

Direction générale

Le 21 juillet 2008

Madame Jocelyne Plante
Agence de la santé et des services
sociaux de la Capitale-Nationale
555, boul. Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 3X7

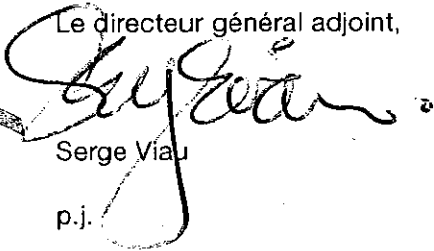
Objet : Entente de collaboration intersectorielle dans les situations d'insalubrité
morbide

Madame,

Pour faire suite à votre lettre du 10 juillet relativement à l'entente mentionnée en titre, nous vous retournons quatre exemplaires dûment signés et comprenons qu'un original nous sera acheminé au cours des prochaines semaines.

Nous demeurons à votre disposition pour vous fournir tout renseignement supplémentaire et vous prions d'agréer, Madame, nos salutations distinguées.

Le directeur général adjoint,



Serge Viau

p.j.

c.c. : M. Richard Bourget, Bureau d'arrondissement de Limoilou ✓

**Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale**

Québec 

VILLE DE 
QUÉBEC

Entente de collaboration intersectorielle dans les situations d'insalubrité morbide

Québec, le 6 juin 2008

Préambule

Le présent document est le résultat d'une démarche de concertation entre l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (Agence), la Ville de Québec, les centres de santé et de services sociaux (CSSS), la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale et quelques organismes communautaires. Un premier document a été écrit par monsieur Daniel La Roche, adjoint au directeur de la coordination des réseaux locaux de l'Agence et il a été complété par le comité de travail présenté ci-dessous. La Ville de Québec adoptait, le 15 mai 2006, le *Règlement sur la salubrité et l'entretien des bâtiments d'habitation* (R.V.Q. 773) (annexe 1).

Le comité de travail chargé de terminer le document se compose de :

Richard Bourget	Directeur, Division gestion du territoire	Ville de Québec
Rodrigue Côté	Directeur adjoint de la santé mentale	CSSS de la Vieille-Capitale
Nathalie Couture	Préventionniste, Division de la prévention des incendies	Ville de Québec
Marc-André Groleau	Agent de planification, de programmation et de recherche	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale- Nationale
Denise Laberge	Chef de l'administration des programmes	CSSS de Charlevoix
Renée Levaque	Agente de planification, de programmation et de recherche	Direction de santé publique de la Capitale-Nationale
Annie Marmen	Lieutenant, Division de la prévention des incendies	Ville de Québec
Dany Moisan	Inspecteur en environnement et salubrité	Ville de Québec
Diane Morin	Directrice	Archipel d'entraide
Natalie Petitclerc	Directrice de programme santé mentale et famille, enfance, jeunesse	CSSS de Québec-Nord
Reine Roy	Agente de planification, de programmation et de recherche	Direction de santé publique de la Capitale-Nationale
Marie Simard	Directrice du soutien à domicile	CSSS de la Vieille-Capitale
Sylvie Vaillancourt	Chef de l'administration de programme	CSSS de Portneuf

Compte tenu de la complexité du dossier et du nombre de municipalités impliquées dans la région de la Capitale-Nationale, compte tenu des règlements différents sur la salubrité et l'entretien des bâtiments d'habitation ou de l'absence de règlement dans certaines municipalités, il a été résolu de travailler en comité restreint pour élaborer une entente qui couvrirait le territoire de la Ville de Québec dans un premier temps. Les établissements pourront s'y référer s'ils souhaitent établir une entente de collaboration avec d'autres municipalités.

Le comité de travail restreint chargé de terminer le document :

Richard Bourget	Directeur, Division gestion du territoire	Ville de Québec
Marc-André Groleau	Agent de planification, de programmation et de recherche	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale- Nationale
Renée Levaque	Agente de planification, de programmation et de recherche	Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

Introduction

De façon régulière, le réseau de la santé et des services sociaux et les villes sont appelés à intervenir auprès de personnes qui se retrouvent dans des situations où l'insalubrité plus ou moins grande de leur milieu de vie pose un problème.

L'évaluation de ce qui est un problème relève, le plus souvent, de la subjectivité d'intervenants qui, à partir d'une grille de lecture propre à leur profession ou à leur milieu de travail, posent un jugement pouvant avoir des conséquences plus ou moins importantes pour la personne qui fait l'objet de ce jugement. En cette matière, à la Ville de Québec, c'est le *Règlement sur la salubrité et l'entretien des bâtiments d'habitation* (R.V.Q. 773) qui sert d'outil aux inspecteurs en environnement et salubrité.

Dans ce contexte, nous nous préoccupons que la présente entente de collaboration soit cohérente avec les limites des interventions et des mandats de chacun des acteurs.

On a souvent utilisé, à tort selon nous, l'expression « syndrome de Diogène » pour décrire la situation dont il est question ici. Cette référence nous apparaît boiteuse, non seulement parce qu'elle ne rend pas honneur au célèbre philosophe grec, ni à sa quête volontaire de simplicité, mais aussi parce que l'isolement, choisi par Diogène, ne représente qu'une seule des principales caractéristiques des personnes dont nous nous préoccupons ici. Nous utiliserons donc l'expression « situation d'insalubrité morbide » pour parler des cas les plus pathologiques. Dans un document produit par la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, on définit l'insalubrité morbide comme étant « *un état anormal d'insalubrité majeure causée par un dérèglement psychologique* ». ¹

La présente entente de collaboration est basée sur les quatre principes suivants :

1. une volonté des partenaires de maintenir la personne affectée dans son milieu et éviter l'éviction;
2. le partage par chaque organisation des objectifs suivants : corriger l'état d'insalubrité (ville) et améliorer la qualité de vie de la personne affectée (réseau de la santé);
3. la nécessité d'une intervention multidisciplinaire pour obtenir les résultats souhaités;
4. la volonté de collaborer selon ses moyens et ses compétences.

¹ Roy, Reine et Auger, Pierre (2005) *Insalubrité morbide, syndrome de Diogène et santé publique*, Direction régionale de santé publique, Équipe santé et environnement, Québec. p.1.

De plus, il est convenu entre les partenaires :

- que chaque organisation reçoit les plaintes et en fait le premier suivi à l'intérieur de son propre réseau;
- qu'une intervention concertée et conjointe est acceptée sur demande;
- qu'il sera parfois nécessaire de participer à la résolution du problème (ex: ménage, conteneurs);
- que la formation des intervenants, l'échange d'information et le partage des expériences conditionnent la réussite de cette entente.

Par ailleurs, chaque cas est unique et doit être traité en faisant preuve de bon sens, dans le meilleur intérêt de la personne.

1. Les obligations de base du locataire et du propriétaire selon la Régie du logement

Selon le Code civil du Québec (C.c.Q.), tant les locataires que les propriétaires ont des obligations les uns envers les autres. Elles sont détaillées à l'annexe 2. En résumé :

- Les obligations du locataire sont :
 - Utiliser le logement avec prudence et diligence.
 - Maintenir le logement en bon état de propreté.
 - Respecter les lois relatives à la sécurité et à la salubrité du logement.
 - Se conduire de manière à ne pas troubler la jouissance normale des autres locataires ou du locateur.
 - Remettre le logement dans son état initial, à la fin du bail.
- Par ailleurs, les obligations du propriétaire sont :
 - Délivrer un logement en bon état de réparations, d'habitabilité et de propreté.
 - En cours de bail, procurer la jouissance paisible du logement.
 - Maintenir le logement en bon état d'habitabilité.
 - S'assurer que le nombre d'occupants respectent les conditions normales de confort et de salubrité.

2. Le cadre législatif

En matière d'insalubrité morbide, les intervenants disposent d'un cadre législatif constitué de la **Loi sur les services de santé et les services sociaux** (LSSSS), le **Code civil du Québec** (C.c.Q.), la **Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui** (P-38.001). À cette législation s'ajoute, pour la Ville de Québec, le **Règlement sur la salubrité et l'entretien des bâtiments d'habitation** (R.V.Q. 773).

Dans la grande majorité des cas, les personnes vivant dans des conditions d'insalubrité majeure ou souffrant d'insalubrité morbide sont en déni du problème. Qui plus est, la littérature – peu abondante il est vrai – concernant ces situations nous indique que les personnes touchées sont, la plupart du temps, réfractaires non seulement à recevoir de l'aide, mais d'abord et avant tout à en demander. Or, en vertu de la LSSSS, le consentement constitue une balise essentielle pour établir toute relation entre une personne et le réseau socio-sanitaire. À ce sujet, les principaux articles de la LSSSS sont présentés à l'annexe 3.

En somme, au sens de la LSSSS, si une personne apte à prendre ses décisions est volontaire à recevoir des services et que l'évaluation permet d'identifier une situation problématique pour laquelle une intervention sociale ou biomédicale pourrait apporter une correction, l'accès à ces services lui est garanti par le réseau socio-sanitaire.

Toutefois, une personne qui n'est pas volontaire à recevoir des services et qui semble apte à prendre ses décisions ne peut être contrainte à en recevoir. Dès lors que la création d'une alliance avec ces personnes comme solution viable à long terme s'avère impossible, c'est en vertu du Code civil qu'il est permis d'envisager la dispensation de services à des personnes non volontaires. Dans ces cas, il faut demander, soit à un juge de déclarer une personne inapte à prendre une décision pour elle-même, soit à un service policier de contraindre la personne à se rendre en milieu hospitalier pour y être examinée. Toutefois, comme il s'agit d'une atteinte aux droits fondamentaux de la personne, les autorités concernées et les tribunaux utilisent ces mesures avec parcimonie.

