Voici quelques concepts à teneur juridique soumis en vue de donner à la notion de signalement contenue à la Loi sur la santé publique (LSP, chapitre X) une forme d'encadrement procédural uniforme qui n'existe pas encore.

### Signalement : définition « légale »

- i. **définition**
- ii. **analyse**

- i. 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 devraient 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, et qui n'est pas une ITS, ni une MADO pour le signalant. 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 tel, quel que soit le mode ou le lieu de transmission de cette information.*

- ii. **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).

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 :*

*[...]*

*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).

Au fait, l'expertise pour reconnaître précocement les menaces d'épidémie causées en particulier par des agents physiques ou chimiques ne se retrouvera pas toujours, à l'évidence, dans les entités ou parmi les individus cités par la LSP.

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 de la province, 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, d'une part, 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 subséquentement 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.

D'autre part, 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).

Par ailleurs, rappelons que l'identité d'une personne effectuant un signalement n'est pas couverte par l'obligation de confidentialité qu'a le personnel de SP à l'endroit des renseignements personnels et des renseignements confidentiels recueillis, par exemple pendant une enquête épidémiologique (art. 131 de la LSP).

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 « oui-dire », soit une information qui n'est jamais recevable isolément à titre de preuve devant un tribunal. Les oui-dire commandent le même genre de remarques que celles décrites plus haut. Cela dit, les oui-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 », 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 oui-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 d'un CMDP, de comités divers), et cela sans compter tous les échanges habituels entre professionnels de la santé comprenant des informations qui ne sont pas des oui-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 a l'effet 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 (substances chimiques ou agents physiques particuliers). 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.

- « ... et qui n'est pas une ITS,... »

Il s'agit d'une référence à l'article 95 (al. 2) de la LSP, qui interdit le signalement de « menace à la santé de la population provenant d'un agent biologique sexuellement transmissible ». Toutefois il convient évidemment de comprendre que le signalement d'une situation où la transmission se fait par voie hématogène ne sera pas interdit du simple fait que, en d'autres circonstances, l'agent biologique en question est aussi sexuellement transmissible.

- « ... ni une MADO pour le signalant. »

Une MADO est une maladie à déclaration obligatoire pour les personnes mentionnées à l'article 82 de la LSP et au Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique (médecins, dirigeants de laboratoire ou de département de biologie médicale, privé ou public). Pour tous les autres segments de la population ou éventualités, ce sont, pour certaines maladies, des menaces potentielles ou réelles qui pourraient faire l'objet d'un signalement dans les circonstances déjà décrites.

- « 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** à partir d'une information reçue, du point de vue d'un **observateur externe raisonnable**, se voit communiquer une information sensible. On renvoie 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.

Par exemple, dans une grande région urbaine, une information relative à une menace biologique transmise à un intervenant connu comme étant spécialisé dans la lutte contre le tabagisme ne constitue pas raisonnablement un signalement engageant la responsabilité de l'intervenant ni des

autorités de SP (cette constatation ne devrait cependant pas empêcher l'intervenant de SP de diriger son interlocuteur vers la bonne « entrée » à la SP). À l'opposé, dans une région périphérique où les intervenants de SP sont moins nombreux et plus touche-à-tout, il est raisonnable de penser qu'une information de même nature transmise à tout professionnel ou médecin connu comme œuvrant en SP est bel et bien un signalement qui entraîne une responsabilité.

Pour toute situation équivoque, il ne faudrait pas hésiter à faire préciser par relance, écrite chaque fois que possible, l'intention véritable du signalant potentiel : désire-t-il porter à l'attention de la SP une situation menaçante requérant, de son point de vue, une intervention? Si la réponse est oui, il s'agit d'un signalement, qu'il appartiendra à la SP de valider dans une seconde étape, avant d'intervenir éventuellement. Si la réponse est non, l'information n'est pas un signalement, à moins que la SP n'enjoigne l'interlocuteur à en faire un, au su des faits d'abord brièvement exposés.

- « ... *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.

Cependant, chaque fois que le temps et la situation le permettront, une correspondance écrite, à l'initiative des autorités de SP, devrait toujours faire suite et prêter foi aux échanges verbaux, en particulier avec les médecins, les personnes ayant une expertise reconnue et les individus agissant dans le contexte de leurs fonctions professionnelles.

## Annexe 6. Définition opérationnelle de « menace à la santé »

Auteure : Yolaine Rioux, tiré de *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, 169 p.

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 décrite à l'article 2 de la Loi sur la santé publique 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 microorganismes<sup>28</sup>, y 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 « 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.

---

28. Les micro-organismes peuvent être répartis en quatre grandes classes : bactéries, virus, champignons et parasites.

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

« adj., capable d'acquérir certaines qualités, de subir certaines modifications, de produire un effet, d'accomplir un acte »<sup>29</sup>.

