

Bulletin sur la planification des mesures d'urgence pour le système de santé

Direction de la gestion des situations d'urgence

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Hiver 2011-2012

Un numéro double!

Un numéro double! 1

Leçons tirées dans le sillage
d'une tornade..... 2

Équipe d'intervention d'urgence
du Service paramédic..... 4

Foyers de soins de longue
durée 5

Les réponses à vos questions 8

Quoi de neuf à la DGSU?13

Le coin de la D^{re} King17

Formation et exercices19

Nous avons préparé un numéro beaucoup plus volumineux qu'à l'habitude pour vous donner des nouvelles de l'automne 2011 et de la prochaine année.

Et il est bien rempli! Nous vous parlons encore de deux sujets qui ont régulièrement attiré notre attention au cours de la dernière année : la planification des mesures d'urgence dans les foyers de soins de longue durée et les exercices d'urgence à l'échelle locale et provinciale. Nous vous transmettons aussi les réponses aux questions posées par nos lecteurs au sujet des opérations fédérales de quarantaine et de la planification des mesures d'urgence dans les établissements de traitement de maladies mentales et de toxicomanies.

Nous avons également inclus l'article d'un professionnel du Bureau de santé publique du comté de Huron et des Services médicaux d'urgence de la Ville d'Ottawa sur leur expérience pendant deux gros événements survenus l'an dernier : la tornade à Goderich et les évacuations pendant que les feux de forêt faisaient rage.

Nous faisons aussi le point sur une multitude de sujets, de la planification en vue des Jeux panaméricains de 2015, à la planification de la lutte contre la grippe, sans oublier la conférence de Santé publique Ontario en 2012.

Nous introduisons également le Coin de la D^{re} King, notre médecin hygiéniste en chef, qui donne son point de vue sur leadership et la gestion des urgences.

Quel que soit votre rôle, vous trouverez sûrement des articles d'intérêt dans ce numéro. Bonne lecture!

~ Gerilynn Carroll, directrice, Direction de la gestion des situations d'urgence



Leçons tirées dans le sillage d'une tornade

~ Collaboration spéciale du Bureau de santé publique du comté de Huron

La ville de Goderich, en Ontario, a été fondée en 1827. C'est une ville magnifique sise sur les rives du Lac Huron. C'est le plus grand centre urbain du comté de Huron.

Le 21 août 2011, à 15 h 53, une puissante tornade de force F3 est arrivée par le Lac Huron. Elle a frappé le port de Goderich, avant de traverser la ville et de se diriger vers Central Huron et Ashfield-Colborne-Wawanosh.

Les spécialistes d'Environnement Canada qui ont évalué les dommages estiment que le vent soufflait à 280 km heure. La tornade a laissé de profondes marques dans le centre-ville historique de Goderich : structures d'immeubles endommagées, toits arrachés, véhicules renversés et arbres arrachés. Les services d'électricité et de gaz naturel ont aussi été grandement perturbés.

Elle a aussi fait un mort et 37 blessés. On a dû déclarer l'état d'urgence à Goderich tout de suite après son passage.

De nombreux organismes sont intervenus. On a créé un refuge pour aider les résidents et les organismes.

Rôles et responsabilités du Bureau de santé publique

« Lorsqu'il y a beaucoup d'organismes responsables des mesures d'aide, il faut connaître et comprendre le rôle des autres et savoir qui a autorité pour intervenir. »

D^{re} Nancy Cameron, médecin hygiéniste, comté de Huron

Le principal rôle du Bureau de santé publique du comté de Huron est d'assurer la salubrité alimentaire.

- C'est pourquoi nous étions présents dans le refuge et à bien d'autres endroits où il y avait des aliments.
- Les employés ont évalué, organisé et classé l'élimination des aliments insalubres. C'était particulièrement difficile de contrôler l'odeur des aliments en décomposition et la présence d'abeilles, d'insectes et de odeurs dans ces endroits.



Nous avons aussi renseigné le public sur la façon de prévenir les blessures et les risques associés à la salubrité des aliments et à d'autres dangers, comme l'amiante.

Nous avons collaboré avec des organismes comme la Direction de la gestion des

situations d'urgence (DGSU) du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), des scientifiques de Santé publique Ontario et le Groupe de contrôle de Goderich pour envoyer des messages clairs au public au sujet des risques que posent l'amiante et la prévention des blessures lors de l'enlèvement des débris.

Il fallait aussi nous assurer de pouvoir continuer à assumer ces importantes responsabilités. Comme l'a fait remarquer Christina Taylor, gestionnaire des maladies infectieuses, « beaucoup d'employés du Bureau vivent à Goderich et n'avaient pas d'électricité ou de gaz naturel. Leur maison était endommagée. Les entreprises auxquelles ils ont recours n'étaient pas disponibles. Et pour compliquer le tout, la tornade a frappé en pleine période de vacances ».

Leçons apprises

« Il y a certainement des défis à noter et des leçons à tirer lorsqu'on intervient après un désastre naturel de cette magnitude. »

Donna Parsons, coordonnatrice des mesures d'urgence

Nous avons effectivement tiré beaucoup de leçons.

- Nous devons clarifier nos rôles et nos responsabilités.
- Nous devons utiliser le Système de gestion des incidents (SGI) pour organiser l'intervention. Il est clair que nous devons améliorer notre intervention en cas d'incident majeur lorsque nous ne sommes pas à la tête des troupes.
- Il est important de planifier et de se préparer à l'avance, y compris pour ce qui est des soins et de la sécurité. Il y a beaucoup d'imprévus dans ce genre de situation. Par exemple, nos employés ont dû porter un masque P100, qui doit être ajusté au préalable, pour se protéger contre l'amiante qui peut provenir des vieux immeubles.
- Nous devons avoir un bon plan pour assurer la continuité des opérations, notamment pour gérer une pénurie de personnel. Il est conseillé d'avoir un milieu de travail qui renforce la capacité interne et permet de former des employés dans d'autres secteurs que celui auquel ils sont habituellement affectés. Il est ainsi possible de les redéployer au besoin. Dans un petit bureau rural de santé publique comme le nôtre, cette pratique améliore la résilience.



- Nous devons aussi avoir un solide plan de communication interne. Les employés ont reçu des mises à jour par courriel, mais il est devenu clair, quand nous avons fait le bilan, que ce n'était pas suffisant. Tous les employés ont été touchés par la tornade. Il est très important d'avoir des mesures pour les soutenir, par exemple un programme d'aide aux employés, afin de les aider à gérer un désastre de ce genre.

Équipe d'intervention d'urgence du Service paramédic de la Ville d'Ottawa

~ Collaboration spéciale de Robert Davidson, commandant des opérations spéciales, Services médicaux d'urgence, Ville d'Ottawa

Le Service paramédic de la Ville d'Ottawa a dû intervenir à cinq reprises récemment pour aider à évacuer des Canadiens de collectivités nordiques ou de l'étranger. Les professionnels paramédicaux s'occupent du triage initial des évacués, ainsi que du traitement et du transport de ceux qui ont besoin de soins médicaux de toute urgence. Ils aident aussi nos partenaires de la Santé publique à évaluer la santé des personnes qui arrivent dans les centres d'accueil. Bien souvent, ils organisent ces services à l'improviste à l'endroit qui est disponible et utilisent seulement l'équipement médical des unités paramédicales et de soutien d'urgence.

