

PLAN RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE UNE PANDÉMIE D'INFLUENZA

Mission Santé et Services sociaux

1^{er} juin 2006

Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Remerciements

Ce document a été produit grâce à la collaboration des représentants de toutes les directions de l'Agence et des représentants des établissements publics de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. Dès juin 2005, un comité de coordination et un groupe de travail se sont mis à l'œuvre pour l'élaboration de ce plan régional qui a été complété suite à la publication des documents pertinents produits par le MSSS. En septembre 2005, un comité régional de liaison a été mis sur pied pour coordonner l'avancement des travaux dans les établissements de la santé et des services sociaux de la région.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce document, et notre gratitude s'étend aussi, par anticipation, envers les personnes qui continueront de maintenir à jour les informations contenues dans ce plan régional.

Mise en garde

Ce plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza sera mis à jour d'une façon continue afin de maintenir l'actualité des informations. Il est important de se référer à la date de l'édition.

Mot du président-directeur général

L'imminence d'une pandémie d'influenza signalée par l'Organisation mondiale de la santé interpelle directement les organisations de santé et de services sociaux au Québec et au Canada. Les conséquences d'un tel événement sur la santé de la population et sur notre capacité d'assurer les services peuvent être considérables au point de présenter des risques non négligeables de perturbation sociale et de dysfonctionnement de l'ensemble de la société. L'importance de préparer un tel plan de lutte pour notre région est donc fondamentale.

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais présente le Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza en lien avec le Plan québécois de lutte contre une pandémie d'influenza-Mission santé. Ce Plan prévoit, pour la région de l'Outaouais, les activités, les responsabilités, les actions, les échéances et les outils pour faire face à une pandémie d'influenza. Tous les volets sont couverts par le Plan régional : la Santé publique, la Santé physique, le Maintien des activités du réseau, le Psychosocial, les Communications, la Coordination et les liens avec les partenaires. Pour chaque volet, les trois étapes de préparation, d'intervention et de rétablissement sont planifiées. Ce Plan régional vise à préserver la vie, la santé et le bien-être des citoyens.

Ce plan a comme principale assise la concertation et la coordination entre les différents partenaires du réseau de santé et des services sociaux de la région : établissements de santé et de services sociaux, cliniques médicales privées, pharmacies, organismes communautaires et organismes de sécurité civile. Le principal défi du réseau de santé et des services sociaux de l'Outaouais sera de répondre aux besoins accrus de main-d'œuvre pour l'ensemble des activités dans un contexte où 35 % de la population, incluant la main-d'œuvre active, risque d'être temporairement touchée par l'influenza.

Le Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza présente une cohérence basée sur trois principes d'action : la protection, la solidarité et la responsabilité. Ces trois principes encouragent l'action en favorisant le passage du citoyen spectateur à celui d'acteur, d'un rôle passif à un rôle actif en situation d'urgence. L'importance du rôle du citoyen doit être soulignée et rappelée car il est au centre des interventions comme personne concernée par la pandémie d'influenza et comme acteur pouvant agir sur soi et sur l'environnement.

Ce Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza identifie les étapes à franchir pour compléter la préparation dans la région de l'Outaouais. Il nécessitera une mise à jour continue et un suivi rigoureux.

Je me dois, en terminant, de remercier chaleureusement tous ceux et celles qui ont contribué à l'élaboration de ce plan. L'engagement et le professionnalisme dont ils ont fait preuve tout au long de ces travaux ont été grandement appréciés.

À partir de maintenant notre engagement doit s'actualiser dans les préparatifs et la gestion, le cas échéant, d'une pandémie d'influenza.

Le président-directeur général,

ROCH MARTEL

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Remerciements	2
Mise en garde	2
Mot du président-directeur général	3
Acronymes	6

CHAPITRE 1 - MISE EN CONTEXTE	
1. Introduction	8
1.2 PRPI	8
À qui s'adresse-t-il?	8
Comment lire les tableaux de répartition des responsabilités?	9
Comment sera-t-il mis à jour?	9
Quels sont les aspects légaux et éthiques à considérer?	9
1.3 Une pandémie d'influenza	9
Virus d'influenza	9
De l'influenza humain saisonnier à une pandémie d'influenza	10
Infection aviaire	10
Le risque et les impacts	11
Impacts sur l'ensemble de la société	11
Impacts sur le réseau de la santé	11
Prémisses de planification	11
Scénarios d'impacts d'une pandémie d'influenza	12

CHAPITRE 2 - CONCEPT DE BASE	
2.1 Grands objectifs	12
2.2 Trois moments d'action	13
2.3 Acteurs	13
2.4 Principes d'action	14
2.5 Portrait de la région	16

CHAPITRE 3 - STRUCTURES DE COORDINATION	
3.1 Coordination du réseau	16
3.2 Coordination hors réseau	18
3.2.1 Coordination avec les partenaires	18

3.2.2 Coordination avec les organisations de sécurité civile	20
Organigramme	21
Carte de l'Outaouais	22
Tableaux :	
1- Coordination du réseau	
4- Partenaires du réseau	
7- Organisation de la sécurité civile	
Outils	

CHAPITRE 4 - SANTÉ PUBLIQUE	
4.1 Surveillance	23
4.2 Prévention des infections	23
4.3 Antiviraux en prophylaxie	23
4.4 Vaccination	24
4.5 Mesures générales	24
4.5.1 Gestion des cas et des contacts	25
Tableaux :	
10- Surveillance	
13- Prévention des infections	
16- Antiviraux en prophylaxie	
19- Vaccination	
22- Mesures générales	
25- Gestion des cas et contacts	
Outils	

CHAPITRE 5 - SANTÉ PHYSIQUE	
5.1 Autosoins	26
5.2 Services à domicile	26
5.3 Info-Santé / Info-Social	26
5.4 Services préhospitaliers d'urgence	27
5.5 Prestations de service et priorité de soins	28
5.6 Traitement aux antiviraux	28
5.7 Sites non traditionnels de soins	29

5.8 Disposition des dépouilles	29
Tableaux :	
Autosoins	
Services à domicile	
Info-Santé / Info-Social	
Services préhospitaliers d'urgence	
Prestations de service et priorité de soins	
Traitement aux antiviraux	
Sites non traditionnels de soins	
Disposition des dépouilles	
Outils	

CHAPITRE 6 - PSYCHOSOCIAL	
6.1 Coordination	30
6.2 Repérage	30
6.3 Intervention psychosociale	31
6.4 Supervision clinique	32
6.5 Fonction conseil	32
Tableaux :	
Coordination	
Repérage	
Interventions psychosociales	
Supervision clinique	
Fonction conseil	
Outils	

CHAPITRE 7 - MAINTIEN DES SERVICES	
7.1 Ressources humaines	33
7.1.1 Gestion des mouvements de la main-d'œuvre	33
7.1.2 Ressources communautaires	34
7.1.3 Maintien et développement des compétences	34
7.2 Ressources matérielles	35
7.3 Ressources informationnelles	35

7.4 Ressources financières	35
Tableaux :	
Gestion des mouvements de la main-d'œuvre	
Ressources communautaires	
Maintien et développement des compétences	
Ressources matérielles	
Outils	

CHAPITRE 8 - COMMUNICATION	
8.1 Coordination	36
8.2 Communication au personnel du réseau	36
8.3 Communication aux médias	37
8.4 Communication à la population	38
Tableaux :	
Coordination	
Communication au personnel du réseau	
Communication aux médias	
Communication à la population	
Outils	

ACRONYMES

ASPC	Association de santé publique du Canada
CA	Conseil d'administration
CCNU	Centre de coordination national des urgences
CCSP	Comité coordinateur de la santé publique
CDC	Comité de direction et de coordination
CHCD	Centre hospitalier de courte durée
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CINQ	Comité des infections nosocomiales du Québec
CLSC	Centre local de services communautaires
CMR	Commission médicale régionale
Comm	Volet communication
Coord	Volet coordination
CPE	Centre de la petite enfance
CSCQ	Comité de sécurité civile du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
CTAO	Coopérative des paramédics de l'Outaouais
DAM	Direction des affaires médicales
DCREG	Direction de la coordination réseau et des ententes de gestion
DG	Directeur général
DGPRM	Direction générale du personnel réseau et ministériel
DGSSMU	Direction générale des services de santé et de médecine universitaire
DNSP	Direction nationale de la santé publique
DOS	Direction de l'organisation des services
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Directeur des services professionnels
DSP	Direction de Santé publique
DSPo	Direction de la santé publique de l'Outaouais
Etab	Établissement
EVR	Établissement à vocation régionale
GICC	Gestion individuelle des premiers cas et contacts

