

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

Sommaire exécutif

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. Peu importe les évaluations scientifiques sur l'état de préparation existantes, elles sont dépassées. Les autorités provinciales et territoriales et l'autorité fédérale n'ont entrepris aucune évaluation officielle de l'état de la préparation en matière de soins de santé en cas de catastrophe. Les gouvernements à tous les échelons doivent mesurer et reconnaître l'ampleur des lacunes actuelles et mobiliser activement les groupes de soins de santé de première ligne à les combler. Autrement, la souffrance et les pertes non nécessaires qui surviendront seront difficiles à justifier.

Liste de recommandations

- 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 tout risque
- 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 et de l'expérience en gestion des mesures d'urgences et un médecin dédié occupant le poste de directeur médical.
- 6) En plus de tout cela, les institutions et les agences doivent préparer des plans :
 - a) dont la structure et le format sont uniformes afin de permettre la collaboration entre les installations locales et les agences ainsi qu'entre les régions, les provinces et les territoires;
 - b) coordonnés avec les plans de réponse provinciaux, territoriaux et fédéraux;
 - c) qui comportent une structure de commandement et de contrôle définie et fondée sur les principes du système de commandement d'interventions et qui est soutenu par un centre opérationnel d'urgence;

- d) simples et faciles à revoir rapidement;
 - e) comportant des listes de vérification de tâches pour chaque rôle, soient des fiches résumé, qui permettent au personnel de comprendre rapidement quelles tâches doivent être accomplies et quel est le niveau d'intervention suivant;
 - f) fondés sur les meilleures pratiques;
 - g) qui déterminent les ressources locales et régionales disponibles en cas de catastrophe, dont entre autres, les centres antipoisons, les forces armées canadiennes, les répartiteurs des SMU, les organismes de bénévolat et d'autres institutions;
 - h) sont mis à l'épreuve annuellement et une évalués de manière officielle chaque trois ans;
 - i) suivent un format standard et comprennent des éléments clés permettant une interprétation uniforme et une mise en exécution commune au niveau interprovincial. Le soutien du gouvernement fédéral à l'intérieur du cadre de la Loi canadienne sur la santé sont essentiels à l'atteinte de cette interopérabilité entre les provinces.
- 7) Un financement annuel devrait être accordé à l'éducation et à la formation en matière de préparation aux catastrophes 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 qu'élément essentiel au sein du processus d'évaluation actuel.
 - 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 de santé accrédités doivent s'assurer que la préparation aux catastrophes soit une exigence d'agrément évaluée à l'aide de 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 plans de réponse aux désastres entre les fournisseurs de soins de santé dans une collectivité incluant les premiers répondants, les pompiers, les policiers et les agences gouvernementales et locales qui prendront part aux interventions d'urgence sanitaire afin d'assurer la continuité des soins de santé 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 juridictions, tous les établissements d'enseignement appelés à former le personnel qui interviendra éventuellement en situation de catastrophe doivent développer et offrir des programmes de formation de qualité en matière de réponses aux catastrophes.
 - 14) Toute la formation en matière de préparation aux catastrophes à l'échelle du Canada, qu'elle soit offerte par les autorités provinciales, territoriales ou fédérales, devrait comporter :
 - a) des ressources normalisées permettant l'évaluation du risque et du niveau de préparation, la planification et la transmission d'information;



- 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 de maintien des compétences relatives à la préparation aux catastrophes pour 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 gérer les communications, de diffuser l'information pertinente aux différentes agences et d'établir la chaîne de commandement entre les centres hospitaliers et les autres centres 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 les éléments mentionnés au point précédent se réalisent, le gouvernement fédéral en collaboration avec les provinces et les territoires doit 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 système de commandement unifié;
 - d) une stratégie de formation;
 - e) l'identification et la gestion des ressources;
 - f) un processus pour déterminer les certifications et qualifications requises;
 - g) des stratégies pour soutenir la collecte, le suivi et la communication des renseignements et des ressources concernant l'incident¹⁹.
- 16) Alors que la formation à l'échelle provinciale, territoire et fédérale devrait aider les organisations à se décroiser, toutes les formations devraient également souligner l'importance du décroisement des « silos de communication » au sein des établissements de soins de santé.
- 17) Une base de données nationale commune de patients non identifiables, qui comporterait idéalement un système de traçabilité, devrait être fournie à tous les centres de soins de santé dans le but d'assurer des mesures d'identification efficaces et favoriser la réunification des patients avec leur famille en situation de catastrophe.

Résumé

1. La littérature médicale documentant le niveau de préparation aux catastrophes au Canada n'est pas récente, mais elle révèle toutefois des lacunes en matière de préparation des institutions canadiennes aux catastrophes sanitaires.
2. Il n'existe aucune évaluation fédérale-provinciale et territoriale officielle du niveau de préparation aux catastrophes à l'échelle des institutions et des premiers répondants.

3. Les catastrophes sont une cause de morbidité et de mortalité au même titre que les maladies. Toutefois, contrairement aux maladies, il n'existe aucune norme de soins à suivre en cas de catastrophe. Et ceci, malgré le fait que les processus à suivre en matière d'intervention en cas de catastrophe aient été très bien définis et qu'ils soient même accessibles au public.
4. Dans le système de soins de santé, les médecins, les infirmières et les infirmiers d'urgence en collaboration avec les gestionnaires des mesures d'urgence et les ressources communautaires sont les mieux placés pour amener leurs institutions à un meilleur niveau de préparation.
5. Des mesures claires à prendre pour combler les lacunes en matière de préparation en cas de catastrophe sanitaire sont soulignées dans nos recommandations.
6. Faillir à aborder le problème de la préparation aux catastrophes sanitaires, et ce, à l'échelle institutionnelle en particulier, mènera à un accroissement de la morbidité et de la mortalité au sein de la population canadienne.

Prochaines étapes

1. Nos recommandations devraient être présentées publiquement au ministère de la Santé et de la sécurité publique, à l'Agence de la santé publique, à Agrément Canada et aux autorités de santé provinciales et territoriales, de santé publique provinciales et territoriales et de gestion des urgences.
2. En s'appuyant sur ces recommandations, l'ACMU devrait développer et déployer un programme de préparation offrant la formation et l'éducation nécessaires pour établir un niveau de compétences de base commun à toutes les agences et à tout le personnel médical de la première ligne d'accueil et les intervenants en cas de catastrophe. En adressant ces recommandations, l'ACMU devrait également offrir son soutien aux autorités fédérales, provinciales et territoriales en les aidant à organiser une évaluation initiale puis triennale du niveau de préparation aux catastrophes du personnel médical en première ligne à l'aide d'une méthodologie scientifique et des résultats quantifiables qui seront rendus publics.

Références

- 1) Schultz CH, Mothershead JL et Field M. Bioterrorism preparedness. I: The emergency department and hospital. *Emerg Med Clin North Am* 2002;20:437-55.
- 2) 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
- 3) 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).
- 4) « Hospital Emergency Readiness Overview (HERO) Study » (résumé) Kollek D, Cwinn A.A. *Prehospital & Disaster Medicine*, 2009;24:2.s50.