Le Service paramédic d'Ottawa a tiré des leçons de ces évacuations et a mis sur pied une équipe d'intervention d'urgence.

Le plan est de fournir l'équipement et le personnel nécessaires pour organiser une intervention statique des paramédicaux sur le site et d'avoir la capacité d'offrir notre propre refuge au besoin.

La première étape a été d'évaluer l'équipement des remorques que nous utilisons lorsqu'un incident cause beaucoup de victimes et celles qui contiennent les refuges afin de déterminer quel équipement nous devrions ajouter. Il y avait des articles simples comme des lampes, des tables portables, des chaises et des rideaux de séparation, ainsi que des médicaments, des appareils pour les voies respiratoires et de l'équipement plus complexe comme des moniteurs et des défibrillateurs. Les exercices nous ont permis de comprendre qu'il valait mieux utiliser des abris sur roues et des bacs normalisés pour organiser et déplacer l'équipement pendant un déploiement.

La deuxième étape a été de déterminer quels autres compétences et employés nous devrions avoir pour appuyer le déploiement de l'équipe. Celle-ci comprend des paramédicaux qui offrent des soins avancés et primaires, des techniciens en logistique, des agents de communication et un paramédical pour les diriger. Chacun a un rôle à jouer au sein de l'équipe pour appuyer le déploiement général et faciliter la prestation de soins efficaces, le suivi des patients et une utilisation judicieuse des ressources.

L'équipe a joué un rôle déterminant pendant les feux de forêt en juillet 2011 pour faciliter l'évaluation médicale rapide des évacués. Les paramédicaux ont d'abord fait un triage rapide dans l'avion pour repérer les personnes ayant besoin de soins d'urgence et des problèmes de mobilité. Ils ont ensuite transporté les évacués dans un hangar de l'aéroport et collaboré avec les nombreux partenaires pour gérer le cheminement des évacués.

Quand d'autres avions ont été dirigés vers Ottawa tard le même soir et que le hangar n'était plus disponible, nous avons pu mettre à l'épreuve un concept : se diviser rapidement et utiliser l'équipement mobile pour s'installer dans des installations de sports plusieurs kilomètres plus loin. La mobilité et la souplesse de l'équipe d'intervention nous ont grandement aidés à nous adapter à l'évolution des événements pendant le déploiement.

L'équipe a prouvé sa valeur pendant les évacuations. Le Service paramédic de la Ville d'Ottawa y a régulièrement recours lorsqu'il survient de gros incidents dans la région de la capitale nationale. Le concept fonctionne bien conjointement avec le Système de gestion des incidents et permet de structurer les ressources paramédicales lors du déploiement d'équipes d'intervention statique afin d'offrir du soutien médical ou des ambulances de type FEMA pour faciliter une évacuation ou intervenir si un incident fait beaucoup de victimes.

Pour en savoir plus, communiquez avec le [commandant Robert Davidson](#).

Le saviez-vous?

Au sein du Système de gestion des incidents, les équipes d'intervention d'urgence et les groupes de travail permettent d'organiser le personnel et l'équipement.

- Une **équipe d'intervention d'urgence** comprend un ensemble de ressources de même nature et type (p. ex. dans ce cas tous des services médicaux d'urgence), un nombre minimal d'employés et un chef.
- Un **groupe de travail** comprend une combinaison de ressources capables de répondre à une mission ou à un besoin opérationnel spécifique. Il doit aussi avoir un chef à sa tête.

Foyers de soins de longue durée : L'importance du soutien communautaire

~ Collaboration spéciale de la division des foyers et services de soins de longue durée de la Ville de Toronto

En cas d'urgence, les divisions de la Ville de Toronto et leurs partenaires dans la collectivité s'unissent au sein des services d'urgence à la personne pour venir en aide aux résidents et à leurs animaux. Il peut s'agir d'une panne de courant, d'un incendie ou de tout autre événement qui empêche les gens de rester chez eux.

La division des foyers et services de soins de longue durée (DFSSLD) joue un rôle clé à ce chapitre. Ses employés doivent non seulement assurer la continuité de leurs activités pendant une urgence, mais ils doivent aussi appuyer les efforts déployés dans la collectivité.

Aux termes d'une entente conclue volontairement entre la DFSSLD, les services médicaux d'urgence (SMU) de Toronto et les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), la Ville de Toronto doit offrir des soins de courte durée et assurer le transport et l'hébergement des aînés et des adultes vulnérables qui doivent être déplacés s'il y a une urgence. Elle a dû le faire à deux reprises par le passé. Et elle a d'ailleurs prouvé sa valeur à ce chapitre.

Rester au chaud pendant la panne de 2009

Le 16 janvier 2009, vers 22 h, une panne de courant a plongé environ 250 000 résidents de la pointe Ouest de Toronto dans le noir. Le mercure était presque descendu sous les -30 °C compte tenu du facteur vent. Le personnel du service d'électricité prévoyait avoir besoin de jusqu'à 48 heures pour remettre le courant. La Ville de Toronto a donc décidé d'ouvrir sept centres d'accueil pour garder au chaud ces résidents.

Les employés de la DFSSLD ont lancé leur plan d'urgence pour soutenir la collectivité. Ils ont activé des numéros d'urgence pour que les aînés et les personnes handicapées puissent savoir quelle aide était disponible pour se rendre dans ces centres. Ils ont utilisé les autobus du programme de jour pour adultes et les services de taxi pour les transporter. Le foyer de soins de longue durée Castlerview-Wychwood a ouvert ses portes pour accueillir et prendre soin de 97 personnes et 10 animaux de compagnie. De ce nombre, 33 sont restés pour la nuit. Cet établissement a joué un rôle similaire lors d'alertes de chaleur suffocante pour permettre aux personnes fragiles et aux aînés de se rafraîchir temporairement. Il a collaboré avec le CASC du centre de Toronto pour que certains de leurs clients fragiles puissent y venir.

Nancy Lew, administratrice au foyer Castlerview-Wychwood, a fait remarquer que « comme l'établissement est dans un lieu central, on leur a demandé plusieurs fois au fil des ans de collaborer lors de situations d'urgence ou pour réchauffer ou rafraîchir des gens. Nous sommes devenus particulièrement habiles pour établir rapidement un centre et accueillir les gens qui en ont besoin. Les employés font front commun pour leur offrir un endroit sécuritaire et chaleureux, tant le jour que le soir. Après l'urgence, nous examinons notre intervention et déterminons comment nous pourrions faire mieux la prochaine fois ».

Incendie de 200 rue Wellesley

Il y a aussi eu l'incendie dans la tour d'habitation située au 200 rue Wellesley. Comme nous l'avons déjà précisé dans de précédents bulletins, il a fallu évacuer temporairement environ 1 200 personnes et plusieurs centaines d'animaux de compagnie. Une multitude de divisions et d'organismes de la ville ont participé à l'intervention, dont la DFSSLD.