GMF	Groupe de médecine familiale
GPCC	Gestion populationnelle des cas et contacts
GRAP	Groupe des responsables des agences pour la pandémie
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladies à déclaration obligatoire
Main-Rh	Volet maintien des services-ressources humaines
Main-Ri	Volet maintien des services-ressources informationnelles
MAPAQ	Ministère de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation du Québec
MI	Maladies infectieuses
MRS	Maladies respiratoires sévères
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OBNL	Organismes à but non lucratif
OC	Organismes communautaires
OMS	Organisation Mondiale de la santé
OMSC	Organisation municipale de la sécurité civile
ORDRES	Ordres professionnels
ORSCO	Organisation régionale de la sécurité civile de l'Outaouais
OSCQ	Organisation de la sécurité civile du Québec
PAE	Programme d'aide aux employés
PLPI	Plan local de lutte contre une pandémie d'influenza
PMPI	Plan ministériel de lutte contre une pandémie d'influenza
PNSC	Plan national de sécurité civile
POD	Point de distribution d'antiviraux
PRPI	Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza
PR	Premiers répondants
RH	Ressources humaines
RI	Ressources informationnelles
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de santé
RSSS	Réseau de santé et de services sociaux
RTF	Ressource de type familial

ACRONYMES

RTSS	Réseau de télécommunications sociosanitaire
SAG	Syndrome d'allure grippale
SAT	Santé au travail
SNT	Site non traditionnel
Sphy	Volet santé physique
Spsy	Volet santé psychosociale
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
Spub	Volet Santé publique
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SRRI	Service régional des ressources informationnelles
SSS	Santé et services sociaux
TAS	Techniciens ambulanciers
TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
TROCAO	Table régionale d'organismes communautaires autonomes de l'Outaouais
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales

CHAPITRE 1-MISE EN CONTEXTE

1.1 Introduction

1.2 PRPI

1.3 Une pandémie d'influenza

1.1 Introduction

Une pandémie d'influenza constitue un événement d'ampleur mondiale nécessitant des préparatifs importants. En effet, une pandémie a le potentiel de provoquer des impacts considérables sur l'ensemble des facettes de la société : mortalité, morbidité, perturbations psychologiques et sociales sans compter les répercussions sur les sphères économique et financière. L'épisode du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et les catastrophes naturelles récentes ailleurs dans le monde (ex : ouragan Katrina en Nouvelle-Orléans) témoignent de la nécessité de plans de mesures d'urgence intégrés et utilisables en temps opportun. Ces crises font également ressortir les liens d'interdépendance internationaux, ce qui signifie concrètement que dès qu'une pandémie d'influenza sera déclarée, tous les pays y seront confrontés. L'ensemble des groupes d'acteurs - citoyens, aidants naturels, intervenants et décideurs clés - doit s'impliquer activement dans le processus de préparation. Pour la première fois dans l'histoire, les systèmes de veille scientifique permettent de voir venir la prochaine pandémie d'influenza. Ainsi, le réseau de la santé et des services sociaux en Outaouais se doit d'agir avec ses partenaires pour préparer un Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza (PRPI).

1.2 PRPI

Le plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza (PRPI) est un plan spécifique du plan régional des mesures d'urgence s'attardant exclusivement sur les activités à déployer face aux enjeux générés par cette situation de crise. De plus, le PRPI est un plan spécifique de la mission santé, laquelle s'inscrit au Plan national de sécurité civile (PNSC).

Le PRPI détermine la répartition des responsabilités et activités entre les acteurs et organisations de la région, et ce, selon les étapes de préparation, d'intervention et de rétablissement à une pandémie d'influenza. Il tient compte du Plan québécois de lutte contre une pandémie d'influenza – Mission Santé (MSSS) et s'inscrit dans la planification établie par Santé Canada et par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Le PRPI vise :

- À comprendre la problématique d'une pandémie d'influenza et ses impacts potentiels;
- À connaître le contexte de planification en cas de pandémie ainsi que l'organisation de la mission santé;
- À saisir la nature concertée du haut vers le bas (modèle *top-down*) de la réponse de l'ensemble des composantes du réseau de la santé et des services sociaux;
- À favoriser la collaboration et la création d'ententes entre le réseau de la santé et des services sociaux (réseau SSS) et ses partenaires;
- À visualiser les grandes activités réparties dans chaque volet de réponse et les liens entre elles;
- À connaître pour chacune de ces activités, le partage de responsabilités d'exécution entre les différents acteurs du réseau sociosanitaire et ses partenaires.

En somme, il pose les préalables nécessaires pour rendre l'intervention coordonnée et efficace afin d'atteindre les cinq grands objectifs de la réponse face à une pandémie d'influenza :

Objectif A : Restreindre la transmission;

Objectif B : Atténuer la morbidité et la mortalité;

Objectif C : Assurer l'accessibilité aux services;

Objectif D : Prévenir et limiter les perturbations sociales;

Objectif E : Prévenir et minimiser les impacts psychosociaux de la pandémie afin d'assurer le bien-être de la population.

À qui s'adresse-t-il?

Le PRPI a été rédigé à l'intention principalement des équipes régionales et locales de planification et d'intervention des mesures d'urgence en place dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il peut servir de référence également aux organisations connexes ou partenaires, par exemple, l'Organisation régionale de sécurité civile (ORSC). Il permet aux acteurs du réseau sociosanitaire de réaliser leur plan d'intervention en fonction des rôles et responsabilités qui leur sont dévolus, favorisant

ainsi l'émergence d'une réponse de qualité, efficiente et efficace ainsi que coordonnée et cohérente en cas de pandémie d'influenza.

Comment lire les tableaux de répartition des responsabilités?

Ce PRPI, outre la mise en contexte, est structuré à des fins exécutives de manière identique sur la base de tableaux. Comme il est d'une portée régionale, les activités des paliers provincial, fédéral ou international ne sont mentionnées que lorsqu'elles ont une influence directe sur les travaux régionaux. La première colonne décrit l'énoncé des activités à réaliser. La seconde colonne indique les organisations et les personnes responsables (voir liste des abréviations et acronymes) ainsi que les collaborateurs, en italique, qui les appuieront dans la réalisation de l'activité énoncée. Par ailleurs, la troisième colonne « actions » décrit le plan de travail en lien avec l'activité mentionnée dans la colonne 1 et traduit les liens transversaux et le non cloisonnement des activités entre les volets de la mission santé et la fonction de coordination. Finalement, les trois dernières colonnes identifient respectivement certains outils de références, l'échéancier, et quelques remarques à prendre en considération.

Comment sera-t-il mis à jour?

Les préparatifs pour une pandémie d'influenza s'avèrent une occasion de créer de nouveaux liens et de consolider ceux existants. Ainsi, la révision systématique du PRPI et des plans locaux doit être effectuée afin d'accroître constamment le niveau de préparation, qui sera valable et bénéfique pour plusieurs autres types de sinistres et de situations de crise. Le PRPI est un document à maintenir dans un processus dynamique de mise à jour. Le PRPI sera continuellement mis à jour par chaque responsable des volets et ultimement par le comité de coordination. Un rapport sur le suivi sera intégré au rapport annuel de l'Agence.

Quels sont les aspects légaux et éthiques à considérer?

Une pandémie d'influenza génère plusieurs préoccupations d'ordre légal et éthique. Les lois concernées principalement sont :

- Loi sur la santé et les services sociaux
- Loi sur la santé publique
- Loi sur la sécurité civile
- Loi sur la santé et la sécurité au travail
- Charte des droits et libertés de la personne

S'ajoutent à ces lois, les conventions collectives applicables dans les différents organismes impliqués. Par ailleurs, des guides d'interprétation et de réflexion seront rendus disponibles par le Ministère afin de soutenir les décideurs dans leur gestion en contexte de pandémie et énonceront les différents paramètres à considérer.

1.3 Une pandémie d'influenza

Objectifs de la section :

- ✓ Mieux comprendre le virus de l'influenza.
- ✓ Mieux comprendre l'émergence des pandémies.
- ✓ Mieux connaître les risques associés à l'influenza aviaire H5N1.