Dans le cas où une personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui, c'est la Loi P-38.001 qui s'applique. L'intervenant de crise et le policier sont habilités à évaluer la gravité du danger ou son caractère immédiat afin, le cas échéant, de procéder aux interventions

prescrites par cette loi. Ce qu'il faut en comprendre, c'est que pour utiliser la contrainte, il faut réunir deux éléments :

1. La présomption que le **danger est grave**² et que la personne représente donc un risque pour elle-même ou pour autrui.
2. La présomption que ce **danger est immédiat**³ pour la personne ou pour autrui et qu'une intervention est nécessaire.

Par ailleurs, à la Ville de Québec, le règlement R.V.Q. 773 permet aux inspecteurs d'aviser la personne de l'illégalité de garder un logement dans un état d'insalubrité et de lui demander de corriger la situation dans les plus brefs délais. La situation se complique lorsque l'occupant n'obtempère pas à la demande de l'inspecteur et que celui-ci se rend compte que l'occupant a un problème de santé. L'intervention intersectorielle devient alors nécessaire pour corriger la situation.

À partir des différents concepts que nous venons d'énoncer, nous proposons, à la page suivante, une illustration des interventions possibles impliquant le réseau de la santé et des services sociaux et la Ville. (Figure 1).

² Danger grave : l'intention ou le comportement de la personne place volontairement ou involontairement sa vie ou celle d'autrui en danger (voir annexe 5).

³ Danger immédiat : le comportement dangereux s'est produit au cours des dernières heures ou l'intervenant a des motifs raisonnables de croire que ce comportement aura lieu au cours des prochaines heures (voir annexe 5).

Insalubrité morbide – Entente de collaboration intersectorielle

Figure 1 : Illustration des interventions possibles dans les cas d'insalubrité morbide au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, du Code civil et de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui

... est volontaire		... n'est pas volontaire ...	
... et apte ou inapte		... et est inapte	
<p>La situation ne présente pas de danger pour la personne ou pour autrui</p>	<p>La situation présente un danger pour la personne ou pour autrui</p>	<p>La situation ne présente pas de danger pour la personne ou pour autrui</p>	<p>La situation présente un potentiel de dangerosité⁴ pour la personne ou pour autrui</p>
<p>Une intervention du CSSS est réalisée auprès de la personne.</p> <p>Une collaboration avec les inspecteurs de la Ville peut s'avérer nécessaire.</p>	<p>Une intervention du CSSS est réalisée auprès de la personne.</p> <p>Il est possible que l'intervention nécessite une collaboration de la Ville (inspecteurs, policiers, service de prévention des incendies).</p>	<p>Si la personne est apte, une prise en charge ou un suivi du CSSS n'est pas possible à la suite d'un refus d'une offre de service.</p> <p>Le CSSS pourra toutefois intervenir en support à la demande de la Ville pour amorcer une démarche de motivation.</p>	<p>La situation présente un danger grave et immédiat pour la personne ou pour autrui</p> <p>Si la personne est inapte, une intervention du CSSS est réalisée en vertu de l'article 8 de la Loi P-38.001 (PECH ou le Centre de crise en dehors des heures d'ouverture du CSSS).</p> <p>Le CSSS peut aussi demander un régime de protection (tutelle ou curatelle)</p>
<p>Des démarches pourront être entreprises par la Ville (insalubrité, risque d'incendie) ou par le propriétaire (altération du bien loué) auprès de la Régie du logement.</p>		<p>Des démarches légales peuvent également être menées par les autorités compétentes (ordonnance de la cour, référence à un établissement de santé) en vertu du Code civil.</p>	

⁴ Voir annexe 5 : Informations sur la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38.001).

3. L'aspect éthique

Au sujet de l'aspect éthique, nous présentons, en annexe 4, l'avis que le Comité d'éthique du Centre de santé et de services sociaux de Portneuf a produit, en 2004, relativement aux interventions auprès des personnes atteintes du syndrome de Diogène. On peut y lire que les intervenants de la santé et des services sociaux se questionnent sur « le respect de l'autonomie personnelle du client et le principe de bienfaisance qui doit toujours guider les interventions des professionnels de la santé ». De plus, ces derniers « se sentent déchirés entre leur conscience professionnelle qui leur demande d'apporter une aide et le refus du client de recevoir cette aide ».

L'aspect juridique de cette question couvre trois dimensions :

- le consentement aux soins et le refus de soins :
 - « Toute dispensation de soins requiert que la personne à laquelle on destine ces soins ait préalablement exprimé un consentement libre et éclairé ».
 - Ce principe s'applique également dans le cas d'une personne souffrant d'un syndrome de Diogène.
 - Toutefois, « les exceptions au principe du consentement libre et éclairé, dont le cas d'urgence, sont prévues dans la loi ».
 - « La démonstration de l'inaptitude ne se fait pas en prouvant que la personne ne comprend pas, mais en prouvant qu'elle ne dispose pas de la capacité de comprendre ». Le cas échéant, il est alors possible de recourir au consentement substitué.
 - « En droit, l'aptitude est présumée; il incombe donc à celui qui invoque l'inaptitude de démontrer ce fait ».
- l'obligation de moyens et l'obligation de résultats :
 - L'intervenant a une obligation de moyens et non de résultats.
 - Tout en étant raisonnablement diligent et prudent, « il n'a pas d'obligation juridique d'obtenir que le client adopte un mode de vie parfaitement sanitaire ».
- les obligations légales du locateur d'un logement :
 - Certaines dispositions du Code civil sont susceptibles de s'appliquer dans des cas de syndrome de Diogène.
 - Ainsi, « le locateur peut demander la résiliation du bail qui le lie à un locataire dont le comportement prive les autres locataires d'une jouissance normale des lieux ».

Le Comité recommande que les intervenants de la santé et des services sociaux prévoient un « suivi à long terme puisque le syndrome [...] est une condition chronique » et s'engagent « dans des actions dont les objectifs sont réalistes ». Il invite également « l'intervenant à trouver un soutien professionnel dans son environnement, de manière à partager le fardeau de ce suivi ». Le Comité indique également la stratégie à adopter avec le client selon que ce dernier est inapte ou apte.

4. Lignes directrices

Ces lignes directrices sont développées afin de permettre une harmonisation dans les pratiques des intervenants concernés, et qu'à travers cette synergie, ces derniers soient soutenus dans leurs actions auprès de clients vivant une situation d'insalubrité morbide. La figure 2 présente, sous forme d'arbre décisionnel, le cheminement d'une intervention, du signalement jusqu'au suivi.

4.1 Qui peut signaler?

Il arrive que les policiers, à la faveur d'une ronde, d'une enquête ou autre, soient les premiers à prendre connaissance d'une situation d'insalubrité. À l'occasion, ce sera le service de prévention des incendies qui, dans le cadre de ses inspections de routine, aura à pénétrer dans un logement insalubre. Des ambulanciers interviennent également auprès de personnes qui nécessitent des soins de manière urgente et qui habitent dans des conditions d'insalubrité majeure. De fait, **toute personne (incluant un voisin, un membre de la famille) est habilitée à signaler une situation lorsqu'elle considère que la santé et l'intégrité d'une personne sont compromises.**

4.2 À qui signaler?

Tout citoyen (voisin, propriétaire, membre de la famille, ami) qui désire signaler une situation d'insalubrité devrait le faire auprès de l'un ou l'autre des organismes suivants :

- **Service du 911** (police et protection contre l'incendie)
 - Les policiers ou le service de la protection contre l'incendie pourront alors réaliser une intervention d'urgence. S'il s'avérait que la situation ne nécessite pas une intervention immédiate, le dossier sera alors transféré à la Division de la prévention des incendies

qui assurera, le cas échéant, le lien avec le CSSS concerné ou l'inspecteur en environnement et salubrité.

- **CSSS**
 - Le signalement est fait à l'intervenant de l'Accueil, évaluation, orientation (services généraux) au numéro général de l'établissement situé sur le territoire concerné (voir annexe 5). Ce dernier verra à acheminer la demande vers le service approprié pour traiter ce type de situation.
- **Ville de Québec**
 - Le signalement est fait en s'adressant à l'arrondissement concerné (voir annexe 6). La requête sera alors acheminée aux inspecteurs en environnement et salubrité.
- **Direction de santé publique de la Capitale-Nationale**
 - Le signalement peut être fait durant les heures ouvrables en demandant à parler à un professionnel en santé environnementale (666-7000, poste 514 ou 454) ou en dehors des heures ouvrables en demandant à parler au professionnel de garde en urgence environnementale (641-8432).
- **Info-Santé (811)**
 - Le signalement peut être fait 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine. Selon les informations recueillies auprès de l'appelant, le service d'Info-Santé indiquera à l'appelant la meilleure trajectoire à suivre. En effet, Info-Santé ne transmettra pas l'information à un autre partenaire; c'est plutôt l'appelant qui devra faire les démarches.
- **Société de protection des animaux (527-9104)**
 - Il peut arriver qu'un signalement soit fait à la SPA en raison des animaux qui, partageant avec leur maître des habitations insalubres, s'en trouvent maltraités.

4.3 Que faire du signalement?

Quand un intervenant reçoit un signalement, il est convenu qu'il fasse ses vérifications de base et qu'il interpelle, le cas échéant, les partenaires de l'entente. S'il s'agit du service d'Info-Santé, l'appelant est référé à un des partenaires de l'entente, compte tenu que ce service ne peut se déplacer pour faire les vérifications de base.

Ville de Québec

En vertu de ses responsabilités, l'inspecteur en environnement et salubrité de la ville peut réaliser une inspection dans tout bâtiment d'habitation localisé sur son territoire. Il analyse la situation en vertu du règlement R.V.Q. 773 et exige de réaliser les correctifs nécessaires. Il

informe l'occupant des sanctions possibles en cas d'infraction et des risques d'éviction de la part du propriétaire. À défaut pour le locataire et/ou le propriétaire de se conformer, l'inspecteur pourra alors émettre un constat d'infraction assorti d'une amende.