Bon nombre des aînés qui vivaient à cet endroit recevaient déjà des services à domicile de la DFSSLD et du CASC du centre de Toronto. L'incendie a perturbé la

continuité des services, mais beaucoup d'efforts ont été déployés pour leur offrir les services à d'autres endroits en seulement quelques jours. En plus de répondre aux besoins de leurs clients, les employés de la DFSSLD et leurs partenaires ont joué un rôle déterminant pour aider bon nombre d'autres résidents fragiles et âgés de cette tour d'habitation.

On a d'abord installé un centre d'accueil au centre communautaire de Wellesley, mais il est rapidement devenu évident qu'il fallait faire plus. Avec seulement deux heures d'avis, les foyers de soins Castlevue-Wychwood et Fudger ont pu lancer leur plan d'intervention en cas d'urgence –soigneusement répété – pour accueillir et prendre soin des évacués. Mais ce n'était toujours pas suffisant. Le foyer Kipling Acres a donc ouvert temporairement une unité fermée pour recevoir des évacués. Deux partenaires communautaires (les tours St. Hilda et New Horizons) ont aussi accepté de recevoir et de prendre soin d'évacués. Le personnel du programme de logement supervisé de la DFSSLD a aussi pu offrir un logement temporaire et des services de soutien à certains aînés au 55 rue Bleeker.

Les employés de la DFSSLD ont joué différents rôles. Karen Thompson, gestionnaire des services d'alimentation et de diététique de la DFSSLD, a dirigé les services alimentaires offerts à toute la ville à partir du centre d'accueil ouvert au centre communautaire de Wellesley – un rôle essentiel. La D^{re} Terry Bates, directrice médicale du foyer Fudger, fait partie des médecins qui se sont portés volontaires pour aider les évacués qui avaient besoin d'une évaluation médicale ou d'aide pour les soins personnels. Gregory Kolesar, ancien gestionnaire des programmes communautaires à la DFSSLD, a organisé des services de soutien personnel et d'aide aux repas pour les aînés au centre d'accueil.

Quand la DFSSLD a finalement pu fermer les centres d'accueil aux foyers Fudger, Castlevue-Wychwood et Kipling Acres, un certain nombre d'aînés qui y étaient hébergés avaient toujours besoin d'un logement temporaire. Michael Saunders, conseiller pour les résidents et les clients, a rencontré chaque aîné pour lui expliquer ses options et l'aider à faire un choix éclairé. Certains sont allés chez des amis ou des membres de leur famille. D'autres sont allés à d'autres endroits trouvés par des employés de la Ville ou du programme de logements communautaires de Toronto. Beaucoup d'aînés ont décidé de déménager temporairement dans la tour New Horizons. Les employés ont collaboré avec beaucoup d'employés d'autres divisions de la Ville et d'organismes communautaires pour assurer la réussite de l'intervention.

Les foyers de soins de longue durée, d'autres fournisseurs de services et des organismes communautaires peuvent jouer un rôle important et aider la collectivité à intervenir en cas d'urgence. Ces exemples le démontrent bien. Ils peuvent simplement s'entendre pour offrir un abri temporaire ou s'engager davantage en participant aux efforts de collaboration.

Pour en savoir plus à ce chapitre, communiquez avec [Dana Tulk](#), gestionnaire des services d'immobilisations et d'installations, par téléphone au 416-392-9061.

Appel à contribution!

Vous dirigez un petit foyer de soins de longue durée ou un foyer en région rurale et avez de l'expérience en planification de mesures d'urgence ou d'interventions d'urgence? Vous aimeriez en fait part à nos lecteurs? Écrivez-nous à l'adresse emergencymanagement.moh@ontario.ca.

Les réponses à vos questions...

Parlez-moi des activités de quarantaine...

Le vendredi 20 janvier 2012, la Direction de la gestion des services d'urgence (DGSU) a reçu un avis du bureau régional de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Cet avis l'informait que des passagers en provenance de Cuba étaient arrivés malades en Ontario. Les symptômes déclarés ont déclenché l'intervention d'un agent de quarantaine de l'ASPC. La DGSU et le bureau de santé publique des secteurs touchés ont ensuite été mobilisés.

Pendant qu'on faisait enquête les jours suivants, les bureaux de santé publique, la DGSU, Santé publique Ontario et l'ASPC ont organisé une série de téléconférences pour faire des mises à jour et échanger des renseignements. Un laboratoire a finalement confirmé que la maladie était causée par un norovirus. Il était donc évident qu'il ne pouvait pas causer une grande éclosion ou représenter une menace importante pour la province.

Comme on a posé beaucoup de questions au sujet des activités de quarantaine et du rôle de l'ASPC pendant cette période, nous avons fait le suivi auprès de l'ASPC. Voici donc quelques faits que vous pourriez ne pas connaître!

Q : *Quel est l'objectif de la Loi sur la quarantaine?*

R : La *Loi sur la quarantaine* protège la santé publique. Elle prévoit un vaste éventail de mesures visant à prévenir l'introduction et la propagation de maladies transmissibles au Canada. Elle s'applique aux individus, aux véhicules, aux cadavres, aux organes et aux restes humains qui entrent au Canada ou qui s'appêtent à quitter le pays.

Ces mesures comprennent le recours à des technologies de détection, au contrôle médical et à l'examen médical pour déterminer si un voyageur a une maladie transmissible, la prise de mesures pour prévenir la propagation d'une telle maladie et l'inspection et le nettoyage de véhicules (avions, bateaux, autobus, etc.) pour s'assurer qu'ils ne soient pas une source de maladies transmissibles.

Q : *Selon la Loi sur la quarantaine, quelles mesures peuvent être prises si on détermine qu'il y a un risque pour la santé publique?*

R : Voici certaines des mesures qui peuvent être prises aux points d'entrée au Canada si on détermine qu'il y a ou pourrait y avoir un risque pour la santé publique.

- Les agents de contrôle peuvent dépister la présence de virus ou de bactéries chez les voyageurs qui arrivent d'autres pays.
- Un agent de quarantaine peut évaluer la santé d'individus pour déterminer s'ils peuvent avoir ou ont une maladie.
- On peut prendre d'autres mesures si un agent de quarantaine juge qu'un voyageur représente un risque pour la santé publique, par exemple ordonner la pratique d'un examen médical, la déclaration du cas à la Santé publique et la prise d'autres mesures pour protéger la population.
- On peut arrêter et inspecter des véhicules et leur contenu, ainsi qu'ordonner leur décontamination, leur désinfection ou leur destruction.
- La *Loi sur la quarantaine* permet de détenir des voyageurs ou des véhicules.
- Cette loi autorise aussi le Ministère à dérouter un véhicule vers un autre endroit, à faire installer des postes ou des installations de quarantaine et à empêcher les individus ou les biens de certains endroits d'entrer au Canada.

Q : *Quel est le lien entre le rôle des agents de quarantaine, celui des agents d'hygiène du milieu de Santé Canada et celui des agents de l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC)?*

R : L'agent de quarantaine s'occupe principalement des voyageurs internationaux, y compris de ceux qui peuvent décéder en cours de route, des cadavres, des organes et des restes humains.