1.3.1 Virus d'influenza

- L'influenza, communément appelée la grippe, est causée par le virus influenza, un virus ARN à génome fragmenté de la famille des Orthomyxoviridae.
- Il y a trois types de virus influenza soit les types A, B et C.
- Seul l'influenza A, génétiquement instable, a le potentiel de muter et de causer des pandémies.
- Il existe des souches différentes du virus d'influenza A.
- Elles sont déterminées par des protéines retrouvées à la surface du virus : hémagglutinines (H1 à H16) et neuraminidases (N1 à N9).
- Transmission par :
 - o Contacts :
 - directs avec des sécrétions infectées.
 - indirects par le biais des objets contaminés par des sécrétions infectées.
 - o Gouttelettes : projetées à 1 mètre ou moins par toux ou éternuements.
 - o Voie aérienne : mode inhabituel et dans certaines circonstances particulières.
 - o Personnes asymptomatiques.
- Survie du virus :
 - o 5 minutes sur les mains.
 - o 8 à 12 h sur les vêtements et le papier.

- o 24 à 48 h sur les surfaces dures.
- Incubation : courte de 1 à 3 jours.
- Contagiosité : 24 h avant le début des symptômes et jusqu'à 7 jours après le début des symptômes.

1.3.2 De l'influenza humaine saisonnière à une pandémie d'influenza

Chaque année

- Le virus influenza subit des changements mineurs que l'on nomme des dérives antigéniques.
- Ce processus provoque les épidémies saisonnières d'influenza. Un vaccin est produit annuellement et ajusté selon les souches circulantes.
- À chaque saison, l'influenza peut affecter de 5 à 20 % de la population. Les populations vulnérables sont les personnes âgées, les jeunes enfants et les personnes présentant une maladie chronique. Au Québec, la grippe est responsable de 1 000 à 1 500 décès par an.

Environ trois fois par siècle

- Des changements majeurs, appelés cassures antigéniques surviennent et causent une pandémie d'influenza. Une pandémie est une épidémie à l'échelle mondiale.
- Lors d'une pandémie d'influenza, jusqu'à 50 % de la population peut être infectée. Il y a une augmentation des complications et de la mortalité. Cette augmentation peut atteindre la population en bonne santé.
- Les pandémies du 20^e siècle :
 - o 1918 - Grippe espagnole : H1N1, 20-40 millions de décès, surtout chez les 20-40 ans.
 - o 1957 - Grippe asiatique : H2N2, 2 millions de décès.
 - o 1968 - Grippe de Hong Kong : H3N2, 1 million de décès.

Figure 1- Comparatif de l'influenza saisonnière et pandémique

	<i>Épidémie d'influenza humaine saisonnière</i>	<i>Pandémie d'influenza</i>
Cause	Changements mineurs	Changements majeurs
Fréquence	À tous les ans	10 à 40 ans

	<i>Épidémie d'influenza humaine saisonnière</i>	<i>Pandémie d'influenza</i>
% population atteinte	5 à 20 %	Jusqu'à 50 %
Quand	Automne à la fin du printemps Pic janvier-février	N'importe quand Par vagues (1-2-3)
Immunité	Présente chez une partie de la population	Peu ou pas
Décès au Québec	1 000–1 500/an	Estimé à 8 500
Vaccin	Nouveau vaccin à chaque année: 1 dose	Probablement aucun avant 6 mois: 2 doses: Administration progressive selon groupes prioritaires
Antiviraux	Éclosions en CHSLD surtout	Pas pour tous Selon les groupes prioritaires

Conditions nécessaires au développement d'une pandémie

1. Nouveau virus capable d'infecter l'humain.
2. Virus pour lequel l'humain a peu ou pas d'immunité.
3. Virulence (morbidité, mortalité).
4. Virus se transmettant facilement de personne à personne.

1.3.3 Infection aviaire

- H5N1 chez les oiseaux : en évolution constante depuis 1997 et une augmentation des éclosions depuis 2004.
 - o Contrôle difficile
 - o Endémique en Asie
 - o Europe touchée depuis octobre 2005
- H5N1 chez les humains : H5N1 n'infecte pas facilement les humains. Le virus se transmet par des contacts avec des oiseaux infectés ou par des surfaces contaminées par leurs sécrétions et fientes.
- Nombre de cas et décès rapportés officiellement : www.who.int
 - o Les cas hospitalisés et diagnostiqués pourraient représenter la pointe de l'iceberg et non l'incidence réelle.

Enjeux clés sur le risque à retenir :

- Virus influenza A B C
 - o Nombreuses souches de A.
 - o H – N à virulence variable.
- Influenza saisonnière
 - o Morbidité et mortalité chez personnes vulnérables.
- Influenza aviaire : H5N1
 - o Expansion géographique chez les oiseaux.
 - o Peu de cas humains.
 - o S'il y a modification de la séquence génétique : risque de pandémie.

1.3.4 Le risque et les impacts

Il est opportun dans le cadre du PRPI de bien évaluer le risque d'une pandémie et par conséquent de sensibiliser les acteurs aux impacts potentiels d'une pandémie d'influenza. Les experts s'accordent à dire qu'il est impossible de prévoir spécifiquement la survenue d'une pandémie et encore moins son impact sur la population. Dans le contexte actuel, il est possible que la mutation permettant la pandémie se produise dans un pays d'Asie. Une émergence ailleurs dans le monde n'est cependant pas exclue.

Une grande problématique résulte de la difficulté à informer les cultivateurs et à imposer des mesures sanitaires de contrôle au sein des petits élevages dans les régions rurales de certains pays. Au niveau industriel : des milliers d'employés d'élevage sont mal protégés. Dans ces deux situations, il y a exposition accrue au virus H5N1 provoquant de nombreuses occasions de mutation.

À la suite de la mutation, il est possible que la virulence du virus soit différente de ce qui est observé actuellement avec le H5N1 d'où la difficulté de prévoir l'impact sur la population.

Impacts sur l'ensemble de la société

Les impacts pourraient affecter l'ensemble de la société. À titre d'exemple :

- En raison du volume et de la fréquence des voyages internationaux, l'activité pandémique se propagera rapidement sur toute la planète.

- La pandémie d'influenza affectera toutes les juridictions de sorte qu'il ne sera pas possible de compter sur de l'aide de juridiction extérieure.
- Il y aura des impacts directs et indirects sur le système de soins.
- Les impacts psychosociaux seront multiples et affecteront les individus, les familles, le monde du travail et les communautés.
- L'impact économique à l'échelle mondiale s'élèvera sans doute à plusieurs milliards de dollars.
- Cette crise sanitaire comporte un potentiel de perturbation sociale majeure.

Impacts sur le réseau de la santé

- Nombre important de malades qui nécessiteront une hospitalisation et un nombre important de malades à domicile alors que les effectifs du réseau de la santé connaîtront une pénurie de ressources.
- Augmentation de la demande de soins et de services.
- Absentéisme des ressources humaines.
- Difficultés potentielles d'approvisionnement : impacts chez les fournisseurs de produits essentiels.
- Maintien des soins et les services courants importants.
- Annulation, retardement gradué de soins électifs.
- Les médicaments spécifiques disponibles seront en quantités limitées.
- Le vaccin ne sera pas disponible lors de la première vague d'activité pandémique.

Prémisses de planification

Afin de constituer ce PRPI, différentes prémisses de planification ont été utilisées. Celles-ci sont basées sur les apprentissages effectués en regard des deux dernières pandémies et les données scientifiques existantes.

- On estime que le prochain virus pandémique sera présent au Canada dans les trois mois après son émergence ailleurs dans le monde; mais cela pourrait être plus tôt dû à l'augmentation du volume et de la vitesse des voyages aériens.
- Le premier pic de maladie au Canada surviendrait à l'intérieur de deux à quatre mois après que le virus soit arrivé au Canada.

- Le premier pic de mortalité serait un mois après le pic de maladie.
- On croit que si le virus pandémique arrive près de la saison annuelle habituelle de l'influenza, l'intervalle de temps serait court pour que le virus ait son maximum d'impact sur la population en termes de morbidité et de mortalité.
- Une pandémie se propage habituellement en deux vagues ou plus, dans la même année ou lors des saisons d'influenza successives.
- L'intervalle entre les vagues est de trois à neuf mois.

Scénarios d’impacts d’une pandémie d’influenza

- Les logiciels FluAid et FluSurge sont utilisés comme référence à l'ensemble du Québec, du Canada et dans certains autres pays.
- Un taux d'attaque de 35 % au cours de la première vague.
- La durée de la première vague sera de huit semaines.

