

Article sur la position de l'ACMU concernant la préparation aux catastrophes – Énoncé complet

Définition

Le cadre de gestion des situations d'urgences définit les incidents, les urgences et les catastrophes comme trois entités distinctes. Par souci de clarté et afin de se concentrer sur les soins de santé, le mot « catastrophe » fera référence dans cet article à toute situation dans laquelle la demande à l'endroit du système de santé excède la capacité du système à offrir des soins de santé.

Contexte

En 2005, l'ouragan Katrina à La Nouvelle-Orléans a coûté la vie à plus de 1 800 personnes. En fait, un grand nombre de ces décès sont survenus bien après le passage de l'ouragan et l'inondation de la ville. Ce sont les lacunes à l'échelle de l'organisation et de l'infrastructure en général qui ont provoqué des ratés dans le système de soins de Nouvelle-Orléans et non des enjeux au niveau des soins de première ligne.

Quinze ans plus tard, si une catastrophe d'une telle ampleur survenait au Canada, il est fort possible que nous nous retrouvions dans une position semblable à celle de Nouvelle-Orléans pour des raisons similaires. Alors que les fournisseurs de soins de santé comprennent les enjeux médicaux, l'infrastructure organisationnelle de la première ligne a été négligée et elle demeure déconnectée de la réponse du système de soins de santé en général. En particulier, la formation et l'expérience en médecine de catastrophe des infirmières, infirmiers et médecins de première ligne sont déficientes.

Toute discussion au sujet de la préparation à une catastrophe de la communauté médicale au Canada doit prendre en compte certains faits.

1. Les catastrophes sont rares, mais épisodiques. Leur périodicité est toutefois imprévisible et impossible à calculer.
2. Bien que les caractéristiques d'une catastrophe en particulier soient imprévisibles, la réponse à la catastrophe ne l'est pas.
3. La personne ou l'entité responsable de s'assurer que l'intervention sanitaire en réponse à la catastrophe procure les meilleurs soins de santé possible au plus grand nombre de personnes possible, et cela, même dans un environnement avec plusieurs limites juridictionnelles, n'est pas définie avec précision.
4. La planification et la coordination sont essentielles, et ceci, en particulier pour les groupes les plus vulnérables de la population, comme les enfants, les personnes âgées et celles avec des besoins particuliers.
5. Les besoins de la communauté médicale en vue de se préparer à une catastrophe sanitaire et pour y répondre sont variés et ils ne sont pas toujours compris par les gestionnaires des opérations en cas de catastrophe professionnelle (à l'échelle fédérale, provinciale ou des hôpitaux) ou par un intervenant non médical.
6. Le système national de gestion des urgences sanitaires du Canada est placé devant un défi constitutionnel (politique) bien particulier. En effet, le leadership fédéral dans ce

domaine est contraire à la répartition réglementaire des responsabilités conformément à la loi constitutionnelle.

Similarité entre la catastrophe et la maladie

Les catastrophes peuvent être comparées aux maladies, puisqu'elles a) surviennent périodiquement, b) nuisent à la santé des collectivités et des individus, c) comportent des schémas hautement prévisibles de comportements et de pathologies et d) peuvent être planifiées et leurs conséquences néfastes peuvent être atténués. Cela dit, les catastrophes sont les seules maladies en tant que telles pour lesquelles aucune norme de soins n'est établie. Le caractère très diversifié et imprévisible des catastrophes a toujours expliqué ce fait. Toutefois, cet argument discutable ne tient pas compte du fait que même si les détails d'une catastrophe en particulier sont imprévisibles, les détails de l'intervention médicale ne le sont pas. Il est donc possible de prédire que :

1. Il y aura des catastrophes;
2. Les demandes envers le système de soins de santé augmenteront fortement;
3. Certains schémas de maladies et de blessures surviendront à des moments précis;
4. Des ressources précises du système de soins de santé seront requises à des moments précis;
5. L'ensemble de compétences requises pour répondre à une catastrophe sanitaire est différent de l'ensemble de compétences requises pour offrir des soins de santé au quotidien;
6. Les groupes interdisciplinaires (services préhospitaliers, soins médicaux d'urgence, soins chirurgicaux, soins intensifs et autres services cliniques) devront offrir des réponses complémentaires et coordonnées centrées sur l'offre du bon soin au bon patient au bon moment et à la bonne place;
7. Pour offrir des soins médicaux optimaux, il faut des services de soutien adéquatement organisés : laboratoires, banque de sang, pharmacie, imagerie diagnostique, premiers soins psychologiques, préposés aux patients et gestion des équipements (lits, fauteuils roulants, ventilateurs, tentes et autobus, système d'identification et de traçabilité des patients, services sociaux, entre autres);
8. Des problèmes prévisibles précis empêcheront la prestation de soins pendant la catastrophe;
9. Bien que toutes les catastrophes sanitaires entraînent des répercussions sur la santé et le bien-être de la population, ces répercussions peuvent être amoindries en mobilisant de façon proactive et systématique tous les groupes professionnels et communautaires et en exécutant de façon méthodique toutes les étapes de préparation requises.