L'agent d'hygiène du milieu de Santé Canada est responsable des véhicules. Il participe à l'inspection et peut détenir les véhicules et leur contenu ou prendre d'autres mesures.

L'agent de l'ASFC agit à titre d'agent de contrôle aux termes de la *Loi sur la quarantaine*. Le contrôle comprend l'examen préliminaire de la santé du voyageur pour déterminer s'il y a un risque qu'il ait une maladie transmissible.

Q : *Qu'est-ce qui doit amener un agent de quarantaine à déclencher une intervention?*

R : Le conducteur d'un véhicule, qui doit déclarer s'il a un voyageur malade à son bord, peut aviser un agent de quarantaine directement ou indirectement. L'agent peut aussi être avisé par un voyageur qui déclare avoir une maladie ou encore repérer un voyageur qui pourrait avoir une maladie transmissible. Il se base sur les critères suivants pour prendre une décision :

- Individu qui ne semble pas bien
- Toux contenant du sang

- Fièvre accompagnée d'un des symptômes suivants :
 - essoufflement ou difficulté à respirer
 - toux soutenue
 - diarrhée
 - maux de tête
 - confusion récente
 - éruption cutanée
 - bleus ou saignements sans blessure

Il est courant que les personnes revenant chez elles après le temps des Fêtes présentent des symptômes de perturbation gastro-intestinale. Si un agent ne peut pas éliminer la possibilité que les symptômes soient causés par une maladie indiquée dans la loi, il doit évaluer l'état de santé du voyageur.

Q : *Est-ce que l'agent de quarantaine continue de jouer un rôle une fois que les voyageurs sont arrivés?*

R : Le rôle de l'agent de quarantaine se limite aux individus et aux véhicules qui arrivent au Canada ou s'apprêtent à quitter le pays. Il a donc autorité aux points d'entrée au Canada. Une fois qu'un voyageur a quitté ce point, c'est l'autorité de santé publique provinciale ou locale qui en est responsable, sauf si la *Loi sur la quarantaine* s'applique à son cas. Dans un tel cas, l'agent de quarantaine continue de jouer un rôle jusqu'à ce qu'elle ne s'applique plus.

Dans les cas où la *Loi sur la quarantaine* n'est pas applicable, l'agent de quarantaine coopère avec les autorités de santé publique dans la mesure du possible.

Q : *Y a-t-il des agents de quarantaine dans tous les aéroports internationaux en Ontario?*

R : Non. Il y a des agents de quarantaine dans deux aéroports internationaux en Ontario, soit celui d'Ottawa et de Toronto. Il y a aussi des agents de quarantaine à Vancouver, à Calgary, à Montréal et à Halifax. Près de 94 % des vols internationaux arrivent dans ces villes. On couvre aussi d'autres points d'entrée en collaboration avec les agents de contrôle.

Parlez-moi de la planification des mesures d'urgence dans les établissements de traitement de maladies mentales...

Nous avons parlé de l'expérience d'un certain nombre d'hôpitaux en ce qui a trait à la planification des mesures d'urgence et à l'intervention en cas d'urgence au fil des ans, mais nous avons reçu des questions intéressantes dernièrement sur la planification des mesures d'urgence dans les établissements de traitement de maladies mentales et de toxicomanies. Pour en savoir plus, nous avons rencontré Marisa Tacconelli Termine, ancienne directrice de la gestion du risque, de la qualité et de la sécurité des patients au Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto.

Q : *Planifiez-vous les mesures d'urgence différemment dans un établissement de traitement de maladies mentales et de toxicomanies?*

R : On m'a posé des questions au fil des ans, surtout sur les codes blancs, soit la façon dont nous gérons les cas de violence, et aussi sur notre travail pour prévenir et gérer les actes de violence. Et même si nous sommes à l'avant-garde en matière de prévention et de gestion des comportements agressifs, j'ai toujours été légèrement inconfortable avec les hypothèses que ça implique. Je veux dire dès le départ que c'est une erreur de considérer notre environnement et notre clientèle comme étant d'une certaine manière « pires » que ceux des hôpitaux. Nos patients ont souvent eu des expériences inimaginables parce qu'ils vivent avec les multiples effets de leur maladie et les défis qui y sont associés. Il est important de ne pas les stigmatiser davantage dans ce type de discussions.

Nous aidons des personnes aux prises avec des symptômes et des situations pénibles, qui essaient de faire leur possible avec ce qu'elles ont. Comme dans tout service spécialisé, nous devons tenir compte des défis spécifiques auxquels elles sont confrontées. Une partie de notre travail consiste donc à aider les employés à maintenir des pratiques exemplaires et à apporter des améliorations de façon continue afin d'assurer la sécurité de tout le monde et d'alimenter la culture que nous voulons.

Certaines méthodes peuvent aider à prévenir les comportements agressifs et à éviter qu'ils ne s'intensifient. Nous mettons l'accent sur l'évaluation précoce, l'intervention et la prévention pour contrer les comportements problématiques. Nous disposons aussi d'outils pour faciliter les évaluations et les interventions.

Nous utilisons également des méthodes de prévention comme les évaluations des risques, les plans de sécurité personnalisés, le recours à certains types de chambres et de mobiliers et les évaluations du milieu. Notre approche est centrée sur le patient. Cela signifie que nous l'amenons à participer à ses propres soins et à reconnaître que c'est lui qui se connaît le mieux. Nous essayons de bâtir une bonne relation thérapeutique. Il est crucial de collaborer avec les patients et les autres membres des équipes de soins.

Nous mettons surtout l'accent sur la prévention. Tous les employés cliniques doivent suivre le programme Partnering to Prevent Aggressive Behaviour (PPAB). Il comprend des séances mensuelles sur des sujets allant des responsabilités éthiques et légales au sain travail d'équipe et à la planification des soins. Donc l'accent est mis sur la prévention en privilégiant les compétences cliniques fondamentales et les partenariats entre le patient et l'équipe de soins.

Le PPAB renforce une initiative appelée Prevention of Restraint and Seclusion. Nous avons mené cette initiative visant à réduire le recours aux moyens de contention et à l'isolement pendant trois ans et nous sommes fiers des résultats : un rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé montre que le taux d'utilisation de moyens de contention mécaniques au Centre est de 1,6 %, ce qui est

excellent si on le compare au taux des établissements similaires de la province!

Nous offrons aussi aux employés des secteurs où le risque d'être confronté à un comportement imprévisible et possiblement agressif est plus élevé (p. ex. les agents de sécurité ou les employés de certaines unités de patients hospitalisés) une formation sur la gestion des agressions (Prevention and Management of Aggressive Behavior; PMAB) que nous essayons sans cesse d'améliorer. Cette formation porte spécifiquement sur la contention. Les employés sont aussi soutenus par des « coachs » qui ont reçu une formation intensive. Celle-ci inclut des volets théoriques et des techniques pratiques. Nous réalisons en plus des exercices de simulation pour accroître le niveau de préparation et la sécurité de tout le monde.