Figure 2- Impacts estimés sur la population québécoise (En ajout aux nombres de cas courants)

	% approximatif	Province	Outaouais
Population totale		7 566 400	345 464
Malades	35 %	2 648 300	120 912
Demande de consultation	53 %	1 413 000	64 083
Morbidité hospitalière	1,29 %	34 000 Pic= 7693 en même temps	1 560
Létalité	0,31 %	8 575	375

Données agrégées des logiciels FluAid, simulation INSPQ (<http://www2a.cdc.gov/od/fluaid/>)

CHAPITRE 2- CONCEPT DE BASE

- 2.1 Grands objectifs**
- 2.2 Trois moments d'action**
- 2.3 Acteurs**
- 2.4 Principes d'action**
- 2.5 Portrait de la région**

Face à une pandémie d'influenza, le réseau de la santé et des services sociaux a pour mission :

Préserver la vie, la santé et le bien-être des citoyens

- Cette mission s'articule autour de 5 volets :
- protéger la santé de la population (santé publique);
 - soigner les personnes (santé physique);
 - assurer le bien-être psychosocial des personnes (intervention psychosociale);
 - offrir une information claire, valide et mobilisatrice (communication);
 - maintenir le fonctionnement du réseau (maintien des services).

Ces volets sont aussi importants les uns que les autres, et l'ordre dans lequel ils apparaissent n'indique aucune priorité de l'un par rapport à l'autre.

Dans le contexte d'une pandémie, les décisions doivent se prendre rapidement et se traduire par des gestes concrets auprès des personnes, des familles, des groupes et des communautés. Pour ce faire, le Ministère assume le leadership et la coordination de l'ensemble des interventions dites « santé » du réseau de la santé et des services sociaux. La ligne d'autorité alors en vigueur respecte un modèle de coordination du haut vers le bas communément appelé « top-down ».

Cette ligne d'autorité simple s'exerce du ministre aux agences et des agences aux établissements. La similitude des structures de gestion à chaque palier favorise la simplicité, la fluidité et l'efficacité de la ligne de commandement, et l'intégration de tous les volets dans un tout cohérent et concerté. L'unicité de direction caractérisera les canaux de communication et les prises de décision dans l'ensemble des activités.

Le concept de base guide les équipes de planification dans le choix des stratégies et des activités à déployer en lien avec les enjeux majeurs. De plus, il permet à tous les acteurs du réseau et à leurs partenaires d'acquérir une vision commune sur les orientations ciblées.

Le modèle propose un fil conducteur et permet de donner un sens au plan régional. Il est le fruit de la mise en commun du savoir des membres de l'équipe interdisciplinaire. Il a été élaboré à la lumière des apprentissages effectués, notamment en matière :

- de gestion de crises et de sinistres : par exemple, les leçons tirées du SRAS et de la crise du verglas;
- des meilleures pratiques recensées dans différents pays et présentes dans la littérature;
- des approches prônées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (notamment l'approche populationnelle et l'approche résultats) et le ministère de la Sécurité publique du Québec.

2.1 Grands objectifs

Cinq grands objectifs constituent le corps du concept de base tant en préparation, en intervention qu'en rétablissement :

Objectif A : Restreindre la transmission Contenir la transmission du virus entre les individus, dans tous les lieux, en surveillant le risque et en appliquant des mesures de protection telles que l'utilisation de barrières ou l'augmentation de la distance entre le risque et les personnes.
Objectif B : Atténuer la morbidité et la mortalité Minimiser les complications et les décès par la prise en charge rapide et au bon endroit et par le traitement efficace et efficient des individus atteints.
Objectif C : Assurer l'accessibilité aux services Assurer l'accès aux services essentiels en différant ou variant l'offre de services ou en augmentant l'ensemble des ressources.
Objectif D : Prévenir et limiter les perturbations sociales Prévenir et minimiser les comportements individuels ou collectifs susceptibles d'engendrer des perturbations sociales.
Objectif E : Prévenir et limiter les impacts psychosociaux Prévenir et minimiser les impacts psychosociaux de la pandémie afin d'assurer le bien-être de la population.

2.2 Trois moments d'action

Le concept de base prévoit trois grandes étapes : **la préparation, l'intervention et le rétablissement** qui trouvent une correspondance avec les périodes et phases établies par l'OMS. Tel qu'illustré dans le tableau, les étapes sont délimitées par des pointillés, ce qui signifie que les descriptions des moments de début et de fin sont à titre indicatif seulement et peuvent se chevaucher. L'initiation de certaines mesures de rétablissement pourrait se faire dans les creux de vague, en simultané avec celles des interventions. Il faut également comprendre que les étapes se déroulent dans une logique d'inclusion progressive. Les activités d'une étape peuvent se poursuivre selon une intensité plus ou moins grande lors de l'étape suivante. Les interventions en communication, en santé publique et au niveau psychosocial vont débuter en phase Alerte pandémique et s'intensifieront en phase pandémique. Les interventions pour les volets maintien des activités et santé physique seront activées en phase pandémique.

Figure 3 – Correspondance entre les étapes et les phases de l'OMS

Période	Phases OMS	Description	Étapes du PRPI (moments d'action)
Interpandémique	Phase 1	Aucun nouveau sous-type du virus de l'influenza détecté chez l'humain.	Préparation
	Phase 2	Comme ci-dessus, cependant un virus animal circule qui entraîne un risque important de maladie chez l'être humain.	Préparation
Alerte pandémique	Phase 3	Infection humaine avec un nouveau sous-type, sans transmission interhumaine ou tout au plus, celle-ci est rare et due à des contacts étroits et prolongés.	Préparation
	Phase 4	Comme ci-dessus, mais transmission interhumaine limitée et très localisée.	Préparation
	Phase 5	Comme ci-dessus, mais avec des grappes de transmission interhumaine.	Préparation
	Phase 6	Transmission soutenue augmente dans la population générale.	Intervention *
Post-pandémique		Retour à la période interpandémique.	Rétablissement

**Le déclenchement des activités est variable selon les volets et les thèmes. Plusieurs interventions sont mises en opération en période d'alerte pandémique. Se référer au tableau d'intervention.*

2.3 Acteurs

Dans le concept de base, les acteurs sont toutes les personnes qui, dans le cadre du PRPI, pourront contribuer activement à préserver la vie, la santé et le bien-être de la population. Bien préparé, chaque acteur est en mesure d'agir à son échelon, selon son rôle et ses caractéristiques, auprès de clientèles spécifiques ou auprès d'autres acteurs.

Figure 4 - Description et rôles des acteurs

Acteurs	Description	Rôles selon les caractéristiques	Clients de l'acteur
Les citoyens	Chacun des membres de la collectivité, avec ses aptitudes à pouvoir agir sur sa santé et son bien-être, en fonction de sa condition.	▪ Selon son degré d'autonomie ▪ Selon ses besoins ▪ Selon le contexte	▪ Soi-même
Les aidants naturels	Les personnes non rémunérées ayant à leur charge une ou plusieurs personnes ou pouvant leur porter assistance.	▪ Selon un lien affectif ▪ Selon un lien de proximité ▪ Selon un engagement personnel et volontaire	▪ Membres de la famille ▪ Voisins ou collègues ▪ Usagers/membre s/ citoyens/Cie ▪ Autres bénévoles
Les intervenants	Les personnes qui agissent en fonction de leurs compétences reconnues en échange d'une rémunération.	Dans le cadre d'activités essentielles : ▪ Comportant des risques élevés ▪ Comportant des risques faibles ▪ Dans le cadre d'activités de soutien	▪ Usagers ▪ Aidants naturels ▪ Autres intervenants ▪ Citoyens
Les décideurs	Les personnes qui sont en autorité sur des ressources humaines ou sur l'organisation des services à divers paliers.	Au sein d'un organisme offrant: ▪ Des activités d'urgence ▪ Des activités jugées essentielles ▪ Des activités jugées non essentielles	▪ Intervenants ▪ Aidants naturels ▪ Citoyens ▪ Clientèles spécifiques aux types d'organisations ▪ Partenaires

La plupart du temps, une personne cumule plusieurs rôles à la fois, en fonction, par exemple du lieu où elle se situe. Tout acteur constitue une partie intégrante d'une chaîne. Cette chaîne fonctionne selon une logique de « fournisseur-client » déployée avec la préoccupation principale de positionner le citoyen comme le client ultime. Ceci signifie qu'un acteur peut tantôt être un dispensateur de soins et de services à l'égard d'un autre acteur, tantôt un usager selon le moment ou le lieu.

2.4 Principes d'action

Trois principes devraient guider la conduite de tous les acteurs appelés à jouer un ou plusieurs rôles dans le cadre du plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza. Ces principes de base sont interdépendants et ont pour condition commune que chacun soit vigilant relativement à son propre état et à celui des autres et agisse en conséquence. L'articulation de ces principes est en concordance avec le concept de culture de sécurité civile prônée par le gouvernement du Québec, entre autres, dans le cadre de la Loi sur la sécurité civile (<http://www.msp.gouv.qc.ca/secivile/>).