S'il s'agit d'un **cas d'insalubrité de l'habitation** et que l'inspecteur, au cours de sa visite, soupçonne un problème de santé, il pourra aussi utiliser la réglementation à sa disposition pour faire en sorte que la situation soit corrigée. Ainsi, il émettra un avis à l'occupant des lieux sur l'illégalité de garder le domicile dans l'état constaté. Il lui donnera un délai raisonnable pour nettoyer les lieux et rendre à nouveau le domicile habitable. Selon le cas, cet avis pourra être verbal et cibler des correctifs précis et facilement réalisables (ex. : dégager les plinthes électriques).

Une seconde inspection permettra d'apprécier la collaboration de la personne. Selon les circonstances, elle pourrait se réaliser conjointement avec un représentant de la Division de la prévention des incendies et/ou un intervenant du CSSS responsable du territoire où est située l'habitation. Dans le cas où la personne démontre sa collaboration, les correctifs devront être apportés graduellement jusqu'à ce que les lieux deviennent sécuritaires et salubres. Par contre, si la personne n'a pas apporté les correctifs demandés, l'intervenant du CSSS planifiera son intervention en proposant différentes mesures d'aide et l'inspecteur informera l'occupant des sanctions possibles en cas d'infraction et des risques d'éviction de la part du propriétaire.

Si le propriétaire recherche l'éviction de la personne, il pourra faire une demande d'accès à l'information pour obtenir le rapport d'inspection ou assigner l'inspecteur à témoigner de la situation d'insalubrité devant la Régie du logement. Toutefois, dans le cadre de la présente entente de collaboration, l'éviction doit demeurer l'extrême recours, car plutôt que de régler le problème, elle ne fait que le déplacer.

CSSS

L'intervenant du service concerné du réseau de la santé et des services sociaux évalue d'abord la recevabilité du signalement en fonction des éléments énumérés dans la figure 1. L'admissibilité sera évaluée sur la base des caractéristiques du domicile et du comportement de la personne qui fait l'objet du signalement (ex. : insalubrité du domicile, accumulation d'objets hétéroclites, présence d'animaux en mauvaise condition ou morts, accumulation d'excréments ou d'urine d'animaux dans les quartiers habitables, auto-négligence extrême, sans-gêne lié à sa condition, refus de demander de l'aide ou de discuter de la situation, méfiance, retrait social).

Toutefois, il n'est pas nécessaire de réunir toutes ces caractéristiques pour considérer qu'une situation relève de l'insalubrité morbide. Le cas échéant, l'intervenant pourra aussi utiliser le rapport de visite de l'inspecteur de la ville comme élément supplémentaire à son évaluation.

Lorsque le signalement est retenu (ceci sous-entend qu'il s'agit d'un problème d'insalubrité morbide),

- le CSSS procède à une visite des lieux pour évaluer la situation. Certaines évaluations sont effectuées avec l'équipe du programme concerné en collaboration avec les inspecteurs en environnement et salubrité de la ville, s'il y a lieu. Lors de cette visite, le rôle des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux est d'évaluer :
 - si la personne est volontaire ou non;
 - si la personne est apte ou inapte;
 - si la situation représente un danger pour la personne ou pour autrui;
 - si ce danger est grave et immédiat.

S'il n'y a pas présence de danger, les intervenants peuvent recommander l'une ou l'autre des interventions possibles en pareil cas. Si la personne n'est pas volontaire à cette recommandation, le CSSS adoptera une approche motivationnelle auprès de la personne de manière à lui faire réaliser la situation problématique et à obtenir sa collaboration. Dans le cas d'un refus, l'intervention du CSSS deviendra impossible.

S'il y a présence d'un danger grave et immédiat, les intervenants peuvent demander l'assistance du service de police et utiliser les procédures prévues par la Loi P-38.001⁵ ou faire une requête pour garde provisoire.

4.4 Suivi de l'intervention

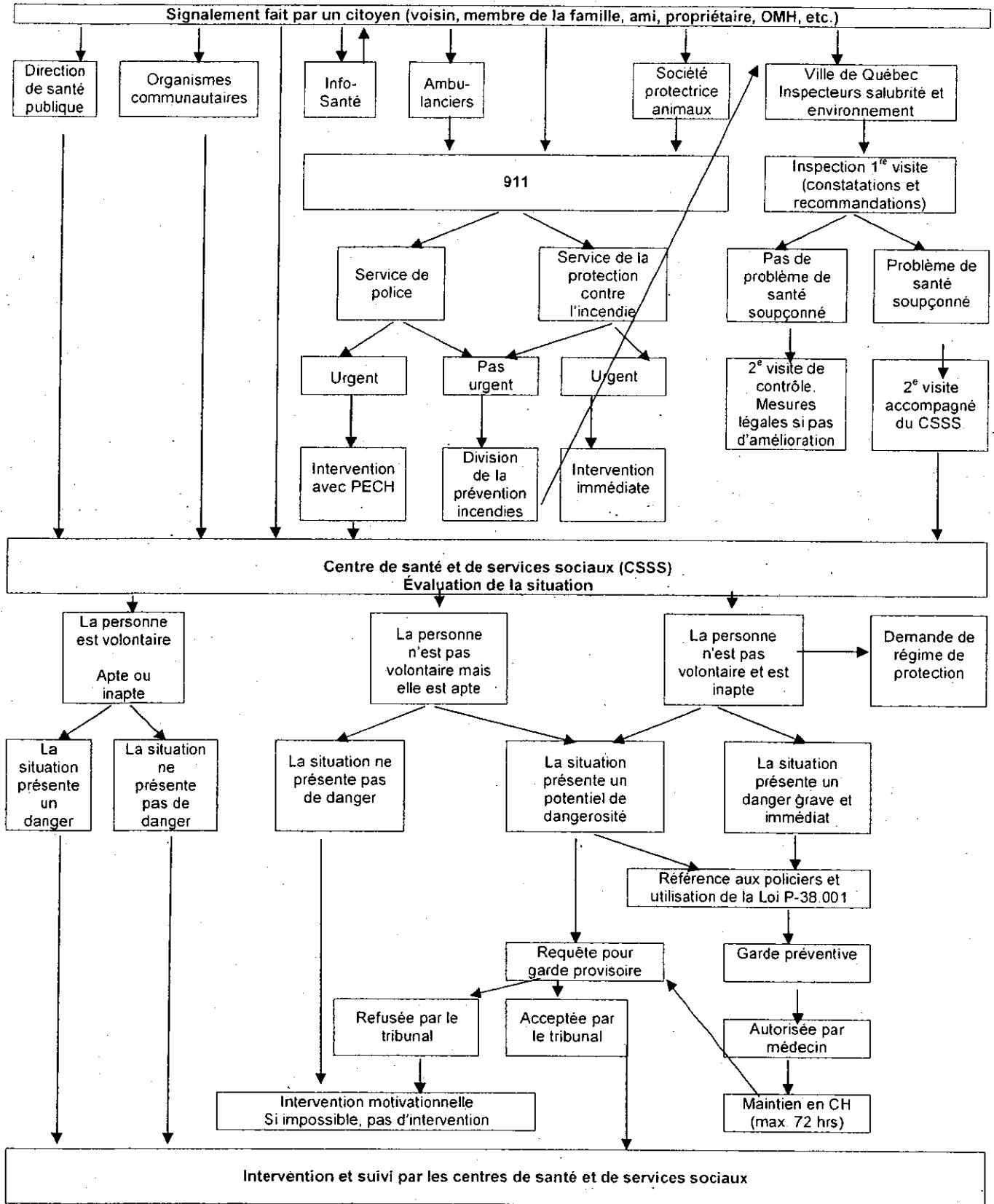
Dans la majorité des cas d'insalubrité morbide, une intervention concertée impliquant le CSSS, la Ville (par ses inspecteurs en environnement et salubrité, ses préventionnistes des incendies, et ses policiers) et, le cas échéant, d'autres partenaires concernés, permettra d'en arriver à la meilleure solution pour la situation signalée.

⁵ Voir annexe 5 : Informations sur la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (Loi P-38.001).

Lorsque le suivi de la situation est convenu par le CSSS avec la personne, un plan d'intervention (PI) est élaboré afin de convenir des actions à entreprendre. Le PI est dressé conformément aux directives établies par l'établissement.

Un plan de services individualisé (PSI) peut aussi être rédigé afin d'identifier les contributions attendues de la part des différents services du CSSS et, le cas échéant, de partenaires comme le propriétaire, la Ville, le Service de police ou autres. L'intervenant du CSSS agit comme coordonnateur du PSI. L'inspecteur de la Ville peut collaborer au suivi et agir en complémentarité compte tenu de son mandat et de la réglementation de la Ville.

Figure 2. Arbre décisionnel pour les situations d'insalubrité morbide



4.5 Le partage des responsabilités

Manifestement, dans les situations d'insalubrité morbide, il existe une triade d'intervenants clés : l'intervenant social du CSSS, l'inspecteur en salubrité et environnement et le conseiller en santé environnementale de la Direction de santé publique. Toutefois, il pourrait arriver que la Direction de la protection de la jeunesse soit interpellée dans des cas particuliers où l'intégrité d'enfants serait en cause. De plus, comme plusieurs organismes communautaires⁶ partagent avec les CSSS le suivi dans la communauté, il est de mise qu'ils soient impliqués au premier chef lorsqu'ils assument déjà le suivi de la personne concernée.