Q : *En tant qu'établissement, vous devez aussi gérer certains des défis que tous les établissements doivent gérer, comme les exercices d'évacuation en cas d'incendie ou d'urgence. Êtes-vous confrontés à des problèmes différents à ce chapitre?*

R : Nous organisons régulièrement des exercices d'évacuation en cas d'incendie et d'autres simulations et nous révisons régulièrement les codes d'urgence. Tous les employés doivent suivre une formation sur les dix codes d'urgence une fois par année. Elle est disponible en ligne. Nous collaborons aussi étroitement avec des partenaires comme le service d'incendie de Toronto pour être sûrs d'avoir d'excellents plans. Le réaménagement sur le campus de la rue Queen nous a d'ailleurs fourni une bonne occasion d'améliorer une partie de nos plans de façon très proactive.

Nos politiques et nos procédures tiennent compte des patients qui peuvent se trouver dans des « circonstances spéciales ». Par exemple, en cas d'évacuation :

- il faut mettre de l'équipement de protection individuelle adéquat avant de déplacer des patients pour lesquels on a pris des précautions pour prévenir et contrôler des infections;
- il faut appliquer les techniques enseignées dans le cadre du PMAB pour évacuer les patients qui risquent de blesser d'autres patients, sont en isolement ou ont un moyen de contention.

Nous en avons aussi tenu compte dans les plans en cas d'incendie (code rouge) et d'évacuation (code vert). Les patients du programme de droit et de santé mentale (conçu pour les patients ayant une maladie mentale qui ont déjà enfreint la loi) sont évacués vers le terrain extérieur ou la salle à dîner, deux secteurs sécuritaires.

Mais même avec des circonstances spéciales comme celles-ci, les personnes qui utilisent nos services peuvent s'attendre à la même chose que tout autre patient en Ontario : des installations sécuritaires, des plans d'intervention en cas d'urgence de grande qualité et des employés bien préparés pour répondre à leurs besoins.

Pour en savoir plus à ce sujet, communiquez avec le bureau de la qualité et de la sécurité des patients du CAMH (416-535-8501, poste 1919).

Quoi de neuf à la DGSU?

Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (POLPG)

Comme nous l'avons mentionné dans de précédents numéros du bulletin, les efforts de planification d'une pandémie actuellement en cours au Ministère sont uniques : c'est la première fois que nous pouvons tirer des leçons des mesures prises pendant une pandémie survenue au 21^e siècle. Compte tenu de cette expérience, et, comme toujours, des commentaires des intervenants dévoués qui contribuent au POLPG, il y aura de gros changements dans la planification provinciale.

Une des choses que nous avons constatée pendant la pandémie de grippe H1N1 et les saisons de la grippe par la suite est que la grippe est la seule maladie infectieuse qui réapparaît chaque année. Certaines souches de la grippe saisonnière peuvent causer plus de morbidité et de mortalité que des souches d'une grippe pandémique. Chaque année, les personnes à risque peuvent être gravement malades et décéder.

Chaque saison de la grippe nous frappe d'une façon imprévisible dans une certaine mesure, mais nous avons l'occasion d'appliquer l'attention, la rigueur et les leçons tirées pendant la planification de la lutte contre la grippe pandémique et les campagnes de lutte contre la grippe saisonnière. Et renforcer ces campagnes ne peut que renforcer la capacité du système de santé en cas de grippe pandémique!

Au cours des prochaines années, des mesures seront prises pour passer de la planification à l'aide du POLPG (un document volumineux axé sur une pandémie) à une planification à l'aide d'outils plus opérationnels, à la fois efficaces en cas de grippe saisonnière et de grippe pandémique.

La première étape du processus consistait à intégrer les leçons tirées après l'arrivée du virus H1N1 à une nouvelle édition du POLPG, ce qui est en cours de route. Les premiers chapitres qui seront publiés sont presque terminés et la version intégrale du plan devrait sortir à l'été 2012.

La deuxième étape était la publication, en janvier 2012, du Plan d'action ontarien 2011-2012 de lutte contre la grippe saisonnière, qui met actuellement l'accent sur les activités à l'échelle provinciale. Les prochaines versions contiendront des conseils opérationnels à l'intention des professionnels et des organismes de la santé qui œuvrent à l'échelle locale.

Après l'été 2012, le Ministère collaborera avec ses partenaires pour intégrer les stratégies du Plan d'action et du POLPG dans un plan d'intervention contre la grippe. Ce plan intégré et exhaustif comprendra des stratégies d'intervention stratifiées et évolutives pour tous les types de grippe – tant saisonnières que pandémiques. Ce plan devrait être publié après la saison de la grippe de 2012-2013.

Pour en savoir plus sur le Plan d'action ontarien 2011-2012 de lutte contre la grippe saisonnière, rendez-vous dans le [site Web](#) du Ministère. Pour en savoir plus sur le POLPG, parcourez les prochains numéros du bulletin!

État de préparation du secteur de la santé en vue des Jeux panaméricains

Comme les Jeux panaméricains auront lieu dans la région du Grand Golden Horseshoe en 2015, un groupe d'observateurs des gouvernements municipal, provincial et fédéral ont eu la chance unique de participer au programme d'observateurs officiels des Jeux panaméricains qui ont eu lieu à Guadalajara, au Mexique, en 2011. Il y avait notamment deux représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

« Nous avons pu voir sur place certains des défis que peut représenter une activité comme celle-là pour les responsables d'un système de santé », a indiqué Geri Carroll, directeur de la DGSU. Et bien qu'il existe de nombreuses différences entre le système de santé du Mexique et de l'Ontario, le comité organisateur des Jeux de 2015 et les responsables du système de santé peuvent s'attendre à être confrontés aux mêmes problèmes de planification.

- Réfléchissez à l'importance de la salubrité des aliments non seulement pour les 10 000 athlètes, entraîneurs et officiels qui seront sur place, mais aussi pour les 20 000 bénévoles! Au Mexique, ils ont eu de la difficulté à veiller à ce que la viande des athlètes ne contienne pas de clenbutérol, une substance interdite aux athlètes. Les règlements régissant son utilisation chez des animaux destinés à la consommation humaine ne sont pas les mêmes au Mexique que dans des pays comme les États-Unis et le Canada.
- La prévention et la surveillance des maladies infectieuses sont aussi très importantes lorsque nous accueillons des athlètes et des officiels de plus de 40 pays différents – y compris les préparatifs visant à prévenir tout risque que le pays hôte pourrait présenter pour les visiteurs. Il faut faire un examen global avant les Jeux pour déterminer s'il est possible d'importer des problèmes importants et prévoir des systèmes pour repérer et déclarer tout signe d'éclosion pendant les Jeux.
- Une bonne planification des services de santé sur les sites des Jeux est non seulement importante pour assurer une bonne expérience pendant les Jeux, mais aussi pour réduire la pression qu'une activité de cette taille peut exercer sur les services de soins primaires et les urgences.
- Une activité d'envergure peut aussi avoir des répercussions importantes sur la circulation automobile, ce qui peut compliquer la tâche des services médicaux d'urgence et la planification de la continuité des services de santé offerts à domicile et dans la collectivité.