Bien que les catastrophes ne soient pas rares, il est fort probable qu'un fournisseur de soins n'en vive qu'une seule au cours de sa carrière. Qui plus est, il est faux de penser que nos compétences et nos pratiques quotidiennes nous préparent adéquatement à agir en cas de catastrophe. En effet, intervenir en situation de catastrophe diffère complètement des interventions de routine. Les interventions en cas de catastrophes doivent suivre un processus différent et plus rapide pour :

- 1) déterminer le problème
- 2) établir les objectifs
- 3) intervenir avec des mesures planifiées
- 4) réévaluer l'effet des interventions
- 5) répéter le cycle de planification façon organisée
- 5) obtenir un soutien administratif et financier de la part de la direction

Qui doit prendre cette responsabilité?

En ce qui concerne la préparation aux catastrophes et les mesures à prendre en cas de catastrophe, il y a un manque de précision concernant qui est responsable de quoi et ceci constitue un obstacle à l'atteinte d'un niveau de préparation adéquat.

Il y a une brèche dans le continuum entre les autorités provinciales et fédérales. En pratique, la gestion des mesures d'urgence relève de l'autorité provinciale¹. Les soins de santé ont toujours été placés sous l'autorité des gouvernements provinciaux. Cependant, la Cour suprême du Canada a reconnu que (nonobstant les articles 91 et 92 de la loi constitutionnelle) le gouvernement fédéral peut empiéter sur l'autorité provinciale pourvu que les mesures soient provisoires et qu'elles aient une portée nationale (Laskin, Judson, Spence et Dickson, 1976). Cela a créé une relation collaborative au sein de laquelle les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral partagent un intérêt commun. Par exemple, il existe une législation fédérale qui permet au gouvernement du Canada de déclarer un « sinistre » (Loi sur les mesures d'urgence de 1988, article 5 de la partie 1 – Sinistre) à l'échelle nationale ou circonscrite géographiquement (habituellement sous plusieurs législations).

En particulier en ce qui concerne la santé publique, on observe une direction et une orientation clinique pour les urgences en santé publique depuis l'épidémie de SRAS et la création de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Qui plus est, à l'intérieur du système de soins de santé, les gens connaissent bien les maladies infectieuses et sont mieux préparés pour gérer les maladies transmissibles que les catastrophes d'un autre genre^{2,3,5}. Ce qui est, toutefois, une seule facette de la portée des catastrophes et non la plus fréquente. Les catastrophes, comme les feux de forêt, les feux dans les immeubles, les évacuations, les inondations ou tous autres incidents de cause naturelle ou créés par les humains, sont de plus en plus fréquentes et affectent de plus en plus de gens.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la responsabilité première de la prestation des soins de santé est détenue par les provinces et les territoires. Elles ont également des structures de prestations de soins de santé individuels qui varient d'une compétence à l'autre. En outre, au sein de chaque province et territoire, la responsabilité de financer et de coordonner des soins de courte durée est déléguée aux régies régionales de santé, aux districts ou aux conseils, chacun de ceux-ci ayant un contrôle considérable sur la préparation et la planification. Comme nous l'avons remarqué pendant l'épidémie de SRAS en 2003 et la pandémie de grippe en 2009, de nombreuses barrières nuisent à l'échange de données importantes et de personnel entre les juridictions. Elles existent tant aux échelons provinciaux et territoriaux qu'à l'échelon fédéral, et ceci, même lorsqu'une catastrophe affecte plus d'une juridiction. Ajoutons à cela

que les échelons provinciaux et territoriaux et l'échelon fédéral sont tous déconnectés de la prestation des soins cliniques pendant une catastrophe.

Au Canada, au point de vue du gouvernement fédéral, la préparation aux catastrophes et l'intervention est attribuée à Sécurité publique Canada, un organisme qui est très au fait de ce type d'incidents et qui se concentre sur la préparation aux catastrophes. Par contre, il manque d'expérience et d'expertise en matière de prestation de soins de santé. Ainsi, la capacité de Sécurité publique Canada à diriger et à soutenir le système de soins de santé à se préparer aux catastrophes et à réduire leurs répercussions au minimum est limitée.