- Le premier principe en est un de **protection** : face à un risque, qu'il soit réel ou perçu, actuel ou éventuel, se protéger, protéger les autres et encourager les autres à se protéger.
- Le deuxième principe en est un de **solidarité** : en situation d'urgence, porter assistance aux autres, demander de l'aide si la situation l'exige et encourager les autres à s'entraider, dans la recherche du bien commun.
- Le troisième principe en est un de **responsabilité** : en situation d'urgence, poursuivre ses activités essentielles ou prévoir le moyen de les suppléer, s'informer sur l'état de situation et sur les aspects nous touchant et voir à observer les consignes et les avis nous concernant.

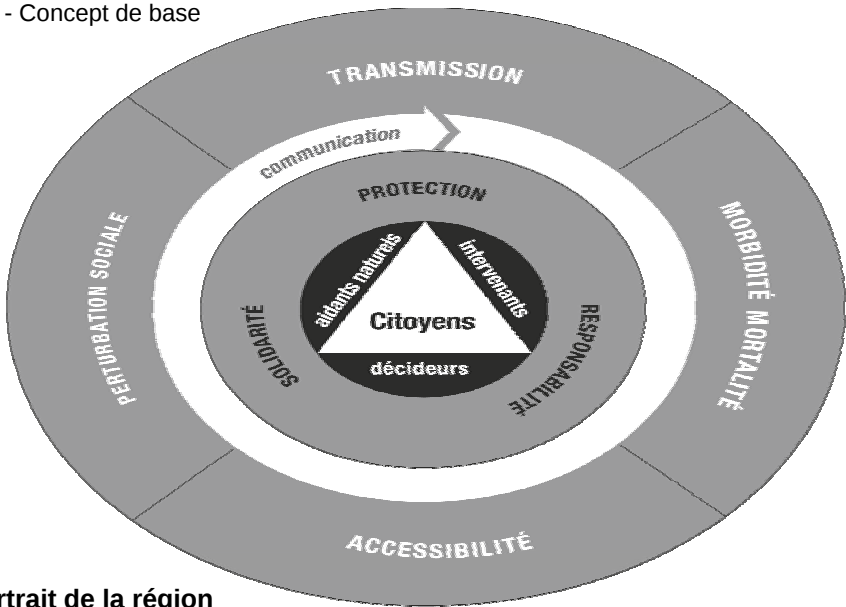
Les trois principes encouragent l'action, favorisant le passage du citoyen spectateur à celui d'acteur, d'un rôle passif à un rôle actif en situation d'urgence. En présence d'une bonne circulation de l'information sur l'état de situation et les risques présents, le passage à l'action, dans l'esprit des trois principes du concept, constitue un facteur important d'atténuation de l'insécurité et de l'incertitude individuelle et collective.

Le concept de base ainsi que ses composantes forment un tout cohérent. Au centre de l'image suivante, se loge une figure reprenant l'effigie de la Sécurité civile du Québec : un triangle blanc au sein d'un cercle noir où sont inscrits les acteurs. Un cercle gris contenant les trois principes d'actions complètent la figure.

Le citoyen occupe le cœur de la figure, étant au centre des interventions à titre de personne qui est concernée par la pandémie d'influenza, mais aussi comme premier acteur pouvant agir sur soi et sur son environnement. Dans son rôle, le citoyen est appuyé par trois catégories d'acteurs, l'aidant naturel, l'intervenant et le décideur, chacun dans son domaine et à son échelon.

Guidés par les principes de protection, de responsabilité et de solidarité, les acteurs sont en mesure d'agir face à la pandémie selon les quatre grands objectifs : restreindre la transmission, atténuer la morbidité et la mortalité, assurer l'accessibilité aux services et prévenir et limiter les perturbations sociales. Enfin, une circulation limpide et régulière de la communication entre tous les acteurs et à tous les échelons est le lien qui permet d'offrir une réponse concertée et efficace en situation de pandémie et ainsi de maximiser les efforts.

Figure 5 - Concept de base



2.5 Portrait de la région

En 2006, la population de la région socio-économique de l'Outaouais est estimée à 345 464 personnes. De ce nombre, 21 % ont moins de 18 ans, 67 % sont âgées entre 18 et 64 ans alors que 11 % ont 65 ans et plus. C'est en milieu rural que l'on retrouve les plus fortes proportions de personnes âgées de 65 ans et plus (plus de 15 % de la population totale) alors qu'en secteur urbain, la population est plus jeune (autour de 9 % d'aînés).

L'Outaouais couvre une superficie de 33 545 km². Elle est constituée de la Ville de Gatineau et de quatre municipalités régionales de comté (MRC). Le milieu rural s'étend sur un très vaste territoire et les déplacements routiers se font par des routes secondaires qui ralentissent les transferts et contribuent à l'isolement de certaines communautés.

La région de l'Outaouais a déjà comme défi de s'assurer d'une disponibilité adéquate de sa main-d'œuvre afin de maintenir l'accessibilité et la qualité des services. Différents indicateurs démontrent que la région de l'Outaouais fait face à une pénurie très importante dans différents titres d'emploi.

En Outaouais, 14,2 % de la population est d'expression anglaise et se concentre dans le territoire du Pontiac (53,5 %), des Collines (26,3 %) et de l'ouest de la Ville de Gatineau (15,9 %).

La population de la région de l'Outaouais (345 464 personnes) est répartie dans les cinq CSSS :

CSSS de Gatineau :	223 867
CSSS de Papineau :	51 014
CSSS des Collines :	30 261
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau :	20 447
CSSS du Pontiac :	19 875

Le réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

Le réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais comprend plusieurs établissements définis selon leur mission.

- Cinq centres de services de santé et de services sociaux
- Un centre hospitalier à vocation psychiatrique
- Trois centres de réadaptation et un centre jeunesse qui offrent des services aux cinq réseaux locaux

De plus, l'Outaouais compte :

- 174 organismes communautaires
- 480 médecins, dont 295 omnipraticiens et 185 spécialistes;
- Deux entreprises ambulancières

Chapitre 3 – Structures de coordination

3.1 Coordination du réseau

3.2 Coordination hors réseau

Une pandémie d'influenza a un impact important, non seulement au sein du réseau sociosanitaire, mais également dans tous les secteurs socioéconomiques de la collectivité. Ceci fait donc en sorte que la coordination doit s'exercer, non seulement en regard de notre réseau, mais aussi en fonction d'un certain nombre de partenaires hors réseau tant au niveau régional que local. En ce sens, les structures de coordination se divisent en deux sections distinctes : la coordination du réseau sociosanitaire public et la coordination avec les autres partenaires dont la contribution, parfois directe, parfois indirecte, à la mission santé, exige des arrimages particuliers.

3.1 Coordination du réseau

Mise en contexte

Bien qu'une pandémie d'influenza soit un problème majeur de santé publique, ses impacts sur les services de santé et les services sociaux touchent, à un moment ou un autre, tous les volets de la mission santé telle qu'inscrite dans le Plan national de sécurité civile. La gestion de cette problématique, tant en termes de planification que d'intervention, doit donc se réaliser à un niveau élevé de chaque organisation ministérielle, régionale ou locale, pouvant ainsi chapeauter toute la structure organisationnelle du réseau sociosanitaire. Dans un tel contexte, la structure de coordination interne du réseau adopte un modèle descendant « top-down » où les plans locaux sont des aboutissants du plan régional, lui-même découlant du plan ministériel contre la pandémie d'influenza (PMPI). La majorité des directives arrivent directement du Ministère et doivent être coordonnées par le niveau régional et appliquées par le niveau local. La similitude des structures de gestion à chaque palier favorise la simplicité, la fluidité et l'efficacité de la ligne de commandement et l'intégration de tous les volets dans un tout cohérent et concerté.

Le défi de la coordination du réseau est d'amener l'ensemble des intervenants de tous les paliers du réseau à travailler en équipe à l'atteinte d'un but commun : préserver la vie, la santé et le bien-être des citoyens. Il faut que chacun se sente imputable du résultat de l'ensemble, qu'il joue son rôle dans le

respect des autres en s'inscrivant dans une approche intégrée de l'ensemble des volets, sous une coordination assumée par le plus haut niveau possible.

Objectifs

- Se doter d'une structure de coordination verticale facilitant la circulation des directives ministérielles.
- Assurer l'intégration de tous les volets de la mission santé.
- Permettre une circulation fluide de l'information dans les deux sens.
- Assurer à tous les paliers une prise en charge de la responsabilité de planification et d'intervention au plus haut niveau.