- Il est aussi important de veiller à ce qu'il y ait une bonne communication entre les services de santé et de sécurité afin que les renseignements sur les risques ou les incidents puissent être transmis rapidement et efficacement, même si les Jeux panaméricains ont tendance à présenter moins de risques que les Jeux olympiques.
- Et, bien sûr, il est essentiel de planifier une intervention rapide et efficace en cas d'urgence pendant les Jeux. Cela inclut les urgences associées directement aux Jeux et les autres urgences qui peuvent survenir au même moment. Les personnes qui ont vécu une tornade, un tremblement de terre ou une inondation soudaine pendant les sommets du G8 et du G20 peuvent en témoigner!



Heureusement, la ville de Toronto est bien placée pour entamer l'élaboration du plan de services médicaux et de santé depuis la nomination de la D^{re} Julia Alleyne, médecin hygiéniste en chef.

Celle-ci prévoit planifier les services médicaux et de santé pour les athlètes, les officiels, les effectifs et les spectateurs. Cela comprend entre autres :

- les services médicaux et de santé dans le village des athlètes, de la mise sur pied d'une polyclinique multidisciplinaire à la salubrité des aliments et de l'eau;
- les services de santé dans les différents sites;
- la collaboration avec les hôpitaux qui accueilleront les personnes qui pourraient se blesser dans le cadre des Jeux et avoir besoin de soins hospitaliers (ces hôpitaux n'ont pas encore été identifiés);
- les services médicaux d'urgence dans les différents sites;
- le programme antidopage.



La D^{re} Alleyne possède une vaste expérience à ce chapitre. Elle a fait partie du

personnel médical des équipes olympiques canadiennes lors des jeux de Salt Lake City, de Torino, de Beijing et de Vancouver, et sera médecin hygiéniste en chef des équipes canadiennes lors des Jeux olympiques de Londres en 2012. Elle a également été présidente de l'Académie canadienne de médecine du sport et de l'exercice (2003). Comme elle l'affirme elle-même, « nous obtenons définitivement les meilleures performances lorsque les athlètes sont en santé, et c'est là que l'intervention rapide des services de santé d'urgence est essentielle pour assurer le succès ».

La planification en vue d'aborder les secteurs où il y a chevauchement entre la planification en vue des Jeux et l'état de préparation du système de santé vient à peine de débuter. La DGSU dirigera les travaux pour établir une structure de coordination et de communication. Nous examinerons des questions comme la capacité, la continuité des opérations, la coordination des mesures d'urgence et la communication. Nous espérons pouvoir faire le point à ce chapitre très bientôt!

Félicitations à un partenaire clé!

Les rédacteurs du bulletin aimeraient féliciter Rob Burgess, premier directeur au Sunnybrook Centre for Prehospital Medicine et chef des opérations de l'Équipe des services médicaux d'urgence (ESMU). Il est un des trois lauréats du prix d'excellence du leadership Leo N. Steven remis cette année par le Sunnybrook Centre.

Rob a été paramédic de soins avancés. Il a reçu la Médaille pour services distingués des services d'urgence médicale du Gouverneur général du Canada et le prix Rubes, qui vise à reconnaître l'excellence en paramédecine. Il a aussi été président de l'Association des paramédics de l'Ontario.

Rob a joué un rôle déterminant dans l'examen et le renouvellement du mandat de l'ESMU ces trois dernières années. Grâce à son travail, le nouveau mandat est plus souple. Il a aussi dirigé deux déploiements couronnés de succès ces deux dernières années – un pour soutenir l'Hôpital Memorial du district de Huntsville pendant le sommet du G8 en 2010 et un autre l'été dernier pour faciliter les évacuations lors des feux de forêt qui ont ravagé des collectivités du Nord-Ouest.

Il mérite grandement de recevoir ce prix. La DGSU espère d'ailleurs pouvoir continuer de collaborer avec ce partenaire des plus dévoués!

Quoi de neuf à Santé publique Ontario?

Convention de Santé publique Ontario (SPO)

SPO, en collaboration avec l'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO) et l'Association des bureaux de santé publique locaux (aIPHa), ont eu le plaisir de

présenter leur convention, pour la deuxième année, du 2 au 4 avril 2012 à l'Hôtel Sheraton du centre-ville de Toronto. Le thème était Staying Ahead of the Curve (maintenir une longueur d'avance). Le programme incluait des présentations novatrices sur tous les volets de la promotion de la santé, le transfert des connaissances, la protection de la santé et la résilience du système de santé publique en cas d'urgence.

Pour donner suite aux commentaires reçus l'an dernier, SPO a aussi fait un exercice de simulation interactif et pratique qui portait principalement sur cinq grands points : 1) le Système de gestion des incidents (SGI) et la gestion plurigouvernementale des événements; 2) la transmission des risques; 3) l'évaluation des risques; 4) la gestion des ressources et 5) la continuité des opérations. Nous vous parlerons des leçons tirées de cet exercice dans un prochain numéro!

SPO a aussi mis au point un cours sur le SGI pour faciliter la formation sur les mesures d'intervention en cas d'urgence sanitaire en prenant appui sur un cours similaires (IMS-200) conçu par Gestion des urgences Ontario (GUO). Le cours est destiné aux secteurs de la santé publique et de la santé générale.

Après l'avoir mis à l'essai, nous avons lancé un cours-pilote dans les bureaux de santé publique de Peel; de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington et de Porcupine en décembre 2011 et en janvier 2012. D'après les commentaires reçus, les gens avaient beaucoup plus de connaissances pratiques sur le SGI que prévu et le cours, qui dure une journée et demie, est trop long. Les participants aimeraient avoir des scénarios plus ciblés pour illustrer des applications clés du système. Il est aussi devenu évident que les besoins dans le secteur de la santé publique sont tellement différents de ceux dans le secteur de la santé générale qu'il faut avoir des outils distincts pour chaque public-cible.

SPO remaniera le cours pour qu'il dure seulement une journée et pourra concevoir d'autres cours pour le secteur de la santé générale. Avec le cours SGI-100 comme préalable, il révisera les concepts clés et les appliquera dans des scénarios beaucoup plus ciblés pour montrer les volets les plus pertinents du SGI en santé publique pour aider les praticiens en santé publique à gérer des incidents de santé publique.

Le coin de la D^{re} King

Les rédacteurs du bulletin ont rencontré la D^{re} Arlene King, médecin hygiéniste en chef au gouvernement de l'Ontario, pour discuter de la National Preparedness Leadership Initiative (NPLI) et de son application dans le secteur de la gestion des mesures d'urgence.

La NPLI a été lancée par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), la Harvard School of Public Health (HSPH) la JFK School of Government (KSG). Elle vise à renforcer la capacité d'intervention en cas de crise des hauts dirigeants pour contrer le terrorisme et des désastres d'envergure qui menacent la santé publique.