En effet, le CSSS, lorsqu'il est interpellé, procédera à une évaluation de la personne impliquée et de son environnement, de sa motivation et des services qui seraient appropriés pour corriger la situation d'insalubrité. Si la personne présente des problèmes personnels importants, l'intervenant entreprendra les démarches nécessaires (décrites précédemment) selon l'état de la personne et son évaluation du danger. Il demandera la collaboration des intervenants de la Ville, s'il y a lieu.

Dans le cas de l'inspecteur de la Ville, il pourra déterminer s'il s'agit d'un cas d'insalubrité qui peut être résolu à l'aide de la réglementation existante. Si, au contraire, il s'agit d'un problème d'insalubrité morbide, il fera appel aux intervenants du CSSS qui possèdent l'expertise et les outils nécessaires pour prendre en charge de tels cas. Il pourra également soutenir l'intervenant du CSSS à la demande de ce dernier.

Quant à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, elle doit offrir aux partenaires interpellés par la problématique d'insalubrité morbide, le support et l'expertise de 2^e ligne dont ils ont besoin, en vertu de son mandat de protection de la santé. Plus particulièrement, la DSP-CN peut :

- soutenir la Ville dans la formation de ses intervenants (ex. : inspecteurs, policiers, pompiers, préventionnistes). Elle pourra également participer à des formations offertes aux intervenants des CSSS, d'Info-Santé, des organismes communautaires, de la SPA;
- établir une recension des cas d'insalubrité morbide sur le territoire de la ville de Québec;
- produire des états de situation annuels relatifs à l'insalubrité morbide sur le territoire de la ville de Québec;

⁶ Voir liste en annexe

- élaborer des outils d'intervention;
- voir à la mise à jour des informations pertinentes pour les intervenants concernés par l'entente de collaboration;
- évaluer l'implantation de cette entente de collaboration;
- recevoir les plaintes de citoyens relativement à des cas d'insalubrité morbide.

Quant aux organismes communautaires qui assuraient déjà le suivi d'une personne vivant une situation d'insalubrité morbide, ils seront invités à collaborer à l'intervention.

4.6 Mesures liées à l'hébergement

Lorsque la relocalisation de la personne en dehors de son lieu de résidence est nécessaire, une évaluation de la mesure la plus appropriée est faite par le CSSS. L'Archipel d'entraide et son service Accroche-toit, le Programme régional de ressources non institutionnelles en santé mentale ou d'autres services tels que la Maison de Lauberivière, le Centre de crise, la Croix-Rouge, pourront alors être contactés dans une stratégie de relocalisation temporaire ou permanente.

4.7 Financement de certaines mesures

Le ménage

Si la personne doit sortir de son logement, c'est le propriétaire qui aura l'entière responsabilité de procéder au nettoyage et de remettre le logement en état. Il pourra se prévaloir, s'il y a lieu, des recours prévus à la loi sur la Régie du logement.

Si la personne est susceptible de demeurer dans son domicile après l'intervention, le CSSS évaluera le meilleur moyen à mettre en place pour rendre le domicile à nouveau habitable à partir de ses propres ressources ou des ressources du milieu. Cette opération devra être faite de façon sécuritaire en s'assurant de la protection des intervenants. Le CSSS pourra, par la suite, assurer un suivi de l'entretien des lieux grâce à ses programmes réguliers.

Le propriétaire devrait aussi être sollicité pour une contribution dans le cadre des règles de la Régie du logement.

Les conteneurs à matières résiduelles

Puisqu'il s'agit généralement de disposer de quantités importantes d'objets, l'arrondissement pourra mettre à la disposition du responsable du nettoyage, un conteneur pour les matières résiduelles afin de faciliter l'opération. Chaque situation sera évaluée au mérite par l'arrondissement concerné.

4.8 Suivi de l'entente

Chaque cas d'insalubrité morbide est unique. Il n'existe donc pas de protocole universel pour intervenir dans telle ou telle situation. C'est pourquoi les partenaires à l'entente de collaboration intersectorielle sont d'accord pour effectuer un suivi et une évaluation périodiques de cette dernière. Ainsi, chacun s'engage à :

- promouvoir, au sein de son institution, par de la formation ou autrement, les objectifs d'intervention en matière d'insalubrité morbide;
- assurer, selon les ressources disponibles, les services appropriés;
- participer, après 6 mois et 12 mois d'application de l'entente, à des rencontres de partage des expériences afin de développer une expertise dans le domaine;
- compiler, tenir à jour et transmettre les statistiques pertinentes à l'entente;
- collaborer avec la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale pour lui permettre de faire des états de situation périodiques sur l'insalubrité morbide et de produire des états de situation annuels;
- mettre à jour de façon continue, en collaboration avec tous les organismes indiqués, les renseignements sur les services disponibles dans le domaine de l'insalubrité morbide;
- voir à dénouer toute impasse qui pourrait surgir en cours de processus;
- déléguer :
 - **pour la Ville**, le directeur de la Division de la gestion du territoire de l'arrondissement concerné,
 - **pour les CSSS signataires de l'entente**, la directrice des services de santé mentale, afin de régler, le cas échéant, toute mésentente quant à une intervention à réaliser.

Conclusion

Le présent document résulte d'une concertation entre les différents partenaires impliqués dans les situations d'insalubrité morbide pour convenir d'une entente de collaboration intersectorielle. Il demeure assurément un document à parfaire au fur et à mesure de l'évolution des interventions dans le milieu.

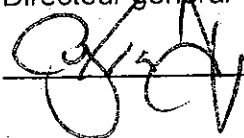
**ENTENTE DE COLLABORATION INTERSECTORIELLE
DANS LES SITUATIONS D'INSALUBRITÉ MORBIDE**

Les signataires conviennent d'appliquer l'entente pour une période d'une année à partir de la signature. Cette entente se renouvellera automatiquement à moins d'un avis écrit de 30 jours de l'un des signataires.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE

Représenté par Monsieur Sylvain Gagnon
Directeur général

Signature



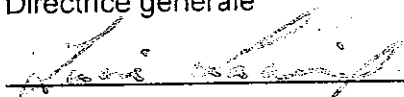
Date

Excellence

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC-NORD

Représenté par Madame Lucie Lacroix
Directrice générale

Signature



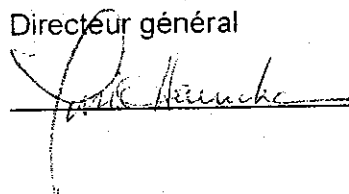
Date

18 juin 2008

HÔPITAL JEFFERY HALE-SAINT BRIGID'S

Représenté par Monsieur Louis Hanrahan
Directeur général

Signature



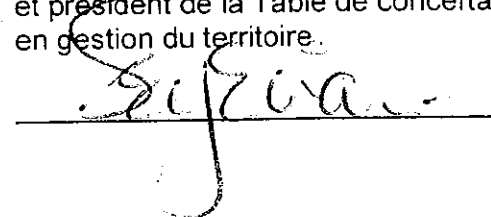
Date

3 juillet 2008

VILLE DE QUÉBEC

Représentée par Monsieur Serge Viau
Directeur général adjoint
et président de la Table de concertation
en gestion du territoire.

Signature



Date

2008-07-23

ANNEXE 1

**RÈGLEMENT SUR LA SALUBRITÉ ET L'ENTRETIEN DES
BÂTIMENTS D'HABITATION DE LA VILLE DE QUÉBEC (R.V.Q. 773)
(EN ATTENTE D'UN RÈGLEMENT REFONDU EN JUIN 2009)**

Avis de motion donné le 1^{er} mai 2006

Adopté le 15 mai 2006

En vigueur le 18 mai 2006

VILLE DE QUÉBEC

RÈGLEMENT R.V.Q. 773

**RÈGLEMENT SUR LA SALUBRITÉ ET L'ENTRETIEN DES
BÂTIMENTS D'HABITATION**

LA VILLE DE QUÉBEC, PAR LE CONSEIL DE LA VILLE, DÉCRÈTE CE QUI SUIT :

CHAPITRE I

DÉFINITION

1. Dans ce règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :

« salubrité » : le caractère d'un bâtiment ou d'une partie de bâtiment qui est, de par la qualité de son état et de son environnement, favorable à la santé ou à la sécurité des résidents ou du public en raison de l'utilisation qui en est faite ou de l'état dans lequel il se trouve.

CHAPITRE II

CHAMP D'APPLICATION

2. Ce règlement s'applique à un bâtiment qui sert, en tout ou en partie, à des fins d'habitation afin de pouvoir intervenir à l'encontre de toute source d'insalubrité d'un logement et ne vise pas un bâtiment à caractère exclusivement institutionnel, industriel, public, commercial, y compris celui desservant ou destiné à desservir une clientèle de passage ainsi que celui occupé ou destiné à être occupé exclusivement par un établissement visé à l'article 79 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2) ou lié à un tel établissement.

3. Dans ce règlement, les exigences relatives aux logements s'appliquent également aux chambres des maisons de chambres.

CHAPITRE III

FONCTIONNAIRE DÉSIGNÉ

4. Le fonctionnaire désigné, mentionné à ce règlement, est le responsable de la salubrité spécifiquement désigné comme tel par le conseil.

5. Dans l'exercice de ses fonctions, le fonctionnaire désigné peut, à toute heure raisonnable, visiter un terrain ou une construction, une propriété mobilière et immobilière, y pénétrer et l'examiner afin de s'assurer du respect de ce règlement.

6. Le propriétaire ou l'occupant doit laisser pénétrer le fonctionnaire désigné sur les lieux sans nuire à l'exécution de ses fonctions.

7. Le fonctionnaire désigné peut faire des essais, prendre des photographies ou des relevés techniques à l'aide d'un appareil de mesure dans un bâtiment ou sur la propriété, pour les fins de l'application de ce règlement.