Structure de coordination du réseau public

Le ministère de la Santé et des Services sociaux adopte, dans cette situation, une structure de coordination qui mobilise l'ensemble des directions ministérielles. Sur le plan stratégique, le sous-ministre associé est en charge de la cellule de gestion stratégique. Avec le directeur national de santé publique qui assume ces responsabilités légales et le soutien du directeur responsable du plan ministériel contre la pandémie d'influenza, de la directrice des communications et du coordonnateur ministériel de la sécurité civile, il prend les décisions stratégiques d'importance. Ses décisions sont exécutoires.

Le directeur responsable du plan ministériel voit à l'application de ces décisions en terme opérationnel avec une équipe dont les membres proviennent de chaque direction du ministère et couvrent l'ensemble des volets d'intervention de santé physique, de santé publique, de services psychosociaux, de communication et de maintien des services de santé et des services sociaux. Il est en lien également avec les présidents-directeurs généraux des Agences de la santé et des services sociaux pour leur transmettre les directives nécessaires et recevoir l'information des régions.

Le président-directeur général de l'Agence assume la responsabilité de la réponse du réseau sociosanitaire face à une pandémie d'influenza. Pour ce faire, il compte sur le soutien d'une équipe responsable de l'ensemble des volets à couvrir pour une réponse efficace et efficiente. Il préside un comité de gestion stratégique avec l'aide de la directrice de santé publique, laquelle est en lien avec le directeur national de santé publique, de la coordonnatrice régionale de sécurité civile, le directeur de la coordination du réseau et des ententes de gestion et le coordonnateur des communications. Lors des interventions, ce comité assume la prise des décisions régionales et l'application des stratégies nécessaires aux opérations pour répondre adéquatement aux besoins créés par le caractère

exceptionnel d'une pandémie d'influenza. Par ailleurs, le président-directeur général de l'Agence est aussi en lien direct avec les directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux de sa région et ce, dans le prolongement de la structure de coordination descendante. Il est aussi en lien avec les instances médicales comme la Département régional de médecine générale (DRMG).

La coordonnatrice régionale de sécurité civile assume la fonction coordination et s'assure de l'opérationnalisation des décisions stratégiques et ce, avec l'aide de son comité de planification et d'intervention (COPIN) composé de coordonnateurs pour chacun des volets de la mission santé :

1. santé publique
2. santé physique
3. services psychosociaux
4. maintien des services
5. communication

Ce comité est responsable, en situation normale, de la planification intégrée des mesures d'urgence et de la préparation des intervenants régionaux et des coordonnateurs locaux de sécurité civile aux différentes activités. En situation de crise, il assure la coordination régionale des interventions en matière de santé physique, de santé publique, de services psychosociaux, de communication et de maintien des services de santé et des services sociaux.

Au niveau local, le directeur général d'un établissement de santé et de services sociaux est responsable de la réponse locale à une situation de pandémie d'influenza et ce, dans le respect de la ou des missions dont son organisation est responsable. Les centres de santé et de services sociaux ont, de plus, une responsabilité particulière en matière de sécurité civile à titre de répondant du réseau sociosanitaire auprès des organisations municipales de sécurité civile de son territoire. Les cinq volets de santé et de services sociaux évoqués précédemment doivent faire un écho au niveau local. Le directeur général de chaque établissement du réseau s'appuie sur un comité de gestion stratégique composé des directeurs de l'organisation, du coordonnateur local de sécurité civile et d'une ressource en communication, si possible.

Le coordonnateur local assume la coordination et l'opérationnalisation des décisions avec l'aide de son comité de planification et d'intervention (COPIN) qui, à la dimension locale, a des responsabilités similaires au COPIN de l'Agence. Les établissements à vocation régionale et les centres hospitaliers s'inscrivent dans cette ligne de commandement au même titre que les autres établissements du réseau. La contribution attendue, outre celle de maintenir leurs services essentiels, est d'accorder un soutien à l'ensemble du réseau en fonction des champs d'expertise de leur personnel respectif, et ce, en concertation avec les CSSS des territoires qu'ils desservent.

3.2 Coordination hors réseau

La coordination avec les partenaires hors réseau concerne, d'une part, les organisations de sécurité civile et, d'autre part, les membres des réseaux locaux de services (RLS).

3.2.1 Coordination avec les partenaires

Mise en contexte

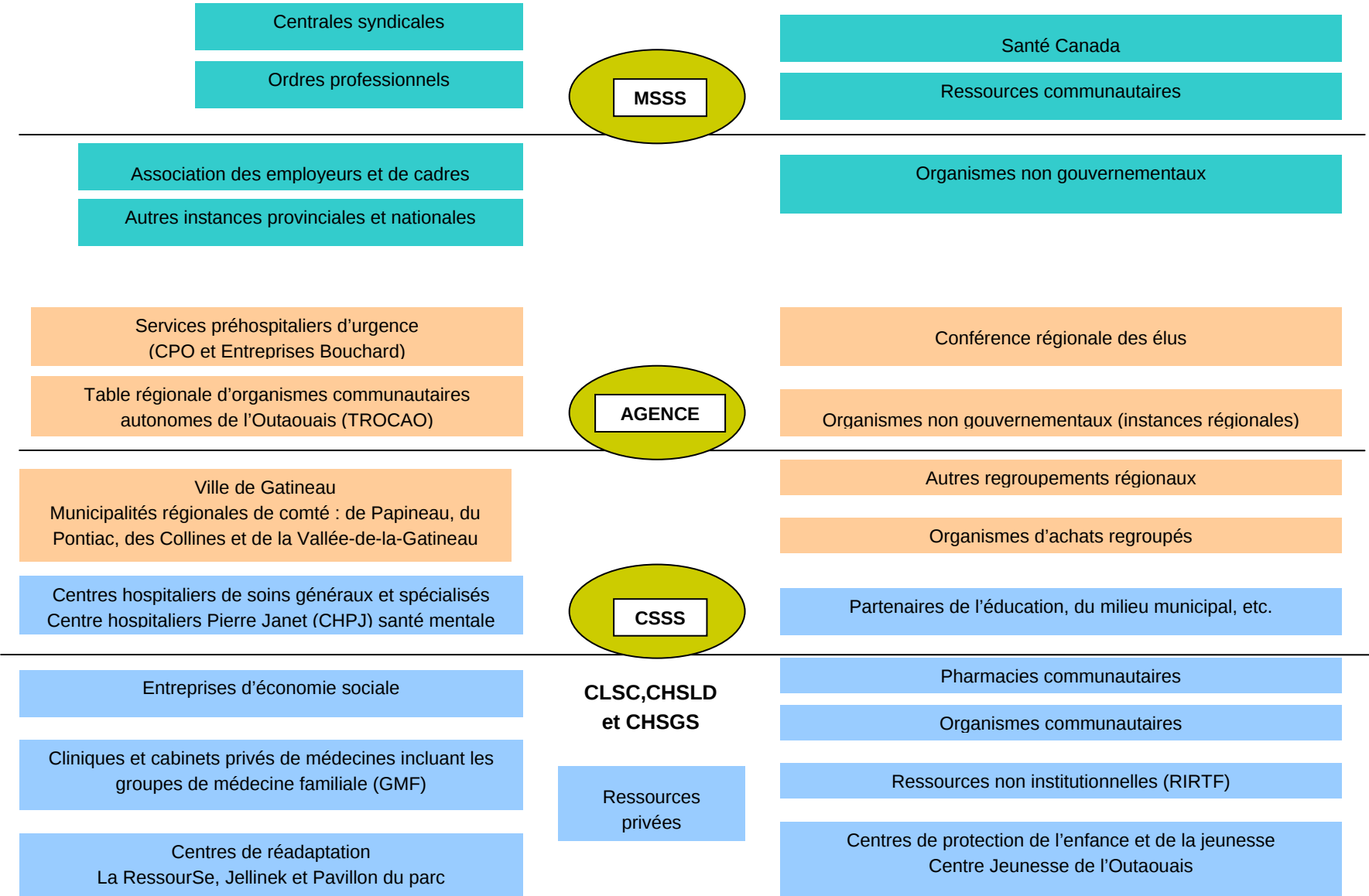
En temps normal, la collaboration entre le réseau de la santé et des services sociaux et plusieurs organisations ou entreprises, étroitement liées par la nature de leur mission respective, fait partie de leur quotidien. En situation de pandémie d'influenza, la nécessité d'une concertation avec les partenaires est encore plus évidente pour les organisations au sein des RLS. Ces partenaires proches du réseau sociosanitaire sont présentés dans les figures suivantes.