Le portefeuille de la santé du gouvernement fédéral (Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada) est complètement à l'opposé du spectre, c'est-à-dire que ces organismes connaissent extrêmement bien les problèmes de santé, mais ils ne sont pas portés par une culture de la préparation aux catastrophes.

Une capacité d'intervention en cas de catastrophe uniforme à l'échelle nationale est essentielle pour réduire au minimum les répercussions de la catastrophe sur la santé de la population canadienne sur l'ensemble du territoire. La clé pour cela réside dans un leadership concerté tant à l'échelle fédérale qu'à l'échelle provinciale et territoriale. L'ASPC et Santé Canada ainsi que Sécurité publique Canada sont exceptionnellement bien placés pour fournir des normes générales en matière d'intervention sanitaire, faciliter la collaboration et la communication entre les autorités. En Nous croyons fermement que la responsabilité provinciale de prestation de soins de santé n'empêche en rien Ottawa de coordonner une intervention nationale en cas de catastrophe sanitaire.

L'implication du gouvernement fédéral dans une intervention en cas de catastrophe ne constitue en aucun cas une ingérence envers l'autorité provinciale en matière de soins de santé. En fait, elle répond plutôt à un enjeu fondamental en permettant d'assurer la cohésion entre les intervenants et le partage des ressources à l'échelle du pays, et ceci, tant entre les établissements de soins de santé qu'entre les professionnels de la santé via les organismes professionnels des médecins, des infirmières et infirmiers ou autres.

Préparer le système de santé à intervenir.

Il y a une différence notable entre la prestation de soins médicaux pendant une catastrophe et l'état de préparation générale et l'intervention en cas de catastrophe par le secteur de la santé. Le système de soins de santé a de l'expertise dans le premier cas, et non le second. Alors que la menace d'une catastrophe naturelle ou de nature humaine s'amplifie sans cesse, on s'attend à ce que les institutions de soins de santé aient la capacité et l'expertise nécessaire pour recevoir des patients blessés, infectés, contaminés et traumatisés. Pour ce faire, le plan de mesures d'urgence en cas de catastrophe doit comprendre :

- Une évaluation des risques et des dangers
- Des étapes de prévention et d'atténuation, de planification, d'intervention et de rétablissement

- Un système de commandement des interventions pour faciliter le commandement et le contrôle^{8,9}
- La capacité à déployer un centre opérationnel d'urgence qui correspond à l'ampleur de l'événement
- Des listes de vérification décrivant les rôles, soient des « fiches de tâches »
- Un cycle de planification organisé qui comprend l'évaluation des interventions et des besoins actuels, puis qui est en mesure de planifier les prochaines étapes de la réponse
- Des plans structurés et répétés par les intervenants concernant les dangers les plus courants (codes d'urgence)
- Un plan général concernant tous les types de risques qui offre un cadre d'actions adressant des réponses particulières qui vont au-delà des codes d'urgences standard
- Un processus d'évaluation de la phase de rétablissement

Bien que le terme « plan de mesures d'urgence en cas de catastrophe » fait souvent référence à un seul document. Il conviendrait de le considérer plutôt comme un processus qui peut comporter des dizaines de documents (codes d'urgence, schéma des opérations d'urgence, plan de continuité des activités, évaluation de la capacité médicale de pointe, etc.) et qui peut être déclenché sous une gouverne unifiée et coordonnée^{4,6}.

Les organismes de soins de santé savent qu'il faut élaborer un plan de mesures d'urgence en cas de catastrophe, mais ils n'ont pas reçu de directives concrètes ou d'outils qui permettant d'élaborer un plan uniforme à l'échelle du pays et encore moins un plan normalisé et une harmonisé avec les autres autorités régionales et les établissements de soins de santé.

De plus, aucun organisme ne peut revendiquer la responsabilité d'enseigner la préparation aux catastrophes à l'échelle du système de santé canadien. Les procédures d'accréditation pour les soins de santé se font sur une base volontaire en suivant un processus national (Agrément Canada). Toutefois, les normes de préparation en cas de catastrophe ne sont quant à elles que rudimentaires. De plus, elles ne mentionnent pas le besoin de créer un établissement ou une agence unique qui servirait de lien entre les différents éléments du système de santé au sens large. Agrément Canada ne possède aucun outil fondé sur des données probantes qui pourrait l'aider à évaluer la préparation des hôpitaux ou qui pourrait aider les installations ou les agences à développer des programmes de préparation. Ainsi, la reconnaissance d'Agrément Canada ne garantit pas une intervention fonctionnelle.