8. Le propriétaire ou l'occupant d'un logement ou d'un bâtiment visé par une intervention d'extermination de la vermine, faite en vertu de ce règlement, doit permettre l'accès des lieux à l'exterminateur. Si requis par le fonctionnaire désigné, il doit nettoyer et préparer les lieux en vue de l'intervention.

9. Le fonctionnaire désigné peut, suite à une intervention en vertu de ce règlement, exiger d'un propriétaire d'un bâtiment qu'il effectue ou fasse effectuer un essai, une analyse ou une vérification d'un matériau, d'un équipement ou d'une installation afin de s'assurer de sa conformité à ce règlement et qu'il fournisse une attestation de conformité, de sécurité et de bon fonctionnement.

CHAPITRE IV

SALUBRITÉ ET ENTRETIEN DES BÂTIMENTS D'HABITATION

SECTION I

SALUBRITÉ

10. Un bâtiment destiné à l'habitation doit en tout temps être maintenu dans un bon état de salubrité et les réparations nécessaires et les travaux d'entretien doivent être effectués afin de le conserver dans cet état.

11. Les causes d'insalubrité suivantes, à l'intérieur d'un bâtiment d'habitation, ou toutes autres de même nature, sont prohibées et doivent être supprimées :

- 1° la malpropreté, la détérioration ou l'encombrement d'un bâtiment principal, d'un logement, d'une chambre, d'une maison de chambres;
- 2° la présence d'animaux morts;
- 3° la présence, l'entreposage ou l'utilisation de produits ou de matières qui dégagent une odeur nauséabonde ou une vapeur toxique;
- 4° l'accumulation d'ordures ménagères, de déchets ou de matières recyclables, ailleurs que dans des récipients, ou à l'intérieur du bâtiment dans un local non prévu à cette fin;
- 5° l'encombrement d'un moyen d'évacuation;
- 6° la présence de glace ou de condensation sur une surface intérieure d'un bâtiment autre qu'une fenêtre;
- 7° la présence d'accumulation d'eau ou d'humidité causant une dégradation de la structure des matériaux ou des finis ou la présence de moisissure;
- 8° l'amas de débris, de matériaux, ou de matières gâtées ou putrides;
- 9° la présence de vermine, de rongeurs, d'insectes ou de moisissure visible ainsi qu'une condition qui favorise la prolifération de ceux-ci;
- 10° un élément de la structure, de son isolation et de ses finis qui est affecté par une infiltration d'eau ou de liquide ou par un incendie. Cet élément doit alors être nettoyé, asséché complètement ou remplacé de façon à prévenir et à éliminer la présence d'odeur ou de moisissure et leur prolifération. Les matériaux affectés par le feu qui ne respectent plus leur qualité première doivent être remplacés.

SECTION II

ENTRETIEN

- 12.** Les parties constituantes d'un bâtiment doivent être maintenues en bon état et pouvoir remplir la fonction pour laquelle elles ont été conçues. Elles doivent être traitées, réparées ou remplacées de façon à pouvoir remplir cette fonction.

- 13.** Un balcon, une galerie, une passerelle, un escalier extérieur doit être libre d'accumulation de neige ou de glace de nature à constituer un danger ou à nuire à son utilisation.

- 14.** L'enveloppe extérieure d'un bâtiment, telle une toiture, un mur extérieur ou un mur de fondation ainsi que leurs composantes qui consistent notamment, en des portes, des fenêtres, des cadres, des lanterneaux et des ouvrages de métal, doivent être étanches.

- 15.** Les surfaces extérieures d'une construction doivent être entretenues afin d'empêcher l'intrusion de volatiles, de vermine, de rongeurs, d'insectes ou d'autres animaux nuisibles à l'intérieur du bâtiment et des murs. Ces surfaces doivent demeurer d'apparence uniforme et ne pas être dépourvues de leur recouvrement. Elles doivent être, le cas

échéant, protégées par l'application de peinture, de vernis ou par un enduit correspondant aux matériaux à protéger.

16. Les murs et plafonds doivent être maintenus en bon état et être exempts de trous ou de fissures.

Un revêtement qui s'effrite ou menace de se détacher, doit être réparé ou remplacé.

17. Un plancher doit être maintenu en bon état et ne doit pas comporter de planches mal jointes, tordues, brisées ou pourries ou tout autre défaut qui pourrait être dangereux ou causer un accident.

18. Un puits d'aération ou d'éclairage doit être maintenu en bon état et être propre et libre de toute obstruction. Les parties mobiles des ouvertures du puits doivent être étanches et en bon état de fonctionnement.

19. Le sol d'un vide sanitaire ou d'une cave doit être sec et aménagé de manière à prévenir ou à éliminer l'infiltration d'eau.

20. Le plancher d'une salle de toilette ou d'une salle de bain ainsi que les murs autour de la douche ou du bain doivent être recouverts d'un fini ou d'un revêtement étanche et maintenus en bon état pour empêcher l'infiltration d'eau dans une cloison adjacente.

21. Le plancher d'une buanderie commune doit être recouvert d'un fini ou revêtement étanche et maintenu en bon état pour prévenir, notamment, l'humidité. Il doit aussi être nettoyé afin de conserver la buanderie dans un bon état de salubrité.

22. À l'intérieur d'un bâtiment, un vide-ordures, une chute à déchets, un contenant à déchets et à matières recyclables ainsi qu'un local qui est réservé à leur entreposage, doit être maintenu en bon état. Ce local doit être nettoyé et désinfecté.

CHAPITRE V

ÉQUIPEMENTS DE BASE D'UN BÂTIMENT D'HABITATION

SECTION I

DISPOSITIONS APPLICABLES À TOUS LES BÂTIMENTS D'HABITATION

23. Un bâtiment destiné à l'habitation doit être pourvu d'un système d'alimentation en eau potable, d'un réseau de plomberie d'évacuation des eaux usées, d'installation de chauffage et d'un système électrique d'éclairage qui doivent être maintenus, pour l'ensemble de leurs composantes, continuellement en bon état de fonctionnement et pouvoir être utilisés aux fins auxquelles ils sont destinés.

24. Une salle de bain ou de toilette contenant un cabinet d'aisance doit être séparée des autres pièces.

25. Un évier de cuisine, un lavabo et une baignoire ou une douche doivent être alimentés en eau froide et en eau chaude de façon suffisante.

26. Un appareil sanitaire doit être raccordé directement au réseau de plomberie d'évacuation des eaux usées.

27. Un bâtiment destiné à l'habitation doit être muni d'une installation permanente de chauffage en bon état de fonctionnement permettant de desservir chacune des pièces et des espaces du bâtiment.

L'installation de chauffage doit permettre à l'occupant d'obtenir une température d'au moins 20 degrés Celsius dans un logement ou une chambre d'une maison de chambres. La température est mesurée au centre de la pièce à un mètre du sol.

Tous les espaces à l'intérieur d'un bâtiment d'habitation qui sont contigus à un logement ou à une chambre d'une maison de chambres doivent être maintenus à une température d'au moins 15 degrés Celsius. La température est mesurée au centre de la pièce à un mètre du sol.

28. L'installation électrique d'un bâtiment d'habitation doit assurer l'éclairage de toutes les pièces, des espaces communs, des escaliers intérieurs et l'éclairage extérieur de chacune des entrées communes du bâtiment avec une intensité moyenne de 50 lux.

29. Les fenêtres d'un logement ou d'une chambre dans une maison de chambres doivent être pourvues, du 31 octobre au 30 avril, de contre-fenêtres à moins qu'elles ne soient munies d'un double vitrage.

30. Un logement doit, au minimum, être pourvu de chacun des éléments suivants :

1° un évier de cuisine;

2° une toilette;

3° un lavabo;

4° une baignoire ou une douche.

SECTION II

DISPOSITIONS APPLICABLES À UNE MAISON DE CHAMBRES

31. Une salle de bain ou de toilette d'une maison de chambres doit être accessible sans qu'il soit nécessaire de monter ou de descendre plus d'un étage à partir des chambres desservies.

32. Une maison de chambres doit être pourvue d'une salle de bain comprenant un lavabo, une toilette et une baignoire ou une douche.

33. Une salle de bain doit être prévue pour desservir un maximum de cinq chambres non desservies par leurs propres équipements sanitaires.

34. Une salle de bain doit être accessible à chaque étage où il se trouve trois chambres et plus.

CHAPITRE VI

VENTILATION DANS LES BÂTIMENTS D'HABITATION

35. Une salle à manger, une salle de séjour ainsi qu'une chambre doit être ventilée par circulation d'air naturel au moyen d'une fenêtre donnant directement sur l'extérieur.

36. Une salle de bain ou de toilette doit être ventilée au moyen d'une fenêtre donnant directement sur l'extérieur. Une salle de bain ou de toilette qui n'est pas ventilée par circulation d'air naturel, doit être munie d'une installation de ventilation mécanique expulsant l'air à l'extérieur et assurant un changement régulier.

37. Un vide sanitaire doit être ventilé par circulation d'air naturel au moyen d'une ouverture donnant directement sur l'extérieur pour la période du 30 avril au 31 octobre.

38. Une hotte de cuisinière ou un ventilateur installé au-dessus d'une cuisinière doit comporter un filtre à graisse ou à charbon en bon état. Lorsqu'un conduit d'extraction est relié à une hotte de cuisinière ou à un ventilateur installé au-dessus d'une cuisinière, celui-ci doit :

- 1° déboucher directement sur l'extérieur et n'être relié à aucun autre ventilateur;
- 2° être fait de matériaux incombustibles et qui ne rouillent pas.

39. Une ouverture de ventilation, à l'exception d'une fenêtre, doit être protégée contre les intempéries, les insectes et les rongeurs.

CHAPITRE VII

RÉSISTANCE À L'EFFRACTION

40. Une porte d'entrée d'un logement et d'une chambre d'une maison de chambres doit être munie d'un mécanisme de verrouillage, et conçue afin d'assurer une protection contre l'intrusion et la sécurité des occupants.