Le défi de concertation est de convenir avec l'ensemble de ces organisations d'une collaboration convenue provincialement, parfois régionalement, mais aussi localement, et d'une convergence des efforts pour répondre aux besoins de la communauté. Il faut que chacun se sente solidaire face au résultat attendu, qu'il joue son rôle dans le respect des autres partenaires en s'inscrivant dans une approche intégrée.

Objectifs

- Susciter la solidarité de l'ensemble des partenaires autant ceux dont les activités courantes impliquent une collaboration régulière avec le réseau dont particulièrement, les membres des réseaux locaux de santé et de services sociaux (RLS), que ceux pour qui ce rapprochement est nouveau ou inhabituel.
- S'assurer d'une coordination horizontale avec l'ensemble des partenaires du réseau au niveau local.
- Convenir des ententes nécessaires à une collaboration harmonieuse.

Structure de concertation avec les partenaires du réseau



3.2.2 Coordination avec les organisations de sécurité civile

Mise en contexte

L'émergence d'une pandémie d'influenza pourrait représenter une situation de crise majeure dont l'impact s'étend au-delà du réseau sociosanitaire et atteint l'ensemble des activités socioéconomiques de la population québécoise. En conséquence, plusieurs instances gouvernementales sont appelées à s'impliquer dans l'intervention et de ce fait, l'ensemble des partenaires de la sécurité civile au Québec.

Objectifs

- S'assurer d'une coordination verticale avec l'ensemble des partenaires de sécurité civile au niveau régional.
- S'assurer d'une coordination avec les organisations municipales de sécurité civile.
- Obtenir de nos partenaires de sécurité civile, un soutien spécifique aux interventions contre une pandémie d'influenza, lorsque requis.
- Convenir du soutien particulier, en matière de santé et de services sociaux et spécifique à une pandémie d'influenza, à accorder à nos partenaires de sécurité civile.

Structure de coordination avec nos partenaires de sécurité civile

Nonobstant la structure de coordination particulière adoptée par le ministère pour faire face à une pandémie d'influenza, les liens avec les partenaires de la sécurité civile demeurent les mêmes que ceux utilisés pour tout sinistre majeur. La figure suivante établit de multiples liens de coordination, d'information ou de concertation et ce, tant au niveau national, régional que local.

Le défi de la coordination est de s'assurer d'une compréhension adéquate par les organisations de sécurité civile, de l'importance des impacts socioéconomiques causés par une pandémie d'influenza dans tous les secteurs d'activités de la communauté québécoise, et plus particulièrement celle de l'Outaouais. Ceci afin de compter sur une prise en charge et une coordination de l'ensemble de la réponse par les instances responsables de sécurité civile.

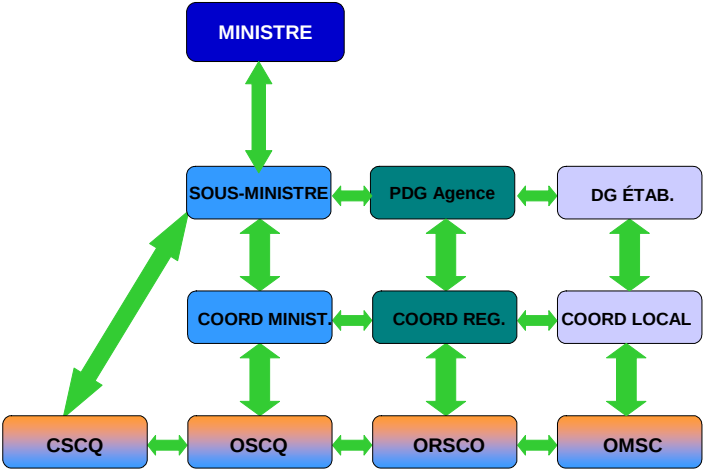
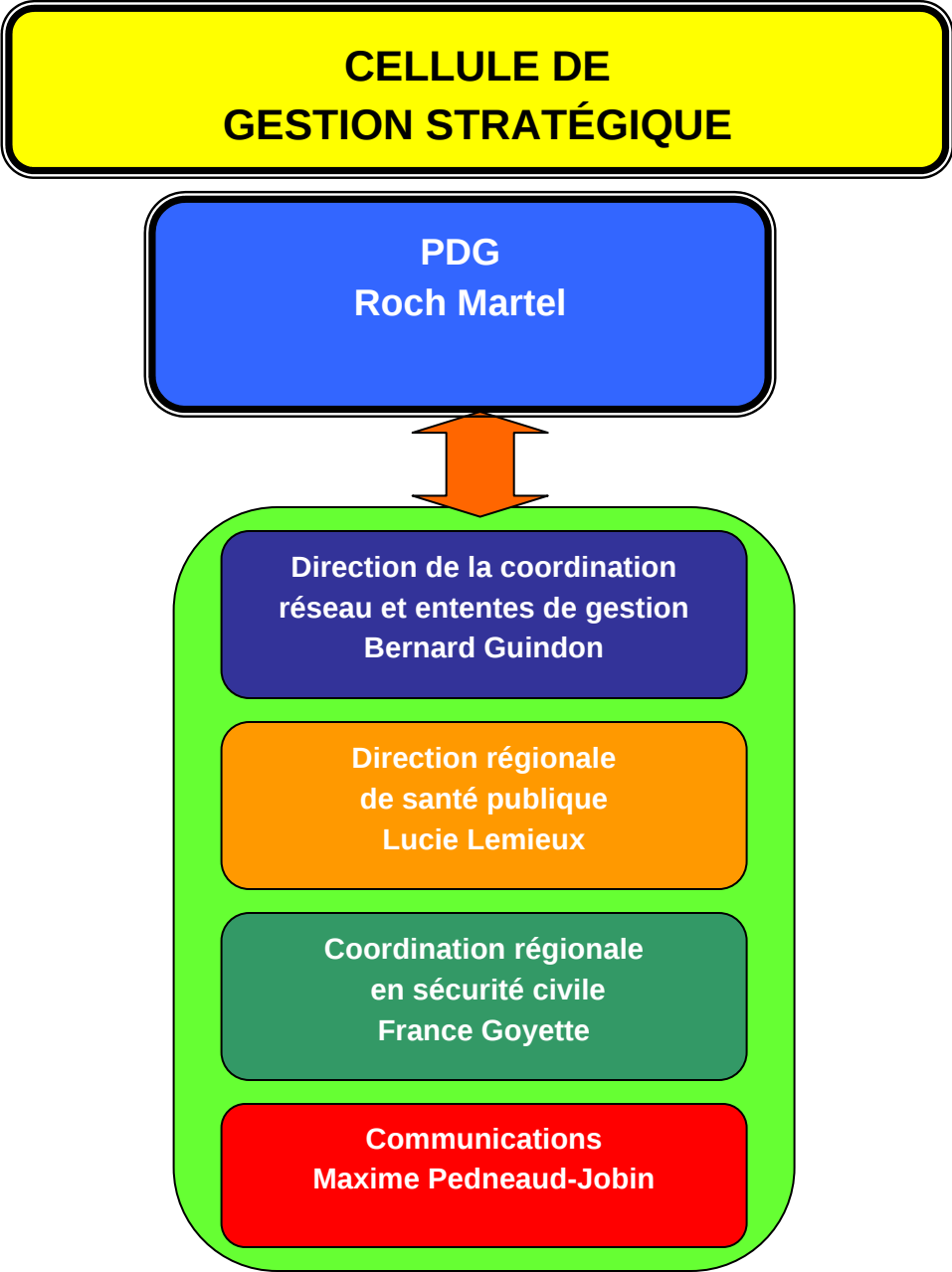
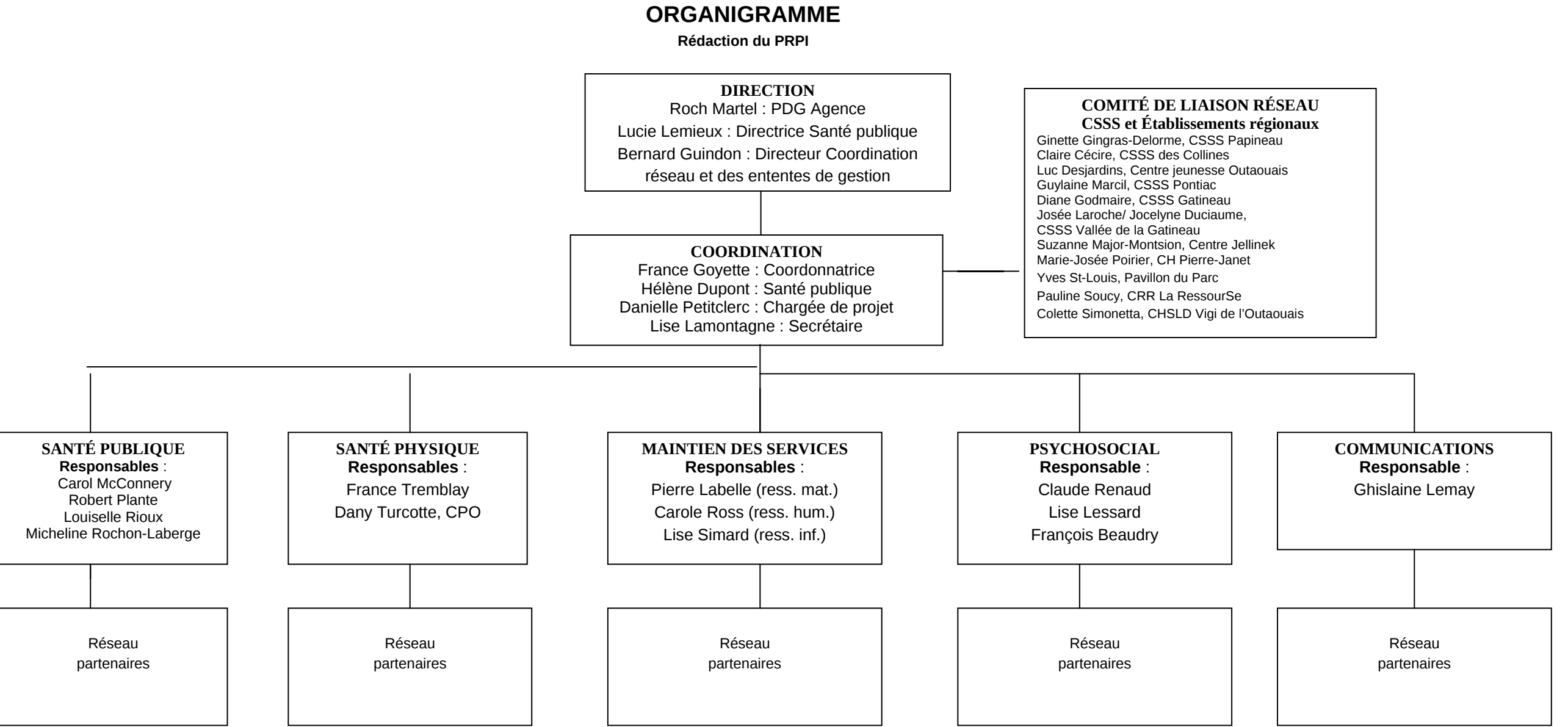


