

Les MADO Détecter, agir et prévenir

Rôle des infirmières en santé publique dans le domaine des maladies infectieuses.

PAR Lucie Bédard, INF., M.Sc.INF., M.P.H. et Jérôme Latreille, INF., M.Sc.(Santé communautaire)



© THE CANADIAN PRESS/KEVIN FRAYER

Les infirmières sont actives à toutes les étapes du continuum de soins allant de la promotion de la santé jusqu'aux soins de santé tertiaires. Lorsque survient un cas de tuberculose ou plusieurs cas d'une infection comme la listériose, les infirmières jouent un rôle majeur dans le domaine de la protection de la santé publique. En prenant l'exemple d'éclotions qui se sont produites à Montréal, le présent article traite du rôle des infirmières de santé publique dans le domaine des maladies infectieuses et des outils légaux et professionnels dont elles disposent pour gérer les éclotions.

L'unité SRAS d'un hôpital torontois lors de l'épidémie en 2003. Les mesures de prévention ont permis de contenir l'éclotion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Plusieurs membres du personnel médical comptent parmi la quarantaine de victimes au Canada.

Le XXI^e siècle est à peine commencé que déjà de nouveaux agents infectieux sont apparus et de nouvelles éclotions surviennent. L'incidence d'infections émergentes, comme le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ou la grippe aviaire, a augmenté sans compter le retour en force de maladies maintenant résistantes aux médicaments comme la tuberculose (Desenclos et

La vigie est à la base des activités des unités de maladies infectieuses des DSP qui l'exercent 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

courant les statistiques des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO), on remarque leur prépondérance chez les voyageurs (ex : paludisme, fièvre typhoïde), les populations immigrantes (tuberculose, hépatite chronique), ainsi que chez les personnes ayant des comportements à risque élevé (partage de matériel d'injection, relations sexuelles non protégées, itinérance).

VIGIE SANITAIRE

Ce constat épidémiologique est possible grâce à la vigie sanitaire, un processus de vigilance continu dont l'objectif est de découvrir et de freiner rapidement les menaces à la santé publique. Elle permet de déceler, par l'accès à des données nominales, les éclosions ou les épidémies et d'établir les facteurs de risque par le biais du système des maladies à déclaration obligatoire. Ainsi, les médecins et les chefs de laboratoires doivent déclarer nominalement tout cas de MADO infectieuse. Les infirmières doivent signaler tout événement qui pourrait constituer une menace à la santé publique (*Loi sur la santé publique* [LSP], 2008). De tels événements sont prévus dans la LSP puisqu'ils impliquent un risque d'apparition d'autres cas dans la population, soit parce qu'il s'agit d'une maladie ou d'une infection potentiellement 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. Ces maladies, infections ou intoxications nécessitent une vigilance des autorités de santé publique ou la tenue d'une enquête épidémiologique. Les autorités sanitaires disposent d'un pouvoir d'intervention afin de prévenir l'apparition d'autres cas, de contrôler une éclosion ou de limiter l'ampleur d'une épidémie (Application de la LSP, 2008). D'autres aspects complémentaires de la LSP, décrivant les pouvoirs et devoirs des infirmières, se trouvent au tableau 1.

La vigie est à la base des activités des unités de maladies infectieuses des Directions de santé publique (DSP) qui l'exercent 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Au nombre d'une soixantaine au Québec dont une dizaine à Montréal, les infirmières des

De Valk, 2005 ; OMS, 2007). Les interactions entre populations ou entre humains et animaux se multiplient compte tenu de l'augmentation des voyages, de l'immigration et des échanges commerciaux et culturels (Lashley et Durham, 2002). De plus, les changements climatiques contribuent à l'émergence des infections (OMS, 2007).

Ces interactions sont particulièrement présentes en milieu urbain comme celui de Montréal. En par-

TUBERCULOSE

MAI 2006. La DSP de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal est informée que M. X., un citoyen non canadien atteint d'une tuberculose pulmonaire multirésistante aux antibiotiques, de retour d'un voyage en avion, a transité par Montréal avant de se rendre dans son pays d'origine. Les infirmières de la DSP qui enquêtent sur les MADO doivent joindre les 30 passagers ayant occupé des sièges situés à proximité de celui de M. X. dans l'avion et les diriger vers l'une des cliniques spécialisées en tuberculose afin qu'ils subissent un test cutané à la tuberculine (TCT).