[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 appréhendée.

- « ...*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 ».

Écllosion : « [Canada] Épidémie, généralement de source commune, dans laquelle le nombre de sujets exposés et la durée d'exposition sont limités (outbreak). »<sup>30</sup>

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... »<sup>31</sup> Ces auteurs mentionnent également que les termes « épidémie » et « écllosion » sont synonymes, mais que le mot « écllosion » 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 auteurs<sup>32</sup>.

Le nombre de cas absolu d'une maladie ou d'une infection ne doit donc pas être nécessairement élevé pour qu'on parle d'écllosion. La notion d'écllosion 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, 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 Ébola 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 base? Il s'agit là, croyons-nous, d'un premier mandat qu'il faudrait donner à un groupe de travail

29. *Le Petit Larousse illustré*, Paris, Larousse, 2002.

30. J.M. LAST, *Dictionnaire d'épidémiologie*, Paris, Maloine, 2004, p. 74 et 77.

31. R.B. WALLACE, *Public Health and Preventive Medicine*, 14<sup>e</sup> édition, USA, Prentice Hall, 1993, p. 6.

32. American Public Health Association, *Control of Communicable Diseases Manual*, Washington, David L. Heymann Editor, 2004, p. 614. Voir aussi J. GIESECKE, *Modern Infectious Disease Epidemiology*, 2<sup>e</sup> édition, Oxford, Oxford University Press, 2002, p. 15.

provincial. 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 qui est 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 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, une persistance de transmission et 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 dans une 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. Même si la santé publique reconnaît 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<sup>33</sup>. Les responsabilités et domaines d'interventions en santé publique sont définis au Québec dans le Programme national de santé publique (PNSP)<sup>34</sup>. On y retrouve les éléments ci-dessous.

---

33. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Mieux comprendre la Loi sur la santé publique*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, p. 3.

34. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 6.

Tableau 1. Fonctions de santé publique

<p>Fonctions essentielles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance continue de l'état de santé de la population</li> <li>• Promotion de la santé et du bien-être</li> <li>• Prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes</li> <li>• Protection de la santé</li> </ul>
<p>Fonctions de soutien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réglementation, législation et politiques publiques ayant des effets sur la santé</li> <li>• Recherche et innovation</li> <li>• Développement et maintien des compétences</li> </ul>

Tels que précisés dans le PNSP, les domaines d'intervention visés par celui-ci sont le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies chroniques, les traumatismes non intentionnels, les maladies infectieuses, la santé environnementale ainsi que la santé au travail. Il est à noter que le PSNP fait actuellement l'objet d'une mise à jour qui devrait être publiée en 2008. Cependant, les fonctions et les domaines touchés demeureront les mêmes.

« Le domaine d'intervention portant sur les maladies infectieuses regroupe les maladies qui sont causées par des agents biologiques transmis selon différents modes. [...] Parmi les infections et les maladies qui représentent une menace pour la santé de la population, quelques-unes reçoivent une attention particulière en raison de leur apparition, de leur recrudescence, de leur ampleur, de leur gravité, de leur potentiel de contagiosité ou de l'existence de moyens d'intervention efficaces. »<sup>35</sup>

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 causer 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

35. *Id.*, p. 51. Par ailleurs lorsque la situation ne correspond pas à une menace à la santé telle que définie dans la Loi sur la santé publique, mais qu'elle peut s'avérer dangereuse ou présenter un risque pour la santé, les directeurs de santé publique peuvent, en vertu de l'article 55 de la loi, solliciter la contribution de ministères, d'organismes, de municipalités ou d'autres partenaires pour la recherche de solutions. Parmi les situations visées par cet article 55, on peut par exemple penser à une intersection routière où est constaté un nombre élevé d'accidents. On parle alors d'actions possibles sur les politiques publiques.

responsabilités qui incombent à d'autres instances. Il apparaît aussi important de faire la distinction entre les maladies à déclaration obligatoire (notion retrouvée dans toutes les lois de santé publique consultées, mais dont la liste peut varier) et le signalement d'une menace à la santé.