CHAPITRE VIII

INFRACTION ET PEINES

41. Quiconque contrevient à une disposition de ce règlement commet une infraction et est passible, pour une première infraction, d'une amende dont le montant est, dans le cas d'une personne physique, d'un minimum de 300 \$ et d'un maximum de 1 000 \$ et, dans le cas d'une personne morale, d'un minimum de 600 \$ et d'un maximum de 2 000 \$.

En cas de récidive, le contrevenant est passible d'une amende dont le montant est, dans le cas d'une personne physique, d'un minimum de 600 \$ et d'un maximum de 2 000 \$ et, dans le cas d'une personne morale, d'un minimum de 1 200 \$ et d'un maximum de 4 000 \$.

Dans tous les cas, les frais s'ajoutent à l'amende.

Si l'infraction est continue, cette continuité constitue, jour par jour, une infraction séparée et l'amende édictée pour cette infraction peut être infligée pour chaque jour que dure l'infraction.

CHAPITRE IX

RESPONSABILITÉ D'APPLICATION

42. L'application de ce règlement est de la responsabilité du directeur général.

CHAPITRE X

DISPOSITION ABROGATIVE

43. Les dispositions de ce règlement remplacent une disposition traitant du même objet dans un règlement en vigueur le 31 décembre 2001 dans une municipalité mentionnée à l'article 5 de la *Charte de la Ville de Québec* (L.R.Q., chapitre C-11.5), et qui demeure en vigueur conformément à l'article 6 de la même loi.

CHAPITRE XI

DISPOSITION FINALE

44. Ce règlement entre en vigueur conformément à la loi.

ANNEXE 2

OBLIGATIONS DES PROPRIÉTAIRES ET DES LOCATAIRES EN VERTU DU CODE CIVIL DU QUÉBEC

Selon le Code civil du Québec (C.c.Q.), tant les locataires que les propriétaires ont des obligations les uns envers les autres. Ainsi :

- Les obligations du locataire sont :
 - Payer son loyer à la date convenue au bail (art. 1855)⁷
 - Utiliser le logement avec prudence et diligence [d'une manière responsable]⁸ (art. 1855)
 - Ne pas changer la forme ou la destination du logement [ex. : nombre de pièces, accès à une porte] (art. 1856)
 - Maintenir le logement en bon état de propreté (art. 1911)
 - Respecter les lois relatives à la sécurité et à la salubrité du logement (art. 1912, alinéa 1)
 - Effectuer les réparations locatives dans certains cas [ex. : fuite grave de la tuyauterie ou du toit, défaut des installations électriques, blocage du tuyau d'égout, serrure défectueuse sur une porte d'accès au logement] (art. 1864)
 - Subir les réparations urgentes et nécessaires (art. 1865)
 - Permettre la vérification de l'état du logement, sa visite à un acquéreur éventuel, l'affichage et sa visite à un locataire éventuel et les travaux qui doivent être effectués (art. 1857, 1930 et suivants)
 - Ne pas changer les serrures du logement (art. 1934)
 - Se conduire de manière à ne pas troubler la jouissance normale des autres locataires ou du locateur (art. 1860)
 - Aviser d'une défectuosité ou détérioration substantielle (art. 1866)
 - À la fin du bail, enlever ses effets mobiliers (art. 1978)
 - À la fin du bail, remettre le logement dans son état initial (art. 1890 et 1891).

⁷ Article du Code civil du Québec qui traite de cette matière.

⁸ [...] : note de l'auteur

- Par ailleurs, les obligations du propriétaire sont :
 - À la date convenue, le propriétaire doit délivrer le logement en bon état de réparations, d'habitabilité et de propreté (art. 1854, alinéa 1, 1910 et 1911)
 - En cours de bail, procurer la jouissance paisible du logement (art. 1851, 1854, alinéa 1 et 1859)
 - Maintenir le logement en bon état d'habitabilité (art. 1910)
 - Garantir que le logement puisse servir à son usage normal et l'entretenir à cette fin durant toute la durée du bail (art. 1854, alinéa 2)
 - Faire toutes les réparations nécessaires, sauf celles à la charge du locataire (art. 1864)
 - S'assurer que le nombre d'occupants respecte les conditions normales de confort et de salubrité (art. 1920)
 - Ne pas changer la forme ou la destination du logement (art. 1856)

ANNEXE 3

**ARTICLES DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX (L.R.Q., CHAPITRE S-4.2)**

9. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.

Consentement aux soins.

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'usager ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil.

1991, c. 42, a. 9; 1999, c. 40, a. 269.

Participation.

10. Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Plan d'intervention.

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

Modification.

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

1991, c. 42, a. 10.

Accompagnement.

11. Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement.

1991, c. 42, a. 11.

Représentant.

12. Les droits reconnus à toute personne dans la présente loi peuvent être exercés par un représentant.

Présomption.

Sont présumées être des représentants les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil :

- 1° le titulaire de l'autorité parentale de l'usager mineur ou le tuteur de cet usager;
- 2° le curateur, le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'usager majeur inapte;
- 3° la personne autorisée par un mandat donné par l'usager majeur inapte antérieurement à son inaptitude;
- 4° la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'usager majeur inapte.

1991, c. 42, a. 12; 1999, c. 40, a. 269.

ANNEXE 4

AVIS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE PORTNEUF SUR LES INTERVENTIONS AUPRÈS DES PERSONNES ATTEINTES DU SYNDROME DE DIOGÈNE

La demande de consultation

L'équipe de santé mentale du CLSC est parfois sollicitée afin qu'elle intervienne auprès d'individus accumulant des quantités considérables d'objets hétéroclites. Ce comportement a usuellement pour effet d'engendrer des conditions de vie insalubres. On désigne ce comportement par l'expression « syndrome de Diogène ». Or, l'une des caractéristiques de ce syndrome est le refus de la personne à l'égard de toute forme d'intervention.

Lors de sa réunion du 20 septembre 2004, le Comité d'éthique a reçu une demande de consultation formulée par l'équipe de santé mentale concernant ses interventions auprès de personnes atteintes du « syndrome de Diogène ». Le Comité d'éthique est appelé à se pencher sur les trois questions suivantes :

1. Qu'est-ce que le syndrome de Diogène?
2. En quoi est-ce un problème pour les intervenants?
3. Comment intervenir et jusqu'où l'on pousse l'intervention?

Nous répondrons à la première question dans la partie portant sur l'aspect clinique. La seconde question sera abordée dans la partie portant sur les préoccupations des intervenants. Nous discuterons de la troisième question dans les parties concernant l'aspect juridique, l'aspect éthique et la conduite à tenir.

L'aspect clinique

Le syndrome de Diogène ne fait pas l'objet d'un diagnostic de maladie mentale. Il s'agit d'un trouble du comportement qui se manifeste par du collectionnisme « besoin pathologique de rassembler des objets hétéroclites et sans valeur marchande » (*Grand Usuel Larousse*). Dans le collectionnisme, la relation à l'objet est déviante, mais son appropriation est normale. Le syndrome de Diogène comporte les caractéristiques suivantes :

- l'insalubrité du milieu ou de l'habitation (syllogomanie ou collectionnisme de déchets);
- une négligence sévère concernant l'hygiène corporelle et les soins de santé;
- l'isolement ou le retrait social;
- un sans-gêne quant à la condition de vie;
- un refus de l'aide proposée.

Le syndrome de Diogène est dit « primaire » lorsqu'il concerne seulement le mode de vie; il est appelé « secondaire » lorsqu'il est associé à une pathologie. Voici des exemples de pathologies pouvant lui être associées :

- schizophrénie ou troubles de l'humeur;
- éthylisme;
- trouble délirant;
- déficience intellectuelle;
- syndrome frontal (démence ou autre).

Les préoccupations des intervenants

Le suivi effectué auprès des personnes atteintes du syndrome de Diogène pose divers problèmes. Les intervenants expliquent devoir naviguer entre leurs propres valeurs, la perception et les demandes des proches ou de l'entourage du client, et le respect du choix de vie du client. En termes d'éthique, ce type de questionnement concerne le respect de l'autonomie personnelle du client et le principe de bienfaisance qui doit toujours guider les interventions des professionnels de la santé.

Les intervenants expriment aussi une préoccupation de nature juridique dans la question de savoir jusqu'où il est nécessaire de poursuivre une intervention pour se placer à l'abri d'un reproche de négligence à l'égard d'un client.

Les intervenants se sentent déchirés entre leur conscience professionnelle qui leur demande d'apporter une aide et le refus du client de recevoir cette aide. Ainsi, ils veulent éviter que des clients deviennent des itinérants s'ils sont expulsés de leur logement. Les intervenants tentent certaines interventions pour amener une modification des comportements qu'ils estiment nuisibles. Cependant, si le client maintient son refus d'agir et d'être aidé, sa volonté prévaut s'il est considéré apte à consentir.

Enfin, dans l'hypothèse où un client est mis à la porte du logement qu'il loue, l'intervenant a-t-il une obligation de dire la vérité aux propriétaires de logements qu'il approche afin de trouver un nouveau logement à son client?

L'aspect juridique

L'exposé sur l'aspect juridique doit couvrir quelques dimensions : le consentement aux soins et le refus de soins, dont le refus d'hébergement, l'obligation de moyens et l'obligation de résultat, ainsi que les obligations légales du locateur d'un logement.

Le consentement libre et éclairé

Toute dispensation de soins requiert que la personne, à laquelle on destine ces soins, ait préalablement exprimé un consentement libre et éclairé, nous dit l'article 10 du *Code civil du Québec*. Les exceptions au principe du consentement libre et éclairé, dont le cas d'urgence, sont prévues dans la loi.