Le Centre des sciences pour la sécurité de Recherche et développement pour la défense Canada (RDDC CSS) et l'Association canadienne de normalisation (Groupe CSA) ont tenté de développer des normes à l'intention des établissements de soins de santé concernant les catastrophes. Par contre, ces institutions ne sont pas à caractère médical et, jusqu'ici, elles ne possèdent aucun outil fondé sur des données probantes pour réaliser cette tâche. Le Groupe CSA essaie de développer des normes à partir de zéro, alors que le document du RDDC CSS est fondé sur de la documentation américaine qui est non seulement dépassée, mais qui est également non applicable dans le contexte canadien.

Lorsque de la formation a été offerte, par exemple, la préparation aux incidents de nature chimique, biologique, radiologique ou nucléaire en Ontario en 2005 ou pendant les Olympiques en région continentale sud de la Colombie-Britannique en 2010, aucune ressource n'a été affectée au maintien des compétences. Ceci est problématique puisque le taux de roulement du personnel au sein du système de soins de santé est élevé.

Le système est donc criblé de lacunes et redondant, dont les ressources ne sont pas coordonnées et les plans de réponse ne sont pas compatibles. Ce système ne comporte pas de normes ni d'interface efficace uniforme au sein d'une structure nationale d'intervention en cas de catastrophe.

Ce manque de préparation n'est pas seulement dû au manque d'outils pour les établissements de soins de santé ou des agences particulières, mais plutôt à un manque d'engagement à développer un programme cohérent qui favorise la collaboration à plusieurs échelons. De façon traditionnelle, on divise les catastrophes en quatre grandes phases, soit avant l'impact, l'impact, après l'impact et le rétablissement^{10, 11}. De façon similaire, le Cadre national de gestion des situations d'urgence en santé contient les concepts pré-événement, événement et post-événement⁷. Les mesures à prendre avant l'événement comprennent l'évaluation des risques, l'atténuation des impacts relatifs aux risques identifiés et la préparation. Quelques outils ont été élaborés afin d'aider les installations de soins de santé à évaluer les risques et le niveau de préparation¹². Malgré l'existence d'un outil canadien d'évaluation des risques sanitaires, aucune évaluation des risques normalisée n'a été faite dans les hôpitaux à l'échelle du pays.

Un plan d'intervention sanitaire national « tout risque » des soins de santé pourrait se révéler être une ressource précieuse. En effet, les organismes de soins de santé pourraient les adapter individuellement en utilisant un modèle organisationnel qui assurerait une communication efficace entre tous les partenaires, notamment les centres hospitaliers, les agences municipales, régionales, et provinciales, les pompiers, policiers et services médicaux d'urgence), les centres de réadaptation et les fournisseurs de ressources matérielles.

En tant que cliniciens soignant quotidiennement des Canadiens, les médecins d'urgence sont parfaitement conscients de la confiance que les patients placent en leur médecin et dans le système d'agences et d'institutions interreliées dans lequel nous travaillons. Toutefois, en ce qui a trait à la gestion d'une catastrophe, la cohérence entre les fournisseurs de soins de santé et le système semble se rompre. L'absence de leadership du gouvernement et de lignes directrices a mené à un manque de procédures d'interventions normalisées, à un flou au niveau de l'autorité pour les prises de décisions et de l'incertitude concernant les rôles à attribuer et les tâches à exécuter en cas de catastrophe.

Puisque la plupart des situations d'urgence prennent naissance à une échelle locale et que l'intervention se développe habituellement du bas vers le haut, il est crucial que les planificateurs des plus hauts niveaux puissent coordonner adéquatement les intervenants de la première ligne. Les fournisseurs de soins de première ligne ont relevé des lacunes dans

plusieurs synthèses de recherche évaluées par des pairs¹³⁻¹⁶. Ni les autorités fédérales, ni les autorités provinciales ou territoriales n'ont comblé jusqu'ici ces lacunes. Également, les organismes de soins de santé de première ligne ont souvent été tenus à l'écart des efforts de planification des mesures d'urgence aux échelons fédéraux, provinciaux et municipaux. L'absence d'uniformisation de la préparation des mesures d'urgence créer des variabilités inter organisationnelles rendant la coordination entre les hôpitaux et les agences gouvernementales difficile, voire impossible en situation de crise.