Plusieurs enjeux complexifient cette tâche : le nombre d'organismes partenaires qui gèrent cette situation [ministère de la Santé et des Services sociaux, Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada, Agence des services frontaliers du Canada, Centers for Disease Control and Prevention, European Centre for Disease Prevention and Control, Organisation mondiale de la Santé], l'obtention rapide des coordonnées des passagers concernés qui sont des touristes ou des résidents du Québec, le court délai pour les joindre lors de leur passage à Montréal, le dépistage pour des non-résidents et le traitement en prophylaxie à leur offrir s'ils ont été infectés par la tuberculose multirésistante.

SHIGELLOSE

AUTOMNE 2007. On note une augmentation excessive de déclarations de shigellose à Montréal. Cette maladie entérique survient normalement après avoir consommé des aliments contaminés par la bactérie, la shigelle. Cette fois-ci, les cas déclarés sont essentiellement des hommes, vivant dans le centre-ville de Montréal et dont l'infection provient d'une souche microbienne identique. L'enquête préliminaire ne met en cause aucun risque alimentaire commun. Une des personnes interrogées mentionne qu'elle fréquente un sauna pour hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). Une nouvelle hypothèse est émise : certaines pratiques sexuelles pourraient-elles être à l'origine de l'éclosion ?

Une revue de la littérature scientifique et des alertes reçues d'autres villes confirment des éclosions de shigellose au sein des communautés d'hommes gais. Une nouvelle version du questionnaire d'enquête est élaborée avec l'aide d'un sexologue pour y intégrer des questions quant aux pratiques sexuelles et aux lieux où elles se déroulent. La poursuite des enquêtes confirme l'hypothèse : il y a une éclosion de shigellose à Montréal parmi les HARSAH. Des interventions préventives sont entreprises dans des saunas en collaboration avec des groupes communautaires et des messages d'information sont affichés dans des sites de rencontres et des revues spécialisées. Des cas sporadiques surviennent dans les régions limitrophes de Montréal mais l'éclosion prend fin quelques mois plus tard.

SÉLECTION D'ARTICLES DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE (L.R.Q., ch. S-2.2) CONCERNANT LES INFIRMIÈRES			
ART. DE LA LSP RELATIFS AU TRAVAIL DES INFIRMIÈRES	RÉSUMÉ	IMPACT SUR LES INFIRMIÈRES DES DSP	IMPACT SUR LES INFIRMIÈRES DU RÉSEAU
ARTICLE 2 Définition de menace à la santé de la population	Présence d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée.	Fondement de leurs activités	Collaboration
ARTICLE 69 Déclaration de manifestations cliniques inhabituelles	Vaccinateur, clinicien, infirmière doivent déclarer.	Enquêter	Observer, déclarer, traiter
ARTICLE 70 Indemnisation des victimes d'une vaccination	Définition de la victime, des préjudices pour des vaccinés en sol québécois.	S'y référer	S'y référer
ARTICLES 79 À 82 Intoxications à déclaration obligatoire	Ministre de la Santé responsable de la liste, médecins et laboratoires doivent déclarer. Détails des MADO et des informations obligatoires à déclarer se trouvent dans les règlements d'application de la LSP.	Recevoir les déclarations, confirmer le diagnostic, participer à la surveillance provinciale, alerter	Dépister les contacts non symptomatiques, administrer la prophylaxie post-exposition, collaborer aux enquêtes.
ARTICLES 83 À 90 Maladies ou infections contagieuses à traitement obligatoire (MATO) Mesures de prophylaxie obligatoires	Ministre dresse la liste qui se trouve dans les règlements d'application. Pour le moment, seule MATO : la tuberculose. Obligation de traitement, par le médecin et les services de santé, des personnes souffrant d'une MATO. Devoir des professionnels de déclarer s'il y a refus de traitement. Pouvoir d'ordonnance de cour pour isolement de 30 jours (renouvelable) s'il y a refus de traitement.	Enquêter, entrer en liaison avec CSSS, demander une ordonnance de cour s'il y a non-respect du traitement	Participer au dépistage, aux traitements. Informar DSP s'il y a non-respect du traitement. Thérapie sous observation directe.
ARTICLES 92 À 95 Signalement aux autorités de santé publique	Qui : ministères, organismes gouvernementaux et municipalités, établissements de santé et de services sociaux, directeurs d'établissements (milieu de travail ou milieu de vie) notamment entreprises, établissements d'enseignement, centres de la petite enfance et autres services de garde, établissements de détention ou maisons d'hébergement, médecins et infirmières. À qui : aux directeurs régionaux de santé publique (DRSP) ou au directeur national de santé publique (DNSP). Quoi : menaces à la santé de la population dont ils ont connaissance ou situations qui leur donnent des motifs sérieux de croire que la santé de la population est menacée. Type d'information : non nominale lors du signalement à moins qu'après évaluation de la situation, l'autorité de santé publique concernée ne les exige.	Enquêter sur les signalements, confirmer la situation, alerter et intervenir en conséquence	Signaler, collaborer à l'enquête, offrir prophylaxie postexposition au besoin.
ARTICLES 96 À 99 Enquêtes épidémiologiques des directeurs de santé publique	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 des établissements visés par la menace.	Enquêter	Collaborer, se conformer aux directives du DRSP. Sans délai, prendre toutes les mesures requises pour vérifier ses installations et ses pratiques, afin de corriger la situation. Communiquer les mesures prises au DRSP ou au ministre.