La D^{re} King est une des premières Canadiennes à avoir participé à l'initiative en 2007. Comme elle le fait remarquer, « l'initiative nous a ouvert tout un monde de possibilités de réseautage, en plus de nous donner l'occasion de réfléchir au leadership pendant les crises, par exemple celle du SRAS ».

L'initiative repose sur deux hypothèses clés. La première est qu'un piètre leadership peut être un facteur de risque pour la santé publique. La seconde est qu'il faut adopter un certain style de leadership pour gérer des incidents d'ampleur considérable et des « incidents sans précédent », comme des urgences complexes.

Le leadership enseigné dans le cadre de la NPLI est le méta-leadership. Il s'agit de l'orientation, de la direction et du momentum au sein des lignes organisationnelles qui se crée pendant une action partagée – même entre des organisations qui semblent effectuer un travail très différent.

Qualités du méta-leader :

- Être un grand penseur et être disposé à aborder des problèmes imposants et complexes et à ratisser large pour trouver des solutions.
- Avoir un vaste répertoire de style de leadership pour utiliser celui qui convient le mieux à chaque situation (autoritaire, démocratique, encadreur).
- Avoir des aptitudes pour le leadership comme l'honnêteté, la compétence et l'inspiration.
- Faire preuve d'une excellente intelligence émotionnelle.
- Être résistant!

Il est essentiel de recourir au méta-leadership pour gérer une urgence en santé puisqu'il est alors nécessaire de travailler efficacement dans l'ensemble du secteur de la santé. Il y a beaucoup de disciplines différentes dans le secteur de la santé, et chacune a son propre champ d'activité. Pendant une urgence, toutefois, les intervenants de ces disciplines doivent trouver des façons de collaborer. Par exemple, lors des évacuations l'été dernier à cause des feux de forêt dans le Nord de l'Ontario, ils ont joué divers rôles, du transport médical, à l'inspection des lieux où il y a des aliments dans les centres d'accueil, à la prestation de soins aux évacués. Même si ces activités sont très différentes et réalisées par diverses organisations, elles avaient toutes le même objectif : assurer la santé et la sécurité des évacués.

Les principes à la base du méta-leadership sont compatibles avec ceux à la base du SGI, comme l'unité en matière de commandement et la coordination d'un éventail d'activités d'intervention (tâches opérationnelles) pour atteindre un but commun.

« Le méta-leadership constitue une façon structurée de penser aux divers paradigmes dans lesquels nous travaillons pendant une urgence, ajoute la D^{re} King. Il trouve toutefois application au-delà de la gestion des urgences : il s'applique aussi aux nombreux problèmes complexes – et pernicious – que nous devons régler tous les jours. »

Pour en savoir plus sur le méta-leadership et ses cinq dimensions, consultez les ressources suivantes (en anglais seulement) :

- [Marcus L.J., B.C. Dorn](#) et [J.M.Henderson](#). Meta-Leadership and National Emergency Preparedness: A Model to Build Government Connectivity, Biosecur Bioterror, vol. 2, n° 4, 128-34, 2006.
- www.hsph.harvard.edu/npli/meta-leadership/
- www.youtube.com/watch?v=eCFIdNAizGM

Formation et exercices

Opération Plugged In

En octobre 2011, le personnel du comté de Simcoe a réalisé un exercice de simulation de taille considérable axé sur une tempête hivernale et une panne de courant prolongée : l'opération Plugged In. Les discussions entre les 170 participants d'un vaste éventail de disciplines, y compris des secteurs privé et public, ont porté sur bon nombre de sujets.

L'équipe qui a conçu l'exercice comprenait des représentants du service de gestion des urgences du comté de Simcoe, du service incendie de la Ville d'Innisfil et du bureau de santé publique du district de Simcoe Muskoka. Ils ont organisé le large et ambitieux scénario en partant des conclusions d'exercices précédents réalisés dans le comté de Simcoe, comme la simulation d'une pandémie en 2006 : l'opération Fever Phix. L'expérience leur avait appris que toute intervention élargie en cas d'urgence doit mobiliser de multiples partenaires dans l'ensemble de la collectivité et que les discussions doivent inclure divers organismes et individus.

Les objectifs de l'opération Plugged in étaient de favoriser l'adoption d'un cadre de planification de la continuité des opérations et d'un lexique communs, de promouvoir le Système de gestion des incidents, de clarifier les rôles et les responsabilités des divers organismes et de cerner les vulnérabilités dans les plans en place.

L'équipe s'est aussi efforcée d'aborder deux volets de la gestion d'urgences qui ne reçoivent parfois pas autant d'attention que la préparation et l'intervention immédiate.

Un de ces volets est l'inclusion d'un module à l'étape de la relance. Ce module met l'accent sur les besoins au niveau humain, par exemple sur la façon de gérer un refuge installé pour des gens pouvant devoir y rester jusqu'à trois semaines, y compris s'il y a parmi eux des personnes vulnérables qui ont besoin d'une aide continue. Le module portait aussi sur la façon de gérer une forte demande de counseling pendant une crise, sur les besoins des entreprises, par exemple pour aborder les employés fortement touchés par la crise, ainsi que sur des questions comme la perte de données et les assurances.

Le second volet porte principalement sur le soutien psychosocial et les différents professionnels qui peuvent l'offrir. Nous savons par expérience que c'est très important pendant une urgence.

Bien que les points de vue et les préoccupations aient parfois divergés, les participants ont dégagé un consensus sur certains points.

- Il est important de planifier d'une façon systémique et intégrée et non en silos. On a fait remarquer que plusieurs plans distincts comptent parfois sur les mêmes ressources, mais que personne n'assure la coordination pour éviter de dédoubler les attentes. Il est aussi essentiel que vérifier que les ressources sur lesquelles nous comptons savent qu'elles font partie de nos plans! Ce sujet a suscité une attention particulière. On a reconnu qu'il fallait améliorer la coordination entre le secteur de la santé et d'autres secteurs et au sein des diverses parties du système de santé.
- Une importante ressource commune est l'essence. Une grande préoccupation, en cas de panne prolongée, est de devoir compter sur une quantité limitée d'essence pour tout alimenter, des génératrices dans les hôpitaux aux véhicules qui transportent les produits essentiels.
- Les participants ont également convenu qu'il est important de tenir compte de la fatigue de compassion que peuvent ressentir les personnes qui interviennent et de la fatigue décisionnelle qui peut miner le moral des équipes du centre des opérations d'urgence, et ce, à toutes les étapes d'une intervention d'urgence.

Pour accéder à l'ensemble du matériel de l'exercice et aux vidéos, dont un bilan et un résumé des recommandations, rendez-vous à l'adresse

www.simcoemuskokaemergency.ca, cliquez sur le logo du compté de Simcoe situé au bas de la page et suivez le lien vers le programme de gestion des urgences.

Pour en savoir plus sur l'opération Plugged In, communiquez avec [Cathy Clark](#), coordonnatrice de la gestion des urgences au compté de Simcoe.

Trillium Navigate donne lieu à une nouvelle collaboration!