Mais attention, tout n'est pas dysfonctionnel. Comme nous l'avons mentionné plus haut, un leadership et des lignes directrices sont disponibles pour faciliter la gestion d'une catastrophe de nature biologique ou infectieuse. Ainsi, le système de soins de santé est mieux préparé pour la prise en charge de nombreux patients atteints de maladies transmissibles que pour faire face aux autres types de catastrophes. Si on prend l'exemple de la lutte contre l'Ebola, les autorités sanitaires locales ont reçu des rapports sur la situation provinciale et des rapports de l'OMS et de l'ASPC quotidiennement jusqu'à que l'OMS déclare que l'épidémie était terminée. Ils ont également reçu des rapports de surveillance sur les maladies respiratoires et les syndromes pseudo-grippaux de l'ASPC et des autorités provinciales. L'ASPC a aussi démontré sa volonté de déployer des équipes sur le terrain pour soutenir les provinces ou les autorités régionales si une éclosion s'étendait sur plusieurs juridictions. De plus, les médecins-conseils en santé publique provinciaux disposent d'un processus uniformisé de partage des renseignements. En plus du soutien et des outils disponibles pour gérer des maladies infectieuses, un protocole d'aide mutuelle entre les travailleurs de la santé a aussi été adopté à l'échelle nationale et mis en vigueur pendant les feux de forêt en Alberta en 2016¹⁸.

Malheureusement, malgré les appels répétés documentés dans la littérature médicale, la formation et les exercices de préparations aux catastrophes sanitaires demeurent toujours limités. Il existe toujours des fossés importants entre les soins cliniques, la santé publique et la gestion professionnelle des mesures d'urgence.

Recommandations

Selon les membres du comité provenant de diverses organisations (voir la liste des membres du comité), lorsque la prochaine grande catastrophe affectera le Canada, les interventions médicales seront limitées par des lacunes qui sont bien connues et corrigibles, dont un soutien national inadéquat au niveau de la planification et de la formation et l'absence de seuil de performance à atteindre. Les membres du comité sont convaincus que tout programme conçu pour augmenter le niveau de préparation aux catastrophes dans les établissements de soins de santé et auprès des fournisseurs de soins de santé mènera à l'augmentation de l'efficacité des interventions en cas de catastrophe.

Les auteurs de cet énoncé de position sont convaincus qu'un programme de préparation en cas d'urgence sanitaire coordonné à l'échelle du Canada est grandement nécessaire pour assurer à la population canadienne la prestation de services de santé de grande qualité en cas de catastrophe. Ce programme devrait comprendre de la formation continue concernant les

catastrophes et le maintien des compétences pour tous les fournisseurs de soins de santé du Canada, qu'ils interviennent sur les lieux de l'incident, en milieu communautaire, dans les transports, dans les hôpitaux ou dans des établissements de soins de longue durée.

Toujours selon l'opinion des membres du comité, les gouvernements à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale doivent en faire plus pour favoriser la préparation en cas de catastrophe sanitaire, et ceci, partout au pays. Ainsi, ils doivent offrir la possibilité aux fournisseurs de soins de santé, aux intervenants en cas de catastrophe et aux administrateurs de faire de la formation et de développer les plans ensemble. Cela permettrait de stopper la planification en vase clos et d'améliorer la coopération..

En conclusion, il serait de mise de développer de nouveaux champions en gestion de catastrophe au Canada, comme cela existe dans d'autres pays. Ces champions deviendront des chefs de file importants au sein de leur profession et ils permettront d'établir les liens entre les diverses agences qui sont essentiels pour assurer une réponse coordonnée au niveau des communautaire et institutionnel.

Dans le but d'atteindre ces objectifs, le comité émet les recommandations précises suivantes :

1. Tous les établissements de santé (dont les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée) et toutes les agences (dont la santé publique, les milieux préhospitaliers, le transport des patients et les soins de santé communautaire) doivent avoir, à divers degrés, une certaine maîtrise de la préparation aux catastrophes.
2. Ce champ de compétences doit couvrir, entre autres, les sujets suivants :
 - a. système de commandement en cas d'incident;
 - b. triage;
 - c. événements causant beaucoup de victimes et rassemblements de masse;
 - d. matières dangereuses;
 - e. terminologie commune (dont la connaissance des notions fondamentales et des procédures relatives à la biologie, à la chimie, à la radiologie et aux événements nucléaires).
3. La planification doit être hautement conceptuelle et elle doit comprendre une approche pour tous les dangers.
4. Tous les échelons du système de santé doivent être intégrés à la planification.
5. À l'échelle des institutions, le schéma idéal de gestion des urgences est un modèle de travail en dyade comprenant un administrateur de haut niveau avec une formation officielle et de l'expérience en gestion des urgences et un médecin spécialiste occupant le poste de directeur médical.
6. En plus de tout cela, les institutions et les agences doivent préparer des plans :
 - a. à la structure et au format uniformes afin de permettre la collaboration entre les installations locales et les agences ainsi qu'entre les régions et les provinces et les territoires;
 - b. en appui et en coordination avec les projets provinciaux, territoriaux et fédéraux;