Les autorités sanitaires interviennent pour prévenir l'apparition d'autres cas, contrôler une éclosion ou limiter l'ampleur d'une épidémie.

unités de maladies infectieuses des directions de santé publique participent à la vie. Ayant parfois l'appellation d'emploi « agente de planification sociosanitaire », elles sont bachelières, et plusieurs possèdent une maîtrise en sciences infirmières ou en santé publique. En plus des connaissances en sciences infirmières, en santé communautaire et en maladies infectieuses, les infirmières travaillant en protection de la

santé publique, spécialement dans le domaine des maladies infectieuses, doivent avoir des connaissances en épidémiologie (Veenema et Tøke, 2006). Ainsi, les infirmières s'intéressent aux problèmes infectieux qui surviennent dans des communautés, aux personnes qui en sont atteintes, au moment et à l'endroit de la transmission, ainsi qu'aux interventions à déployer pour rompre la chaîne de transmission et assurer la protection du public.

Dans les DSP, l'infirmière travaillant dans l'équipe affectée aux MADO infectieuses a pour principal mandat de réaliser des enquêtes épidémiologiques auprès des personnes atteintes d'une MADO. On parle alors de cas index. Les objectifs d'en-



© FAO/A. ARIADI

Vaccination de volailles en Indonésie pour empêcher la propagation de la grippe aviaire en janvier 2005.

quête sont de recueillir rapidement des données épidémiologiques tant locales qu'internationales, d'établir la source de l'infection, d'évaluer le risque de transmission, d'entreprendre les interventions individuelles et communautaires requises pour éviter ou réduire la transmission et protéger la population (Desenclos *et al.*, (2007), ainsi que de faire appel à la vigilance des intervenants de la santé concernant des maladies auxquelles leurs clientèles pourraient avoir été exposées ici ou ailleurs (voir tableau 2).

Comme le mentionnent Desenclos *et al.*, (2007), « la reconnaissance d'une épidémie (éclosion) est difficile au tout début alors que le nombre de cas est encore faible et les cas dispersés

SÉLECTION D'ARTICLES DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE (L.R.Q., ch. S-2.2) CONCERNANT LES INFIRMIÈRES