Le principe général applicable à une personne atteinte du syndrome de Diogène est donc l'obligation d'obtenir son consentement avant de lui prodiguer des soins. Supposons que des intervenants estiment nécessaire qu'une personne soit placée en hébergement. Puisque l'hébergement est une forme de soin, il requiert l'expression préalable d'un consentement libre et éclairé.

Le patient majeur et apte dispose du droit de consentir aux soins et de les refuser. Dans l'hypothèse où un patient majeur et apte refuserait une offre d'hébergement, sa volonté devrait être respectée.

Par ailleurs, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) veut faciliter une prise de décision lucide et, autant que possible, une participation de la personne au choix des soins qui lui sont dispensés. L'article 8, alinéa 1 de cette loi, mentionne la nécessité d'informer le patient sur son état de santé ainsi que sur les différentes possibilités d'intervention qui s'offrent à lui :

« Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant ».

L'exercice du droit au consentement libre et éclairé impose une obligation aux intervenants en ce qu'il requiert de l'équipe soignante qu'elle informe adéquatement l'usager.

Le consentement substitué

La question de savoir si l'hébergement serait une mesure indiquée pour une personne atteinte du syndrome de Diogène risque de se présenter fréquemment dans des contextes d'aptitude déficiente ou variable, ou encore dans des contextes de franche inaptitude. Si la personne concernée est inapte, le consentement aux soins est donné par une autre personne, détentrice de ce qu'on appelle le consentement substitué. L'aptitude dont il s'agit ici n'est pas une aptitude par rapport à la vie en général, mais plutôt une aptitude spécifique et précise qui se rapporte à la capacité de comprendre l'enjeu soulevé par l'état du patient en relation avec l'intervention proposée, dans ce cas-ci un hébergement.

Il faut remarquer que le refus de se soumettre à l'intervention proposée, dans ce cas-ci l'hébergement, ne signifie en rien que l'auteur du refus est inapte.

La démonstration de l'inaptitude ne se fait pas en prouvant que la personne ne comprend pas, mais en prouvant qu'elle ne dispose pas de la capacité de comprendre. Dans un jugement rendu en 1994, la Cour d'appel du Québec a décidé de retenir les critères d'évaluation de l'aptitude contenus dans une législation de la Nouvelle-Écosse. Voici ces critères d'évaluation, exprimés sous la forme de cinq questions :

1. La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé?
2. La personne comprend-elle la nature et le but du traitement?
3. La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement si elle le subit?
4. La personne comprend-elle les risques de ne pas suivre le traitement?
5. La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie?

L'article 11 du *Code civil du Québec* établit la possibilité de recourir au consentement substitué si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement:

« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer ».

Il est vraisemblable qu'une personne socialement isolée et atteinte du syndrome de Diogène ne vive sous aucun régime de protection. Lorsqu'il n'existe aucun régime de protection, le consentement doit venir de l'une des personnes suivantes, par ordre de priorité :

1. Le conjoint du majeur inapte, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait;
2. Un proche parent lié par le sang ou par alliance;
3. Une personne démontrant un intérêt particulier pour le majeur inapte.

Le refus de l'hébergement

Cependant, il est probable que la personne concernée refuse l'offre d'hébergement. Dans ce cas, si la personne est inapte à prendre ce type de décision, il est possible que le tribunal lui impose de se soumettre à des soins, dont un hébergement. L'article 16 du *Code civil du Québec* permet ce recours :

« L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de quatorze ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit ».

On doit, dans les cas suivants, obtenir l'autorisation du tribunal pour dispenser des soins requis par l'état de santé de la personne inapte :

- il existe un empêchement ou un refus injustifié de la part de celui qui peut consentir pour la personne;
- la personne refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

En droit, l'aptitude est présumée. Il incombe donc à celui qui invoque l'inaptitude de démontrer ce fait.

L'obligation de moyens et l'obligation de résultat

Dans le contexte d'une intervention de type psychosocial auprès d'une personne atteinte du syndrome de Diogène, l'obligation des professionnels de la santé est une obligation de moyens, non pas une obligation de résultat. Les soins à prodiguer doivent être autres que des soins quelconques; les soins doivent être conformes à l'état des connaissances actuelles et dispensés avec une habileté correspondant à ce qu'on peut attendre du professionnel raisonnablement prudent et diligent. Cependant, les intervenants n'ont certes pas une obligation juridique d'obtenir que le client adopte un mode de vie parfaitement sanitaire. Lorsque la personne visée est majeure et apte, elle dispose du droit d'accepter ou de refuser à sa guise les soins proposés. Les intervenants ne peuvent donc pas être soumis à une obligation de résultat.

Les obligations légales du locataire d'un logement

Les obligations légales du locataire d'un logement sont contenues dans quelques dispositions du *Code civil du Québec*. Certaines de ces dispositions attirent notre attention, car elles sont particulièrement susceptibles de s'appliquer dans les circonstances que nous avons décrites. Selon l'article 1855, le locataire doit utiliser le logement avec prudence et diligence. L'article 1911 requiert du locataire qu'il maintienne le logement « en bon état de propreté ». Le locataire doit aussi respecter les lois relatives à la sécurité et à la salubrité du logement. Enfin, l'article 1860 impose au locataire « de se conduire de manière à ne pas troubler la jouissance normale des autres locataires ». Une illustration de négligence quant à cette obligation concerne les odeurs pouvant émaner d'un lieu mal entretenu et qui ont pour effet de priver les autres locataires de jouir normalement de leur logement. Le locateur peut demander la résiliation du bail qui le lie à un locataire dont le comportement prive les autres locataires d'une jouissance normale des lieux.

L'aspect éthique

Selon le principe d'autonomie, les professionnels de la santé doivent intervenir d'une façon qui respecte les valeurs et les décisions du client. Ce rappel est d'autant plus pertinent que les cas de syndrome de Diogène constituent une illustration éloquentes de la distinction que les professionnels doivent effectuer entre leurs valeurs personnelles et leurs valeurs professionnelles, notamment par rapport à ce qui est acceptable ou non sur le plan de l'hygiène corporelle et de la propreté d'une habitation.

Dans les situations complexes comme celles que présentent habituellement les personnes atteintes du syndrome de Diogène, la tentation peut être forte d'intervenir pour simplifier la vie des proches et celle des professionnels de la santé. Or, le bien-être de la personne aidée étant la justification fondamentale de toute intervention, ce bien-être doit demeurer l'objet essentiel des préoccupations chez les intervenants.

Selon le principe de bienfaisance, une attitude interventionniste est justifiée lorsque l'autonomie du client est altérée et que ses décisions ou ses actions compromettent son bien-être. Dans le syndrome de Diogène, il se peut que, en raison d'atteintes cognitives, la volonté exprimée par le client ne manifeste pas véritablement son autonomie et qu'elle ne participe pas à son bien-être. La volonté supplétive des intervenants ou des proches du client est alors recevable.

La justice interdit à toute personne d'adopter des comportements qui présentent un risque pour la sécurité ou le bien-être d'autrui. L'exercice légitime de l'autonomie personnelle ne permet pas de nuire à autrui. Les intervenants qui constatent l'existence d'un comportement dangereux pour d'autres personnes ont la responsabilité de prévenir les services publics dont le mandat est de faire cesser ce comportement.

Le respect de l'autonomie, même résiduelle, devrait prévaloir tant que la sécurité et le bien-être de la personne visée ou d'autrui ne sont pas compromis. On devrait adopter une attitude interventionniste dans les circonstances suivantes :

- le client est atteint d'un trouble mental ou présente un tableau de dysfonction cognitive qui le rend inapte à prendre des décisions à propos de sa personne;
- la sécurité du client est compromise : risques d'incendie, d'accident, de maladie;
- la sécurité et le bien-être de l'entourage sont menacés, notamment par une certaine anxiété face aux risques d'incendie et d'accident, ou encore à cause des odeurs nauséabondes ou de la possibilité de contracter toutes sortes de maladies.

La conduite à tenir

Face à un client présentant un syndrome de Diogène, l'intervenant doit d'abord préciser si la situation présente un caractère urgent ou non. Ainsi, existe-t-il un risque suicidaire, une atteinte grave à la sécurité, par exemple un risque important d'incendie, ou une maladie aiguë surajoutée, comme une infection grave?

S'il n'y a pas d'urgence, l'intervenant doit tenter de préciser s'il s'agit d'un syndrome de Diogène primaire ou secondaire. Il est possible d'établir cette différence par une évaluation psychosociale (histoire psychosociale) et une évaluation médicale et/ou psychologique. L'examen de la situation permettra aussi de préciser « qui a le problème » : le client, sa famille, ses amis, le propriétaire du logement, les voisins, les services municipaux ou les intervenants.

Cette évaluation et la prise en charge du client requièrent un travail d'équipe. Si le syndrome de Diogène s'avère secondaire, un traitement médical devrait être instauré. Dans le cas d'un syndrome de Diogène primaire, l'intervenant devra établir et maintenir une alliance avec le client et favoriser un cheminement tout en respectant les droits du client.

L'intervenant devrait anticiper un suivi à long terme, puisque le syndrome de Diogène est une condition chronique. L'intervenant doit aussi s'attendre à un cheminement difficile, et s'engager dans des actions dont les objectifs sont réalistes. Le niveau de difficulté prévisible invite l'intervenant à trouver un soutien professionnel dans son environnement, de manière à partager le fardeau de ce suivi.