## Annexe 7. Résumé du processus de gestion des risques

1. La définition du problème et de son contexte
  - a. Identifier et caractériser le problème de santé
  - b. Analyser le problème dans un contexte élargi approprié
  - c. Évaluer l'urgence de la mise en œuvre de l'intervention
  - d. Identifier les gestionnaires de risques, leurs rôles, leurs responsabilités et leur imputabilité
  - e. Déterminer les objectifs de gestion des risques
  - f. Établir le plan d'évaluation des interventions
2. L'évaluation des risques
  - a. L'identification du danger
  - b. L'évaluation des hypothèses de causalité
  - c. L'estimation de l'exposition
  - d. L'estimation du risque
  - e. L'évaluation des perceptions du risque
  - f. La caractérisation du risque
3. L'identification et l'examen des options de gestion des risques
  - a. La formulation de l'objectif principal de gestion des risques et les objectifs spécifiques, lorsque requis
  - b. L'identification d'un éventail d'options potentielles de gestion des risques
  - c. La réalisation d'une analyse coûts/bénéfices des diverses options, c'est-à-dire évaluer les conséquences positives et négatives des options en considérant des facteurs tels que : l'efficacité attendue, les coûts monétaires, les exigences législatives, la faisabilité, les conséquences indésirables non intentionnelles, les impacts potentiels au niveau social, politique, culturel, éthique, environnemental et le risque résiduel
  - d. L'examen des options en prenant en considération l'urgence nécessaire de l'intervention ainsi que les ressources disponibles
  - e. L'acceptabilité sociale du risque, des options envisagées et du risque résiduel tant par les personnes touchées que pour la société
  - f. La prise en considération des perceptions, préoccupations et des valeurs des personnes touchées et de la société
4. Le choix de la stratégie de gestion
5. La mise en œuvre des interventions
6. L'évaluation du processus et des interventions
7. La communication sur les risques

Tiré de : 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*, (2003).



## Annexe 8. Résumé des interventions de santé publique

Situation/décision	Question/intervention de santé publique	Art. de loi	Relation avec la gestion des risques	Commentaires
Appel/télécopie/lettre/communication verbale	Est-ce un signalement?	Chap. X, LSP		Voir définition à l'annexe 5
<b>ÉTAPE D'ÉVALUATION DE LA SITUATION</b>				
1) Signalement confirmé	Début de l'enquête épidémiologique à partir des données non nominales disponibles	LSP Art. 96, par. 4, LSP	Définition du problème et de son contexte	
	Est-ce une menace à la santé ? Est-ce en provenance d'un établissement de santé et de services sociaux	Art. 2, LSP Art. 93, LSP LSSSS	L'évaluation des risques	Voir définition à l'annexe 6
Signalement vient d'un établissement de santé et de services sociaux mais absence de menace à la santé	Suivi de la situation avec le déclarant			<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Les modalités de suivi demandé sera une décision régionale (mode, fréquence, etc.) et sera établi en fonction du type de déclarant</li> <li>b) Recommandations de la DSP à l'établissement au besoin</li> <li>c) Soutien de l'établissement par la DSP à sa demande</li> </ul>
<b>ÉTAPE DE RECOMMANDATIONS ET DE SOUTIEN À L'ÉTABLISSEMENT</b>				
2) Présence de menace à la santé dans un établissement de santé et de services sociaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) DSP avise le directeur des services professionnels ou le directeur général</li> <li>b) DSP avise le DSNP</li> </ul>	Art. 99, LSP	L'identification et l'examen des options de gestion des risques	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Le directeur des services professionnels ou le directeur général doit informer le CMDP et le CII de l'établissement de la situation</li> <li>b) L'établissement prend les mesures requises pour vérifier ses installations et pratiques et corriger la situation.</li> <li>c) Les mesures prises doivent être communiquées sans délai au DSP et au ministre</li> </ul>
<b>ÉTAPE D'ENQUÊTE ET AUTORITÉ DU DSP</b>				
3) Persistance de la menace à la santé ou situation hors contrôle	Le ministre peut demander au DSP de poursuivre son enquête épidémiologique dans l'établissement; Le mandat confié à la DSP est signifié par	Art. 99, LSP Art. 100 et 106, LSP	Le choix de la stratégie de gestion des risques ; La mise en œuvre des interventions.	La DSP poursuit son enquête épidémiologique et passe en mode d'autorité avec tous les pouvoirs et devoirs du DSP; La DSP définit avec l'établissement les modalités de suivi (transmission des données exigées en personne, par

	écrit par le ministre (DNSP)			téléphone, fréquence des suivis, etc.)
FIN DE L'ENQUETE ET ÉVALUATION				
4) L'établissement a repris le contrôle de la situation, il n'y a plus de menace à la santé de la population	La DSP met fin à l'enquête avec l'accord ministre (DNSP) et produit un rapport écrit de la situation		L'évaluation du processus et des interventions	La DSP se retire de l'établissement et prévoit avec celui-ci des modalités de suivis ; La DSP transmet un rapport d'enquête assorti de recommandations à l'établissement

## **Annexe 9. Rôles et responsabilités de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN)**

---

TABLE RÉGIONALE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES  
Juin 2005

---

La création de tables régionales de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) fait partie des stratégies visant à soutenir à l'échelle régionale les activités en matière de prévention, de surveillance et de contrôle des infections nosocomiales, notamment en ce qui concerne l'harmonisation des pratiques, le partage des outils et des meilleures pratiques, la formation et le soutien aux établissements.

Chaque table relève de l'agence de santé et des services sociaux (ASSS). Elle doit rendre compte au président-directeur général de l'agence ou à l'un des directeurs qu'il désigne.