ART. DE LA LSP RELATIFS AU TRAVAIL DES INFIRMIÈRES	RÉSUMÉ	IMPACT SUR LES INFIRMIÈRES DES DSP	IMPACT SUR LES INFIRMIÈRES DU RÉSEAU
ARTICLES 100 À 105 Pouvoirs lors des enquêtes épidémiologiques	Exiger examen, démanteler/ouvrir, faire ou faire faire excavation, prendre des échantillons, exiger d'une personne ou d'un laboratoire de transmettre des échantillons à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), ordonner d'avoir accès aux renseignements, accès au lieu en temps opportun : résidence, exiger d'une personne : examen/prélèvements.	Exercer ces pouvoirs	Collaborer
ARTICLE 106 Pouvoirs d'intervention	Exclure des personnes, isoler < 72 h, ordonner désinfection/décontamination, ordonner le respect de directives, ordonner toute autre mesure, détruire ou traiter A/P/C, cesser une activité, prendre des mesures de sécurité, fermer un lieu ou limiter l'accès, évacuer un édifice.	Exercer ces pouvoirs	Collaborer
ARTICLES 118, 120, 123 Déclaration d'état d'urgence sanitaire lorsqu'il y a menace grave à la santé de la population, réelle ou imminente	Le gouvernement peut déclarer un état d'urgence sanitaire et exiger l'application immédiate de certaines mesures prévues dans la LSP.	Collaborer, exécuter	Collaborer, exécuter
ARTICLES 131 À 135 Protection des renseignements, conservation et non-divulgaration	Responsabilités des DRSP : engagement à la confidentialité doit être renouvelé périodiquement, conditions de communication avec un tiers du réseau de la santé ou un ministère, une municipalité.	Respecter la protection. Engagement à la confidentialité	Respecter la protection des renseignements. Engagement à la confidentialité

MALADIES, INFECTIONS ET INTOXICATIONS À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)

Selon la *Loi sur la santé publique* (L.R.Q., c. S-2.2) et ses règlements d'application – Novembre 2003

PAR LE MÉDECIN (M) • PAR LE LABORATOIRE (L) • PAR, À LA FOIS, LE MÉDECIN ET LE LABORATOIRE (M+L)

À surveillance extrême – À déclarer par téléphone ou par télécopieur au Directeur national de santé publique et au Directeur de santé publique de votre territoire et à confirmer par écrit dans les 48 heures.

M+L Botulisme	M+L Fièvres hémorragiques virales *	M+L Maladie du charbon (anthrax)
M+L Choléra	(ex. : fièvre Ébola, fièvre de Marburg,	M+L Peste
M+L Fièvre jaune	fièvre de Crimée-Congo, fièvre de Lassa)	M+L Variole

À déclarer au Directeur de santé publique de votre territoire dans les 48 heures.