- c. qui comportent un protocole de commandement et de contrôle défini fondé sur les principes du système de gestion des incidents et qui est soutenu par un centre des opérations d'urgence;
 - d. simples et faciles à revoir rapidement;
 - e. avec des listes de vérification sur les descriptions des rôles, soient des « fiches de tâches », qui permettent au personnel de comprendre rapidement quelles tâches il doit accomplir et quel est le prochain niveau intervention suivant;
 - f. fondés sur les meilleures pratiques;
 - g. évalués et mis à l'épreuve annuellement avec une évaluation officielle chaque trois ans;
 - h. suivent un format standard et comprennent des éléments clés afin qu'ils puissent permettre une interprétation uniforme et une mise en exécution commune qui dépasse les limites des provinces. Pour favoriser ce processus, nous aurons besoin du soutien et des conseils du gouvernement fédéral selon les paramètres de la Loi canadienne sur la santé.
7. Un financement annuel devrait être accordé à l'éducation et à la formation sur la préparation en cas de catastrophe pour que ces compétences soient acquises et maintenues.
 8. Ces compétences devraient également être validées au moyen d'une vérification cyclique systématique qui devrait être intégrée en tant que facteur essentiel au processus d'évaluation actuel, s'il y a lieu.
 9. La réponse aux catastrophes devrait être une pratique organisationnelle requise (POR) nécessaire à l'obtention de l'accréditation des établissements de soins santé. Plus particulièrement, les établissements et les agences de soins santé accrédités doivent s'assurer que la préparation aux catastrophes est une exigence d'agrément évaluée par des normes précises, mesurables et scientifiquement fondées.
 10. La formation des établissements doit comprendre des exercices périodiques qui passent en revue tous les éléments de l'intervention en cas de catastrophe et les évaluer de façon objective afin de favoriser une réelle amélioration.
 11. Tout programme de formation doit promouvoir la coordination des services et la conformité des programmes de planification des catastrophes entre les fournisseurs de soins de santé et les composants du système de santé dans une collectivité, comme les premiers répondants, les pompiers, les policiers et les agences gouvernementales et locales qui prendront part aux interventions d'urgence sanitaire afin d'assurer des soins de santé en continu à toute la population.
 12. La planification doit tenir compte des groupes les plus vulnérables de la population, comme les enfants, les personnes âgées et les patients avec des besoins particuliers.
 13. Dans chacune des compétences, tous les établissements scolaires pertinents doivent soutenir le développement et la prestation de formation professionnelle en préparation aux catastrophes à tous les stagiaires et les professionnels qui seront appelés à intervenir en cas de catastrophe.
 14. Toute la formation et l'éducation sur la préparation aux catastrophes à l'échelle du Canada, qu'elles soient offertes par les autorités provinciales, territoriales ou fédérales, devraient offrir :

- a. des ressources normalisées sur l'évaluation du risque, de l'état d'avancement, l'évaluation de la planification, la planification et création de rapports;
 - b. des lignes directrices normalisées sur lesquelles sera basée la planification afin d'assurer l'uniformité de la préparation aux catastrophes;
 - c. une structure normalisée et un modèle éducationnel sur le maintien des compétences liées à la préparation aux catastrophes chez tous les répondants et les fournisseurs de soins;
 - d. la précision sur la division de l'autorité entre les installations de soins de santé, les autorités régionales, les ministères de la Santé, l'Agence de la santé publique du Canada et les autres agences fédérales et provinciales et territoriales;
 - e. la façon de procéder aux communications et aux signalements et d'établir la chaîne de commandement entre les installations de soins de santé, les autorités régionales, les ministères de la Santé, l'Agence de la santé publique du Canada et les autres agences fédérales et provinciales et territoriales.
15. Afin d'assurer l'interopérabilité entre les régions et les différents niveaux de soins de santé et pour que le point précédent se réalise, le gouvernement fédéral en collaboration avec les provinces et les territoires doivent offrir des outils de planification et des ressources uniformes. Le plan d'intervention en soins de santé du gouvernement fédéral doit idéalement comprendre :
- a. un ensemble de concepts, de principes, de termes et de technologies de base couvrant le système de commandement des interventions;
 - b. des systèmes de coordination interinstitutions;
 - c. un protocole de commandement unifié;
 - d. une stratégie de formation;
 - e. la désignation et la gestion des ressources;
 - f. un processus déterminé de certifications et de qualification;
 - g. des stratégies qui soutiennent la collecte, le suivi et la communication des renseignements et des ressources sur l'incident¹⁹.
16. Alors que la formation à l'échelle provinciale, territoire et fédérale devrait aider les organisations à se décroïsonner. Toutes les formations devraient également souligner la planification du décroïsonnement des « silos de communication » au sein des établissements de soins de santé.
17. Une base de données nationale commune pour les patients non identifiés, qui comporterait idéalement un système de suivi des identifications d'emplacements, devrait être offerte à tous les centres de soins de santé dans le but d'assurer des mesures d'identifications efficaces et la réunification des patients avec leur famille.