La question de savoir si le client est apte ou non à prendre les décisions qui concernent sa personne et sa santé est cruciale pour établir une relation d'aide adaptée à la personnalité du client. Dans l'hypothèse où le client serait inapte, les dispositions de la loi permettent de désigner la personne qui prendra les décisions pour ce client. Par contre, si le client est apte, l'intervenant devrait adopter une conduite qui s'inspire des balises suivantes :

- agir avec diplomatie, c'est-à-dire adopter une attitude qui évite la confrontation;
- respecter l'autonomie du client, même s'il ne semble pas toujours en faire un usage judicieux;
- identifier quelques objectifs d'intervention et s'en tenir à ces objectifs;
- éviter de s'engager dans une « réforme globale » des habitudes de vie du client, mais privilégier la résolution de problèmes ponctuels;
- favoriser l'alliance avec le client en évitant les démarches réalisées à son insu;
- accompagner le client confronté aux limites de son environnement et l'aider dans ses démarches pour trouver un nouveau logement dans l'hypothèse d'une éviction;
- dispenser l'aide au client sans compromis au niveau de l'intégrité professionnelle. Par exemple, l'intervenant ne devrait pas mentir au propriétaire d'un logement pour protéger son client.

Les intervenants cherchent donc d'abord à convaincre le client des bénéfices de conditions minimales d'hygiène sur son état de santé global. Ils tentent également de favoriser graduellement sa socialisation. Si le client hésite ou refuse, ils examinent ses appréhensions afin d'y répondre. Ils tiennent compte, autant qu'il est raisonnablement possible de le faire, des préférences du client concernant l'organisation de sa vie quotidienne.

Une panoplie d'interventions peuvent être tentées via des approches communautaires, globales, participatives, multidisciplinaires impliquant les différents intervenants du réseau de la santé et des ressources du milieu comme les personnes significatives du réseau social du client, si c'est possible, ainsi que les organismes communautaires.

La concertation entre ces différents intervenants est très importante pour établir un plan d'intervention comportant des attentes réalistes. Il ne faut surtout pas songer réformer un tel client suivant le modèle de la perfection dans les habitudes de vie. Mais il faut se centrer sur les mêmes objectifs et s'en tenir au plan initial. L'idéal serait de convenir d'une entente avec le client pour la modification d'un seul comportement à la fois, en l'informant des conséquences en cas de non-respect de l'entente.

Comité d'éthique
2005 01 17

ANNEXE 5

INFORMATIONS SUR LA LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI (LOI P-38.001)

Au sens de cette Loi, les intervenants de crise, reconnus officiellement, sont les intervenants du Centre de crise de Québec et les intervenants de PECH (sur demande des services policiers). Pendant les heures d'ouverture des bureaux, les intervenants des CSSS sont aussi habilités et reconnus pour évaluer les situations de crise.

La trajectoire de services

En tenant compte de la Loi P-38.001, une trajectoire de services est proposée pour l'intervention auprès des personnes en crise et ne pouvant donner un consentement éclairé.

- 1° Lorsqu'une personne vit une situation de crise et qu'il devient difficile de la protéger, le CSSS ou le Centre de crise de Québec doit être appelé immédiatement.
- 2° Une évaluation de l'état de la personne sera faite dans les plus brefs délais et des mesures appropriées seront prises.
- 3° Si l'intervenant de crise ne réussit pas à calmer la personne et qu'elle présente un danger pour elle-même ou pour autrui, il appellera les services policiers et demandera qu'on la conduise dans un centre hospitalier où il y a une urgence psychiatrique.
- 4° Si la personne en crise refuse de donner son consentement à des soins une fois rendue dans un centre hospitalier, le médecin peut décider de la garder à l'hôpital contre son gré pour une période de 24 heures, ce qui constitue une garde préventive.

Le potentiel de dangerosité

Le potentiel de dangerosité réfère à la présomption du risque de danger : ce risque n'est pas nécessairement immédiat. En d'autres mots, il faut avoir l'assurance que si rien n'est fait et que la personne refuse de collaborer, son état mental ne peut que se détériorer et elle présente ainsi un danger pour elle-même ou pour autrui. La dangerosité réfère à une situation qui se détériore progressivement. Il existe trois critères essentiels pour appliquer la loi : le danger grave, le danger immédiat et l'absence de consentement.

Danger grave

L'intention ou le comportement de la personne place volontairement ou involontairement sa vie ou celle d'autrui en danger.

Danger immédiat

Le comportement dangereux s'est produit au cours des dernières heures ou l'intervenant a des motifs raisonnables de croire que ce comportement aura lieu au cours des prochaines heures.

Absence de consentement

Le danger grave et immédiat persiste et la personne refuse toujours d'être accompagnée à un centre hospitalier. Si elle consent, il n'est plus nécessaire de recourir à la loi.

La garde en centre hospitalier

Une fois rendue en centre hospitalier, si la situation de crise perdure, la personne pourra faire l'objet de différentes mesures de garde.

La garde préventive

- › Procédure exceptionnelle visant à stabiliser une situation d'urgence par le retrait de la personne de son milieu dans le but de la protéger d'elle-même.
- › Seul un médecin a le pouvoir légal de retenir une personne contre son gré, à la demande d'un intervenant, d'un organisme désigné ou d'un policier.
- › Cette garde est possible seulement si la personne présente un danger grave, immédiat et qu'il y a absence de consentement.
- › Cette garde ne constitue pas un traitement ni une évaluation psychiatrique.
- › Cette garde peut s'échelonner sur une période allant jusqu'à 72 heures.

La garde provisoire

- › La garde provisoire est une procédure judiciaire. Elle se fait sous forme de requête à la cour.
- › Elle vise à soumettre une personne à une évaluation psychiatrique.
- › Il n'est pas nécessaire d'établir que le danger soit grave et immédiat.
- › Il est nécessaire d'établir qu'il y a potentiel de dangerosité.
- › Toute personne concernée par le risque de danger peut demander une ordonnance de garde provisoire (ex. : intervenants, responsable de la ressource, famille, proches).

La garde en établissement

- › Le juge accorde une requête pour ordonnance de garde en établissement si deux examens psychiatriques, effectués pendant la garde provisoire, concluent que l'état mental de la personne est susceptible de mettre en danger la santé ou la sécurité d'autrui ou sa propre santé ou sa sécurité.
- › Elle est levée dès que la personne ne présente plus un danger pour elle-même ou pour autrui.
- › Lorsque le tribunal a fixé la durée de garde à plus de vingt-et-un jours, celle-ci doit être réévaluée après vingt-et-un jours et aux trois mois par la suite, s'il y a lieu.

ANNEXE 6

LISTE DES SERVICES ACCUEIL, ÉVALUATION, ORIENTATION
DES CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale : 418 684-5333 poste 1580	
CSSS de la Vieille-Capitale	CSSS de Québec- Nord
<p>CLSC Basse-Ville : 529-2572 CLSC Haute-Ville : 641-2572 CLSC Sainte-Foy : 651-2572</p>	<p>CLSC Orléans : 663-2572 CLSC La Source : 628-2572 CLSC de la Jacques-Cartier : 843-2572</p>
<p>Territoires couverts :</p> <p>La localisation de nos CLSC correspond en grande partie au découpage territorial par arrondissement.</p> <p>Arrondissement de la Cité</p> <p><u>CLSC Basse-Ville-Vanier</u> (529-2572) <u>CLSC Haute-Ville</u> (641-2572)</p> <p>Arrondissement de Sainte-Foy-Sillery</p> <p><u>CLSC Sainte-Foy-Sillery</u> (651-2572)</p> <p>Arrondissement de Limoilou</p> <p><u>CLSC Limoilou</u> (529-2572)</p> <p>Arrondissement des Rivières qui comprend Vanier, Duberger, Les Saules et Lebourgneuf</p> <p><u>CLSC Des-Rivières</u> (688-9212)</p> <p>Une partie de l'arrondissement Laurentien, comprenant Cap-Rouge, de même que les villes de L'Ancienne-Lorette et de Saint-Augustin-de-Desmaures</p> <p><u>CLSC de L'Ancienne-Lorette</u> (651-2572) <u>CLSC Cap-Rouge-Saint-Augustin</u> (651-2572)</p>	<p>Territoires couverts :</p> <p>La localisation de nos CLSC correspond en grande partie au découpage territorial par arrondissement.</p> <p>Arrondissement de Beauport</p> <p><u>CLSC Orléans</u> (663-2572)</p> <p>Arrondissement de Charlesbourg</p> <p><u>CLSC La Source Nord</u> (628-2572) <u>CLSC La Source Sud</u> (628-2572)</p> <p>Arrondissement de la Haute-Saint-Charles</p> <p><u>CLSC de la Jacques-Cartier (Loretteville)</u> (843-3001)</p> <p>Arrondissement Laurentien</p> <p><u>CLSC de la Jacques-Cartier (Val-Bélair)</u> (843-2572)</p>

ANNEXE 7

COORDONNÉES DE CHAQUE ARRONDISSEMENT DE LA VILLE DE QUÉBEC

1. Arrondissement de la Cité

399, rue Saint-Joseph Est, Québec (Québec) G1K 8E2

Téléphone : 641-6001

2. Arrondissement des Rivières

100, rue Chabot, bureau 100, Québec (Québec) G1M 1K2

Téléphone : 641-6002

3. Arrondissement de Sainte-Foy-Sillery

1130, route de l'Église, Québec (Québec) G1V 4E1

Téléphone : 641-6003

4. Arrondissement de Charlesbourg

160, 76^e Rue Est, Québec (Québec) G1H 7H5

Téléphone : 641-6004

5. Arrondissement de Beauport

10, rue Hugues-Pommier, Québec (Québec) G1E 6P4

Téléphone : 641-6005

6. Arrondissement de Limoilou

1310, 1^{re} Avenue, bureau 200, Québec (Québec) G1L 3L1

Téléphone : 641-6006

7. Arrondissement de la Haute-Saint-Charles

305, rue Racine, Québec (Québec) G2B 1E7

Téléphone : 641-6007

8. Arrondissement Laurentien

3490, route de l'Aéroport, Québec (Québec) G3K 1X5

Téléphone : 641-6008