<p>L Amibiase</p> <p>M Amiantose</p> <p>M Angiosarcome du foie</p> <p>M Asthme dont l'origine professionnelle a été confirmée par un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires</p> <p>M Atteinte broncho-pulmonaire aiguë d'origine chimique (bronchiolite, pneumonite, alvéolite, bronchite, syndrome d'irritation bronchique ou œdème pulmonaire)</p> <p>M Atteinte des systèmes cardiaque, gastro-intestinal, hématopoïétique, rénal, pulmonaire ou neurologique lorsque le médecin a des motifs sérieux de croire que cette atteinte est consécutive à une exposition chimique d'origine environnementale ou professionnelle par les :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Alcools (ex. : alcool isopropylique, alcool méthylique) – Aldéhydes (ex. : formaldéhyde) – Cétones (ex. : acétone, méthyle éthyle cétone) – Champignons (ex. : amanites, clitocybes) – Corrosifs (ex. : acide fluorhydrique, hydroxyde de sodium) – Esters (ex. : esters d'acides gras éthoxylés) – Gaz et asphyxiants (ex. : monoxyde de carbone, hydrogène sulfuré, acétylène) – Glycols (ex. : éthylène glycol) – Hydrocarbures et autres composés organiques volatils (ex. : aliphatique, aromatique, halogéné, polycyclique) – Métaux et métalloïdes (ex. : plomb, mercure) – Pesticides (ex. : insecticides organophosphorés et carbamates) – Plantes (ex. : datura, stramoine, digitale) <p>M+L Babésiose *</p> <p>M Bérylliose</p> <p>M+L Brucellose *</p> <p>M Byssinose</p> <p>M Cancer du poumon lié à l'amiantose, dont l'origine professionnelle a été confirmée par un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires</p> <p>M+L Chancre mou</p> <p>M+L Coqueluche</p>	<p>L Cryptosporidiose</p> <p>L Cyclospore</p> <p>M+L Diphtérie</p> <p>M Éclosion à entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)</p> <p>M Éclosion au <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)</p> <p>M+L Encéphalite virale transmise par arthropodes * (ex. : VNO)</p> <p>M+L Fièvre Q *</p> <p>M+L Fièvre typhoïde ou paratyphoïde</p> <p>L Gastro-entérite à <i>Yersinia enterocolitica</i></p> <p>M Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée</p> <p>L Giardiase</p> <p>M+L Granulome inguinal</p> <p>M+L Hépatites virales * (ex. : VHA, VHB, VHC)</p> <p>L Infection à <i>Campylobacter</i></p> <p>M+L Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i></p> <p>L Infection à <i>Escherichia coli</i> producteur de vérocytotoxine</p> <p>M+L Infection à <i>Hantavirus</i></p> <p>L Infection à HTLV type I ou II</p> <p>M+L Infection à <i>Plasmodium</i> (malaria) *</p> <p>L Infection au <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la vancomycine (SARV)</p> <p>M+L Infection gonococcique</p> <p>M+L Infection invasive à <i>Escherichia coli</i></p> <p>M+L Infection invasive à <i>Hæmophilus influenzae</i></p> <p>M+L Infection invasive à méningocoques</p> <p>M+L Infection invasive à streptocoques du groupe A</p> <p>M+L Infection invasive à <i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumocoque)</p> <p>M Infection par le VIH seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus *</p> <p>M+L Infection par le virus du Nil occidental *</p> <p>L Intoxications par des substances chimiques faisant partie des classes suivantes, lorsque les résultats de mesures d'indicateur biologique obtenus indiquent une valeur anormalement élevée qui dépasse les seuils reconnus en santé publique :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Alcools (ex. : alcool isopropylique, alcool méthylique) 	<ul style="list-style-type: none"> – Cétones (ex. : acétone, méthyle éthyle cétone) – Esters (ex. : esters d'acides gras éthoxylés) – Gaz et asphyxiants (ex. : monoxyde de carbone, hydrogène sulfuré, acétylène) – Glycols (ex. : éthylène glycol) – Hydrocarbures et autres composés organiques volatils (ex. : aliphatique, aromatique, halogéné, polycyclique) – Métaux et métalloïdes (ex. : plomb, mercure) – Pesticides (ex. : insecticides organophosphorés et carbamates) <p>M+L Légionellose</p> <p>M+L Lèpre</p> <p>L Leptospirose</p> <p>L Listériose</p> <p>M+L Lymphogranulomatose vénérienne</p> <p>M+L Maladie de Chagas *</p> <p>M Maladie de Creutzfeldt-Jakob et ses variantes *</p> <p>M+L Maladie de Lyme *</p> <p>M Mésothéliome</p> <p>M+L Oreillons</p> <p>M Paralysie flasque aiguë</p> <p>M+L Poliomyélite</p> <p>M+L Psittacose</p> <p>M+L Rage *</p> <p>M+L Rougeole</p> <p>M+L Rubéole</p> <p>M Rubéole congénitale</p> <p>L Salmonellose</p> <p>L Shigellose</p> <p>M Sida : seulement si la personne atteinte a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus *</p> <p>M Silicose</p> <p>M+L Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)</p> <p>M+L Syphilis *</p> <p>M+L Tétanos</p> <p>M Toxi-infection alimentaire et hydrique</p> <p>M+L Trichinose</p> <p>M+L Tuberculose * ↗</p> <p>M+L Tularémie</p> <p>M+L Typhus</p>
--	--	--

* Le médecin doit fournir les renseignements sur les dons et réceptions de sang, produits sanguins, tissus ou organes.

↗ Maladie à traitement obligatoire (MATO).
Mise à jour : juillet 2005.

géographiquement ». Des outils d'alertes et de vigie statistiques aident le travail des infirmières lorsque vient le temps d'entreprendre quelques enquêtes sur une même MADO ; certains de ces outils sont publiés sur le site de la DSP de la région de Montréal : www.santepub-mtl.qc.ca.