Résumé

En résumé, en dépit des preuves du contraire, la plupart des autorités au Canada pensent que la préparation en matière de soins de santé en cas de catastrophe est bien plus développée qu'elle ne l'est en réalité. Dans les faits, nous demeurons terriblement mal préparés. Nous sommes convaincus que nous vivrons inévitablement un épisode comme celui de l'ouragan Katrina à moins que tous les échelons gouvernementaux reconnaissent ces lacunes et qu'ils commencent à mobiliser activement les fournisseurs de soins cliniques de première ligne (via

les associations nationales et les regroupements de professionnels de la santé à l'échelle provinciale et territoriale). Les membres du comité ont mis en évidence les lacunes et proposer 17 recommandations pour les combler.

Le comité de rédaction est composé et des commentaires ont été reçus de membres des organisations suivantes :

Le British Columbia Centre for Disease Control (BC CDC)
L'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU)
L'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ)
Le Centre for Excellence in Emergency Preparedness (CEEP)
Le National Emergency Nurses Affiliation (NENA)
Le National Association of EMS Physicians (NAEMSP)
Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)
Le World Association of Disaster & Emergency Medicine (WADEM)
La Société de la médecine rurale du Canada
L'International Association of Emergency Managers (IAEM)

Les membres du comité proviennent de diverses disciplines (médicales et non médicales), sont neutres politiquement et intellectuellement indépendants . Ils ont été consultants, enseigné, fait de la recherche et élaboré des ressources et outils au Canada et à l'étranger. Aucun des membres n'a affirmé être en situation de conflit d'intérêts.

Les membres du comité sont (en ordre alphabétique) :

| | |
|-----------------------|---|
| Dr Joshua Bezanson | Médecin d'urgence Pompier/membre de la haute direction, Canmore Fire-Rescue Spécialiste en matière de planification et de renseignements techniques Groupe de travail 2 d'ELSARMU |
| Shawn Carby | Directeur général, unité de gestion des situations d'urgence, ministère de la Santé de Colombie-Britannique |
| Sharf Chowdhury | Coordonnateur de la gestion des situations d'urgence, Réseau de santé Horizon Nouveau-Brunswick, Canada |
| Robert Davidson | Commandant – Forces d'opération spéciales, Service paramédical d'Ottawa |
| Dr Graham Dodd | Médecin d'urgence Associé, département de médecine d'urgence, Hôpital Royal Inland, Kamloops, B.-C. Membre du conseil, Division de la pratique familiale du district régional Thompson Membre de la World Association of Disaster and Emergency Medicine |
| Dr Vered Gazit | Médecin membre du personnel, agent de liaison en gestion de catastrophe Professeur associé, Service des urgences, Université Dalhousie Département de la médecine pédiatrique d'urgence Centre de santé IWK, Halifax, N.-É. |
| Adrien Hansen-Taugher | Gestionnaire, Préparation aux urgences et risques sanitaires, KFL&A Public Health |

Formatted Table

| | |
|--------------------|--|
| Max Hayman | Consultant en gestion des urgences, agent de liaison ICU et premier répondant – Toronto, Ontario |
| Dre Valerie Homier | Professeure adjointe, Département de médecine d'urgence, Université McGill Codirectrice médicale des mesures d'urgence, Centre universitaire de santé McGill |
| Dr Carl Jarvis | Médecin d'urgence, Centre de santé QEII à Halifax, N.-É., Directeur médical, préparation aux situations d'urgence, environnement hygiène et sécurité |
| Dre Elene Khalil | Directrice de l'enseignement, Centre universitaire de santé McGill Codirectrice médicale de l'Organisation des mesures d'urgence, Centre universitaire de santé McGill Professeure assistante en pédiatrie, Université McGill Service de médecine pédiatrique d'urgence, Hôpital de Montréal pour enfants |