Chacun des membres doit participer activement à la réalisation des objectifs.

Bien que la constitution et le fonctionnement de ces tables doivent tenir compte des particularités propres à chaque région, la proposition suivante reflète les modalités que privilégie la Table nationale de prévention des infections nosocomiales et le directeur national de santé publique.

Une région est définie selon les divisions socio sanitaires du Québec.

### **MANDATS**

- 1.** Proposer à l'ASSS les objectifs, priorités et moyens du plan d'action régional afin de soutenir l'actualisation du plan d'action national en prévention des infections nosocomiales et de répondre aux besoins particuliers des régions.
- 2.** Conseiller l'ASSS sur les ressources locales et régionales nécessaires à l'actualisation du plan d'action.
- 3.** Concerter les partenaires et les professionnels (médecins, infirmières) en prévention et contrôle des infections sur les divers aspects d'intervention et de surveillance au regard des infections nosocomiales dans leur région.
- 4.** Produire ou diffuser des documents et outils favorisant l'application des recommandations du Comité sur les interventions nosocomiales du Québec (CINQ), ou d'autres protocoles d'intervention en prévention des infections nosocomiales, afin d'harmoniser les pratiques dans les divers établissements de la région.
- 5.** Soutenir les activités de formation en prévention des infections dans la région et faire des recommandations le cas échéant. S'assurer que les ressources nécessaires sont disponibles.

6. Conseiller et soutenir l'Agence, à sa demande, lors d'un signalement aux termes de la Loi sur la santé publique (art. 92, 93, 94) ou de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux (art 10).

Aux termes de la Loi sur la santé publique, le signalement vise les menaces à la santé de la population ou les situations qui donnent des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée. Cette obligation de signalement s'adresse aux ministères, organismes gouvernementaux, municipalités, médecin et établissements de santé et de services sociaux. Le signalement est fait auprès du directeur de santé publique.

Dans cette même loi, une menace à la santé de la population est définie par 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* » (art. 2).

Aux termes de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux, le signalement vise tout incident ou accident tel que défini aux articles 4 et 9. Cette obligation s'adresse aux employés, aux stagiaires et à toute personne qui exerce sa profession dans un établissement. La déclaration est faite au directeur général de l'établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne. Le directeur général de l'établissement ou, à défaut, la personne qu'il désigne rapporte à l'ASSS, sous forme non nominative, selon une fréquence convenue, les incidents ou accidents déclarés.

7. Faire rapport des discussions de la Table au président-directeur général de l'ASSS, lui acheminer les recommandations issues des rencontres et l'aviser de toute problématique singulière. C'est à lui qu'incombe la responsabilité d'informer la direction générale de santé publique du MSSS au regard du plan d'action régional et de toute problématique singulière.

## COMPOSITION

La table est composée de médecins microbiologistes infectiologues et d'infirmières chargés du dossier des infections nosocomiales dans les établissements de soins de la région et de représentants des gestionnaires des établissements du réseau et de l'ASSS. Toutes les missions d'établissement y sont représentées.

Le nombre de participants est laissé à la discrétion des régions. Dans une région comptant un grand nombre d'établissements, il pourrait s'avérer opportun de constituer plus d'une table.

## MEMBRES

- Une infirmière en prévention des infections par centre hospitalier ou par CSSS;
- un médecin microbiologiste infectiologue en prévention des infections par centre hospitalier ou CSSS (ou un médecin responsable de la prévention des infections);
- un représentant des directeurs généraux d'établissement ou des services professionnels;

- le directeur régional de santé publique ou son représentant;
- un représentant de la direction de la coordination des services à l'ASSS et/ou de la direction des affaires médicales.

La présidence de la TRPIN est préférablement assumée par un ou une médecin microbiologiste infectiologue. Cette personne est nommée parmi les membres de la table. Elle anime les délibérations.

La personne assumant la fonction de secrétaire est choisie parmi les membres. Une expérience en gestion de projet lui permettra d'offrir un meilleur soutien à la table.

#### MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

L'agence régionale fournit les ressources de secrétariat ainsi que les locaux pour faciliter les activités de la table régionale. Les établissements assument les coûts reliés à la participation de leurs représentants.

Les autres modalités de fonctionnement (durée du mandat, fréquence des réunions, quorum d'assemblée, rémunération des médecins, etc.) sont déterminées régionalement par l'ASSS après consultation des membres de la table.

Les procès-verbaux sont archivés à l'agence. Une copie des procès-verbaux est acheminée au comité de direction des divers établissements représentés à la Table et aux comités de prévention des infections, le cas échéant.



[www.msss.gouv.qc.ca/nosocomiales](http://www.msss.gouv.qc.ca/nosocomiales)

**Santé  
et Services sociaux**

**Québec** 