ÉCLOSION

Une éclipse survient lorsqu'une source commune d'infection touche plusieurs personnes en même temps ou lorsqu'un individu malade contamine plusieurs personnes qui, à leur tour, en contamineront d'autres. L'infirmière qui enquête sur les MADO doit être aux aguets et être sensible à toute information qu'elle recueille. Une mauvaise compréhension, ou une enquête incomplète, peut contribuer à la poursuite de l'éclipse. Pour accomplir ce travail de détective, des questionnaires propres à chacune des MADO sont utilisés. Néanmoins, l'infirmière doit recourir à son jugement et à son flair afin d'aborder des volets non compris dans le questionnaire comme cela s'est produit dans les cas de shigellose (voir encadré).

Bien que les articles de la LSP justifient la réalisation d'enquêtes épidémiologiques, leur qualité dépend beaucoup du lien de confiance que l'infirmière établit au moment de son enquête téléphonique auprès du cas index, du médecin traitant ou de l'infirmière. Démystifier la santé publique est un élément essentiel à la relation de confiance. En effet, une vaste majorité de personnes n'ont jamais entendu parler de la Direction de santé publique et ne comprennent pas le rôle de l'infirmière dans ce contexte. À Montréal, avec une population immigrante importante, la DSP est souvent confondue avec la Sécurité publique ou les services d'immigration, ce qui complique l'établissement de la relation de confiance et par le fait même l'enquête épidémiologique.

Les unités des maladies infectieuses des différentes DSP au Québec sont soutenues par la Direction nationale de santé publique qui exerce une vigie constante sur l'ensemble des régions du Québec pour reconnaître les éclipses « suprarégionales ». De plus, ces équipes participent à la Table de concertation

Une infirmière en milieu clinique, communautaire, régional ou provincial, peut influencer la vitesse à laquelle une éclipse est décelée.

LISTÉRIOSE

AOÛT 2008. La listériose liée à des produits de la marque « Maple Leaf » et à des fromages au lait cru québécois sème un vent de panique et défraie quotidiennement les manchettes dans tous les médias. Les infirmières des DSP ont la responsabilité d'enquêter, dès qu'un cas est déclaré, auprès de la personne atteinte de listériose afin d'établir la cause de l'infection, c'est-à-dire l'aliment contaminé. Les résultats de l'enquête sont transmis au MSSS qui effectue l'analyse épidémiologique provinciale et au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) qui effectue une inspection et des prélèvements alimentaires au domicile du patient ou chez le commerçant afin de confirmer ou d'infirmer la présence de listéria dans l'aliment suspect.

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE SUIVI PAR L'INFIRMIÈRE EN CAS D'ENQUÊTE ET MESURES PRÉVENTIVES

ÉVALUATION EN CAS D'ENQUÊTE SUR UN CAS	ITSS	MALADIES ENTÉRIQUES	MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION	MALADIES RESPIRATOIRES	ZOOZOSES	AUTRES PATHOGÈNES	MESURES PRÉVENTIVES PRISES PAR LA DSP
CONTACTS							
– Avec une personne symptomatique	■	■	■	■	■	■	– Source de l'infection
– Étroits : familiaux, sociaux, au travail, scolaires, dans les loisirs, etc., non symptomatiques	■	■	■	■	■	■	– Liens avec CSSS, cliniques spécialisées ou médecin traitant : <ul style="list-style-type: none"> • prophylaxie postexposition • dépistage • traitement
– Milieux de vie (ex : centre de détention, centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD), etc.)							– S'il est trop tard, être à l'affût de l'apparition de cas secondaires
Statut vaccinal	■		■				– Si la personne n'est pas vaccinée, l'encourager à se faire vacciner – Perte d'immunité ?
Voyages / immigration / réfugié	■	■	■	■	■	■	– Conseils pour prochains voyages – Attention spéciale aux immigrants retournant dans leur famille – Liens avec organismes pour immigrants / réfugiés
			■	■			– Liens avec l'ACSP ; recherche de contact à bord de l'avion ?
		■				■	– Liens avec le MAPAQ ou l'Association canadienne d'inspection des aliments (ACIA) s'il y a présence d'aliments frais en provenance de l'étranger
Aliments							
– Consommation d'aliments possiblement infectés (type, lieu d'achat, lieu de consommation)		■	■		■	■	– Liens avec le MAPAQ ou l'ACIA
– Manipulation des aliments		■		■	■	■	– Mesures générales d'hygiène
Animaux							
– Contacts avec un animal ?		■			■		– Lien avec le MAPAQ ou l'ACIA
– Consommation d'aliments pour animaux ?		■					– Mesures générales d'hygiène – Recherche d'aliments contaminés pour animaux
Occupation du cas							
1. travailleur en milieu de garde	■	■	■	■	■	■	– Lien avec le bureau de santé ou le CSSS : <ul style="list-style-type: none"> • retrait du travail ou de la garderie • lettre d'information à l'intention des personnes à risque • analyse de laboratoire pour les contacts symptomatiques
2. travailleur dans le domaine de la santé							– Lien avec le MAPAQ ou l'ACIA
3. manipulateur d'aliments							
4. étudiants							
5. autres...							
Pratiques sexuelles	■	■					– Recherche de partenaires, hommes ou femmes – Mesures générales de prévention – Programme préventif ciblé – Groupes communautaires pour campagne de prévention
Contacts avec aiguilles souillées / origine nosocomiale / tatouage, etc.	■					■	– Évaluation des pratiques d'utilisation, stérilisation, etc.
Consommation de drogues	■			■		■	– Partenaire, s'il y a partage de drogues – Mesures générales de prévention – Source des drogues utilisées
Suivi du traitement (tuberculose)			■				– Thérapie sous observation directe (TOD) – Isolement et traitement obligatoire s'il y a un refus ou infidélité au traitement
Transfusion / don de sang	■	■		■	■	■	– Lien avec Héma-Québec