En novembre 2011, un exercice de simulation d'une journée a eu lieu en même temps qu'une série d'exercices d'urgence axés sur les transports en commun urbains. Dirigé par Gestion des urgences Ontario (GUO), l'exercice, intitulé Trillium Navigate, portait principalement sur des explosions suspectes dans les transports en commun de Hamilton et de Toronto.

Les exercices ambitieux, comme nous l'avons montré par le passé, sont choses courantes en Ontario. Les établissements, les agences et les services de santé locaux participent à divers exercices locaux et régionaux. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) participe chaque année à un exercice provincial dirigé par GUO. L'Équipe des services médicaux d'urgence (ESMU) réalise

aussi un véritable exercice de déploiement en partenariat avec des hôpitaux ontariens environ tous les 18 mois.

L'exercice réalisé cette année nous donnait cette fois la chance d'essayer quelque chose de nouveau : inviter un certain nombre d'intervenants du secteur de la santé de deux grands centres urbains, soit Hamilton et Toronto, à participer à notre exercice provincial d'envergure à titre de concepteurs et d'acteurs.

Pendant la matinée, les discussions ont été divisées en six sujets : intervention en cas d'urgence impliquant des agents CBRNE (chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires et explosifs); informations et communications pendant une urgence; services sociaux, continuité des opérations et, bien sûr, santé. Le groupe comprenait plus de 35 intervenants! Il y avait notamment les Services médicaux d'urgence (SMU); des hôpitaux et des bureaux de santé publique de la Région du Grand Toronto (RGT) et de Hamilton; d'autres organismes du secteur de la santé comme des centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et CritiCall; des organismes non gouvernementaux comme Ambulance Saint-Jean et la Société canadienne du sang. Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada y ont aussi participé, tout comme des représentants de secteurs connexes comme les services d'incendie, les services d'application de la loi et le bureau du coroner en chef.

Les discussions ont porté sur différents sujets à mesure que le groupe examinait la complexité des

rôles, des responsabilités et des plans lorsque le scénario inclut à la fois un grand nombre de victimes et des agents CBRNE. Ils ont établi des liens, revu des hypothèses et soulevé d'importantes questions.

En dépit des défis logistiques que présente la coordination d'un groupe si imposant pendant un exercice d'envergure considérable, le tout a indubitablement été fort utile. En fait, une des principales idées d'amélioration suggérées lors du bilan a été de prolonger la durée de l'exercice!

« J'ai appris beaucoup de choses et les questions soulevées se sont révélées pertinentes, indique un des participant, mais nous n'avons touché que la pointe de l'iceberg – nous aurions pu passer toute la journée à chercher les réponses! »

Il faut remercier tout spécialement les intervenants locaux qui ont aidé à concevoir l'exercice, notamment les grands hôpitaux d'Hamilton et de la RGT, les bureaux de santé publique et les SMU de Toronto et de Hamilton, le CASC du centre de Toronto et... bien d'autres! « Je pense que nous avons eu la formidable occasion de participer avec nos collègues de toutes les disciplines à un exercice d'intervention en cas de désastre qui nous a permis de clarifier et de mieux comprendre les rôles et les responsabilités de chacun », indique Alastair Hodinott, représentant du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO).

Il y aura d'autres exercices conçus à l'aide de ce scénario en 2012, notamment l'exercice de déploiement

semi-annuel de l'ESMU, en partenariat avec St. Joseph's Healthcare Hamilton et le centre des sciences de la santé de Hamilton, et d'autres exercices de simulation avec des intervenants en santé de la région de Hamilton.

Nous espérons que ces travaux inciteront davantage d'organismes du

secteur de la santé à participer à des exercices provinciaux d'une telle envergure dans l'avenir.

Pour en savoir plus sur l'exercice, communiquez avec la [Direction de la gestion des situations d'urgence](#).

Prochaines activités

Conférence du CMUHO – Priorité à l'évacuation

Le Comité des mesures d'urgence des hôpitaux d'Ottawa (CMUHO) organisera une conférence d'un jour le vendredi 26 octobre 2012.

Le CMUHO, dont nous avons parlé dans le [numéro du printemps 2011 du bulletin](#), est composé de gestionnaires de situations d'urgence du secteur de la santé, de premiers répondants et du Bureau de gestion des mesures d'urgence (BGMU) de la Ville d'Ottawa. Le thème de la conférence, cette année, est l'évacuation. L'objectif est de fournir un vaste éventail de présentations pour tous les secteurs. On mettra l'accent sur les évacuations causées par les feux de forêt dans le Nord à l'été, notamment sur les rôles joués par Santé publique, la municipalité, les partenaires communautaires et le Ministère. Il y aura des conférenciers des Centres for Disease Control (CDC) américains et de la Colombie-Britannique qui possèdent une vaste expérience de l'évacuation d'hôpitaux. Il y aura aussi une présentation du MSSLD, qui permettra de tirer de solides leçons. Elle est intitulée Evacuations, Lessons to be Learned et elle aura lieu à la Place Ben Franklin, à Ottawa, le 26 octobre 2012. Nous vous transmettrons les renseignements sur la façon de s'inscrire sous peu.

Pour en savoir plus sur le CMUHO et sa conférence, veuillez communiquer avec [Jill Courtemanche](#) de Santé publique Ottawa.

Groupe responsable du bulletin

Le [groupe responsable du bulletin](#) se réunira le vendredi 4 mai à Toronto. Pour en savoir plus à ce sujet, communiquez avec [Pat Simone](#) du bureau de santé de Middlesex-London.

Formation sur la gestion du stress causé par un incident critique

Le bureau de santé de Middlesex-London donnera deux séances de formation sur la gestion du stress causé par un incident critique. Ces séances aideront les participants à

comprendre tout l'éventail des services d'intervention disponibles en cas de crise et incluent plusieurs interventions. Les participants à la

séance de niveau I se familiariseront aux principes de démobilitation après un important incident traumatique, au désamorçage en petit groupe et à la séance de verbalisation en groupe après un incident critique. Les participants à celle de niveau II en apprendront davantage sur les interventions possibles auprès de personnes qui subissent un stress après un incident critique et sur le syndrome de stress post-traumatique. L'accent sera mis sur le désamorçage approfondi et la verbalisation lorsque la situation est complexe. M. Murray Firth, actif dans ce domaine à l'échelle internationale depuis plus de 15 ans, donne les deux séances.

Tout le monde est bienvenu aux séances. Elles sont particulièrement pertinentes pour les ressources humaines, les professionnels de la santé mentale et d'autres professions de la santé, le personnel qui œuvre en santé publique et tous les autres travailleurs qui participent aux interventions en cas d'urgence.

- La séance de niveau 1 aura lieu les 23 et 24 mai.
- La séance de niveau 2 aura lieu les 27 et 28 juin.

Vous trouverez d'autres détails dans le [Site Web du bureau de santé publique de Middlesex-London](#).

Vous n'êtes pas inscrit sur la liste de distribution du Bulletin?

Si vous désirez ajouter votre nom à la liste de distribution du Bulletin ou mettre à jour les renseignements concernant votre inscription, veuillez nous écrire à l'adresse Emergencymanagement.moh@ontario.ca ou nous téléphoner au 416-212-0822.