Formatted Table

| | |
|-----------------------|---|
| Dr Daniel Kollek | Médecin d'urgence et ancien chef du service d'urgence Professeur associé, Université McMaster Chargé de cours principal honoraire, Queen Mary University of London Président, Comité sur les catastrophes, Can. Association canadienne des médecins d'urgence Directeur, Centre for Excellence in Emergency Preparedness Membre du DMSIG de l'IFEM |
| Sharron Lyons | Présidente, NENA Inc. Infirmière, BC Children's Hospital |
| Troy McQuinn | Gestionnaire, ambulancier paramédical |
| Dre Michelle Welsford | Professeure et directrice par intérim, Service de médecine d'urgence, Département de médecine, Université McMaster Directrice médicale, HHS Centre for Paramedic Education & Research Médecin d'urgence membre du personnel, Hamilton Health Sciences |
| Dr Andrew Willmore | Médecin d'urgence Directeur médical, Département de la gestion des urgences, Hôpital d'Ottawa Directeur médical associé, Regional Paramedic Program for Eastern Ontario |

Formatted Table

Références

- 1) Nuttall S et Tyler S. The crisis of September 11: the emergency response of Ontario hospitals and other health system partners. *Hosp Q* 2001;5:42-50.
- 2) Christian MD, Poutanen SM, Loutfy MR, Muller MP et Low DE. Severe acute respiratory syndrome. *Clin Infect Dis* 2004;38:1420-7.
- 3) A Canadian agency for public health: if not now, when? [article]. *CMAJ* 2003;169(8):741.
- 4) Berman MA et Lazar EJ. Hospital emergency preparedness -- lessons learned since Northridge. *N Engl J Med* 2003;348:1307-8.
- 5) Bevan D. SARS 3: Are we ready? [article]. *Clin Invest Med* 2003;26:273-4.
- 6) Schultz CH, Mothershead JL et Field M. Bioterrorism preparedness. I: The emergency department and hospital. *Emerg Med Clin North Am* 2002;20:437-55.
- 7) Réseau des ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux sur la planification en cas d'urgence et intervention. Cadre national de gestion des situations d'urgence en santé.
- 8) Christen H, Maniscalco P, Vickery A et Winslow F. An overview of incident management systems. Perspectives on Preparedness Series. Belfer Center for Science and International Affairs, Harvard University; 2001. Consultable à : www.innovations.harvard.edu/showdoc.html?id=4915 (consulté le 5 août 2005).
- 9) US Federal Emergency Management Agency (FEMA). National Incident Management System Training Manual. 2004. Consultable à : www.fema.gov/nims/nims_training.shtml (consulté le 9 août 2005).
- 10) Aghababian RV et Teuscher J. Infectious diseases following major disasters. *Ann Emerg Med* 1992;21:362-7.
- 11) Binder S et Sanderson LM. The role of the epidemiologist in natural disasters. *Ann Emerg Med* 1987;16:1081-4.
- 12) Public Health Preparedness and Response Capacity Inventory. US Centers for Disease Control and Prevention, Public Health Practice Program Office (PHPPPO). 2004. Consultable à : www.bt.cdc.gov/planning/ (consulté le 16 août 2005).
- 13) « Canadian ED preparedness for a nuclear, biological or chemical event », Kollek D, *CJEM*, janvier 2003, vol. 5, no 1, pp 18-26.
- 14) « Chemical, biological, radiological and nuclear preparedness training for emergency medical providers » Kollek D, Welsford M, Wanger K, *CJEM*, juillet 2009, vol.11, no 4.
- 15) « Hospital Emergency Readiness Overview (HERO) Study » (résumé) Kollek D, Cwinn A.A. *Prehospital & Disaster Medicine*, 2009;24:2.s50.
- 16) « Canadian Prehospital Readiness for a Tactical Violence Event » Kollek D, Wanger K. et Welsford M. *Prehospital & Disaster Medicine* 2010;25(2):
- 17) Dodd et G.A.A. (2010), mémoire de maîtrise, maîtrise ès arts, gestion de situations d'urgence et de catastrophe, Royal Roads University. « Exploring the Role of Physicians in Disaster and Emergency Management:« »What the H1N1 Has Taught Us ».
- 18) Communication privée avec le coordonnateur de la gestion des situations d'urgence du Réseau de santé Horizon, Nouveau-Brunswick, Canada.

19) Sauer, L.M., McCarthy, M.L., Knebel, A. et Brewster, P. Major « Influences on Hospital Emergency Management and Disaster Preparedness » Disaster Medicine And Public Health Preparedness, 2009 3: S68-73.