UNE PRATIQUE DIVERSIFIÉE

Quelques-unes des activités réservées posées par l'infirmière en santé publique en maladies infectieuses :

- Évaluation de la condition de la santé physique et mentale
- Activité de vaccination
- Activité de dépistage
- Suivi des personnes présentant des problèmes de santé complexes
- Administration de médicaments

nationale en maladies infectieuses (TCNMI). Plusieurs des guides d'interventions utilisés par les infirmières sont le fruit des travaux réalisés par la TCNMI.

Le suivi (vérification des méthodes de prévention, obtention des données de suivis d'enquêtes, prophylaxie postexposition) des enquêtes sur le terrain est généralement réalisé par les infirmières des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). La *Loi sur la santé et les services sociaux* (LSSS, 2008) confère des



Les interactions entre populations ou entre humains et animaux contribuent à l'émergence des infections.

responsabilités de santé publique aux CSSS dont celles de déployer les interventions requises pour l'ensemble de la population du territoire et de certaines populations plus vulnérables, de proposer et de mettre en œuvre le plan d'action local de santé publique lié au plan régional qui comprend entre autres les services courants d'urgences dont la prophylaxie post-exposition. Les DSP collaborent également avec le MAPAQ,

d'autres ministères provinciaux, les autorités de santé publique des autres provinces, l'Agence de la santé publique du Canada, d'autres organismes fédéraux et internationaux, Héma-Québec et des organismes communautaires.

DÉTECTION

La conscience grandissante de menaces potentielles et continues d'éclotions pose des défis non seulement aux autorités de santé publique mais aux services de santé dans leur ensemble. Ces acteurs devront déceler rapidement de nombreuses

menaces à la santé d'origine infectieuse et agir efficacement non seulement à court terme et mais possiblement à long terme tout en gérant les craintes et paniques du public (Alexander et Hoenig, 2001 ; Lashley, 2006). Les infirmières de tous les milieux cliniques et communautaires peuvent contribuer à cette détection et aux interventions. Elles sont fréquemment le premier contact des patients avec le système de santé, les premières à suspecter la présence de signes et symptômes liés aux maladies infectieuses et les premières à les signaler aux autorités de santé publique. L'infirmière clinicienne fonctionne comme « un système de minivigie » que ce soit au moment d'une éclosion courante ou lorsque survient un événement bioterroriste (Rotz *et al.*, 2000). Toute information sanitaire qu'une infirmière recueille et consigne, peu importe le patient, le milieu de soins où elle travaille, ou sa façon de l'inscrire, peut servir aux fins de la vigie. Une infirmière vigilante en milieu clinique, communautaire, régional ou provincial, pourra influencer la vitesse à laquelle une éclosion est décelée. Une éclosion d'influenza pourra, en conséquence, être découverte plus tôt et toucher moins de personnes. Cette détection précoce pourrait avoir des conséquences non

À Montréal, avec une population immigrante importante, la DSP est souvent confondue avec la Sécurité publique ou les services d'immigration, ce qui complique l'établissement de la relation de confiance.

seulement locales mais mondiales (Drosten *et al.*, 2004) par exemple en période de pandémie.

En combinant leurs connaissances en sciences infirmières, en épidémiologie, en vigie et des lois liées à la santé publique, les infirmières des Directions de santé publique et celles du réseau participent au contrôle des infections dans la population. Elles peuvent compter sur un réseau de collaborateurs dans le domaine de la détection d'une part, et d'autre part, dans le domaine de la prophylaxie postexposition.

Malheureusement, il manque d'infirmières pour pouvoir affronter les prochaines crises sanitaires majeures susceptibles de frapper les populations. Il est souhaitable que les infirmières en formation soient attirées par le domaine de la protection de la santé publique qui comporte en outre d'intéressantes activités de promotion, d'éducation, d'établissement de protocoles, d'enseignement et de recherche. ■

Les auteurs travaillent tous deux à la Direction de santé publique de Montréal, secteur Vigie et Protection. Lucie Bédard y est coordonnatrice professionnelle au Bureau de surveillance épidémiologique, et Jérôme Latreille est coordonnateur professionnel de l'Équipe Enquêtes/Interventions/Signalements.

BIBLIOGRAPHIE

Alexander, Y. et M. Hoenig. *Superterrorism: Biological, Chemical, and Nuclear*, Ardsley (NY), Transnational Publishers, 2001.

Application de la Loi sur la protection de la santé publique, Règlement d'application, R.Q. c. P-35, r.1 (mise à jour le 18 août 2008).

Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire (ACIISC). *Normes canadiennes de pratiques de soins infirmiers en santé communautaire*, Toronto, ACIISC, mars 2008.

Desenclos, J.C. et H. De Valk. « Les maladies infectieuses émergentes : importance de santé publique, aspects épidémiologiques, déterminants et prévention », *Médecine et maladies infectieuses*, vol. 35, n° 2, février 2005, p. 49-61.

Desenclos, J.C., V. Vaillant, E. Delarocque Astagneau, C. Campese, D. Che, B. Coignard *et al.* « Les principes de l'investigation d'une épidémie dans une finalité de santé publique », *Médecine et maladies infectieuses*, vol. 37, n° 2, févr. 2007, p. 77-94.

Drosten, C., H.W. Doerr, W. Lim, K. Stöhr et M. Niedrig. « SARS molecular detection external quality assurance », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 10, n° 2, déc. 2004. [En ligne : www.cdc.gov/ncidod/EID/vol10no12/pdfs/04-0416.pdf].

Lashley, F.R. « Emerging infectious diseases at the beginning of the 21st century », *The Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 11, n° 1, janv. 2006. [En ligne : www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume112006/No1Jan06/tpc29_116054.aspx]

Lashley, F.R. et J.D. Durham (ss la dir. de). *Emerging Infectious Diseases: Trends and Issues*, New York, Springer, 2002.

Loi sur la santé publique, L.R.Q., chapitre S-2.2 (mise à jour le 15 décembre 2008).

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2 (mise à jour le 15 décembre 2008).

Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Rapport sur la santé dans le monde 2007 : la sécurité sanitaire mondiale au XXI^e siècle : un avenir plus sûr*, Genève, OMS, 2007.

Pommier, J., A. Laurent-Beq, B. Beurrier, S. Fidan, L. Guilhem, L. Jeandel *et al.* « Les infirmières et la santé publique : évolution des missions et des formations », *Santé publique*, vol. 16, n° 2, juin 2004, p. 383-392.

Rotz, L.D., D. Koo, P.W. O'Carroll, R.B. Kellogg, M.J. Sage et S.R. Lillibridge. « Bioterrorism preparedness: planning for the future », *Journal of Public Health Management and Practice*, vol. 6, n° 4, 2000, p. 45-49.

Veenema, T.G. et J. Töke. « Early detection and surveillance for biopreparedness and emerging infectious diseases », *The Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 11, n° 1, 2006. [En ligne : www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume112006/No1Jan06/tpc29_2c16059.aspx]