Figure 7

Figure 8





Carte de l'Outaouais



Chapitre 4 - Santé publique

4.1 Surveillance

4.2 Prévention des infections

4.3 Antiviraux en prophylaxie

4.4 Vaccination

4.5 Mesures générales

4.5.1 Gestion des cas et contacts

Précisions sur cette section

La section santé publique s'appuie sur les travaux réalisés ces derniers mois par l'ensemble du réseau (MSSS, INSPQ, Directions de santé publique). Plusieurs productions ont été réalisées par l'ensemble des groupes de travail.

1. Surveillance

Mise en contexte

La surveillance est définie comme un processus continu et intégré de cueillette, d'analyse et de dissémination des données virologiques et épidémiologiques permettant de guider l'action et d'en évaluer les impacts.

Il existe un système de surveillance qui permet de suivre l'activité grippale au Québec sur une base continue donc quelle que soit la phase pandémique. Les activités de surveillance doivent donc être modulées selon l'évolution de la situation épidémiologique de l'influenza et selon le niveau de menace de la pandémie.

Lorsqu'une pandémie d'influenza deviendra imminente, les besoins en matière de données de surveillance seront accrus et pressants et le nombre de clients (individus et organisations) intéressés à obtenir et exploiter ces données se multipliera. Dans le contexte de préparation à la pandémie, il est donc souhaitable, voire nécessaire, que soit mis en place un véritable système intégré et automatisé qui permette une consultation des données en temps réel et une analyse intégrée et globale pour soutenir l'intervention à chaque phase du plan de pandémie. Ce système est en cours d'élaboration au niveau provincial.

Les activités de monitoring et de surveillance liées aux antiviraux, à la vaccination et aux mesures de santé publique se retrouvent dans les sections respectives de ce chapitre. La surveillance pour les

antiviraux en traitement est présentée au chapitre 5.5 et celle pour les problèmes psychosociaux se retrouve au chapitre 6.

Objectifs

- En contexte d'alerte pandémique (phases 3 à 5 de l'OMS), la surveillance permet de détecter précocement les conditions pouvant mener à l'émergence d'une pandémie et permet aussi de détecter rapidement les premiers cas.
- En période pandémique (phase 6 de l'OMS), la surveillance vise à guider et ajuster l'ensemble des interventions de lutte contre la pandémie dans la région, à titre d'exemple :
 - o Identifier les phases de la pandémie - début et fin de vague.
 - o Identifier les groupes à risque notamment pour les antiviraux (chimio prophylaxie et traitement) et la vaccination.
 - o Détecter les agrégats, éclosions et zones géographiques les plus touchées.
- En contexte de rétablissement (phase post-pandémique) les objectifs de la surveillance seront d'évaluer l'impact de la pandémie, d'évaluer l'efficacité des mesures préventives et d'évaluer le système de surveillance.

2. Prévention des infections

Mise en contexte

La pierre angulaire de la prévention des infections est le **lavage des mains**. Pour diminuer la transmission de l'influenza, nous devons éviter de toucher nos yeux, notre nez et notre bouche avec les mains. Idéalement, on devrait tousser dans un mouchoir jetable et se laver les mains. Si c'est impossible, on se couvre la bouche avec la partie supérieure et interne du bras (et non avec l'avant-bras).

La table régionale de prévention des infections nosocomiales, ainsi que les microbiologistes et les comités de prévention des infections des établissements sont des partenaires essentiels dans la mise en œuvre de ce volet.

En période interpandémique (phases 1 et 2 de l'OMS), renforcer l'application des pratiques de base et des précautions additionnelles. Dans les salles d'attente, mettre en place l'étiquette respiratoire.

En période d'alerte pandémique (phases 3, 4 et 5 de l'OMS), face à un cas suspect de MRS (type grippe aviaire ou pandémique ou type SRAS), appliquer les précautions additionnelles pour prévenir la transmission aérienne.

En période pandémique (phase 6 de l'OMS), les pratiques de base sont toujours de mise en plus d'appliquer les précautions additionnelles pour prévenir la transmission avec les cas d'influenza pandémique. Les précautions additionnelles seront ajustées en fonction de l'épidémiologie et des modes de transmission qui seront identifiés avec la souche pandémique. Ces recommandations émaneront du CINQ. En cours de pandémie, il se peut que les fournitures permettant l'application des mesures de prévention des infections ne soient plus disponibles, le seul moyen sera alors le **lavage des mains**.

Objectifs

La prévention des infections, vise par des recommandations et des mesures à mettre en place, à réduire le risque de transmission des infections aux travailleurs de la santé, aux patients des établissements ainsi qu'à la communauté.

4.3 Antiviraux en prophylaxie

Mise en contexte

La stratégie antivirale n'est pas établie définitivement. Des discussions ont encore cours entre les experts de différents milieux pour décider de la meilleure stratégie. La taille de la réserve actuelle est suffisante pour traiter 20-25 % de la population soit traiter la majorité des cas cliniques, réduire les hospitalisations de 50 – 77 %, réduire l'utilisation des antibiotiques de l'ordre de 50 %. Une certaine quantité pourrait être utilisée pendant les phases 3, 4, 5 et au tout début de la pandémie pour contenir la propagation du virus influenza.

Les antiviraux ne sont pas considérés comme une panacée : leur efficacité est limitée, la résistance est possible, leur homologation est limitée, la quantité disponible est limitée, les effets secondaires sont très « acceptables », mais on ignore leurs effets s'ils sont utilisés sur une longue période de temps, l'expérience est inexistante dans un contexte pandémique. Mais leur utilité et leur efficacité ont été prouvées en traitement et en prophylaxie post-exposition pour gérer des éclosions dans des CHSLD et dans des familles avec des personnes vulnérables. Malgré tout, il ne faut pas conclure d'emblée qu'il n'y a pas de volonté d'utiliser la prophylaxie sur une base élargie pour protéger les travailleurs de la

santé. La décision n'est pas encore prise. Elle devra tenir compte de la gestion du risque et des besoins pour maintenir les services de santé et les services essentiels.

Un autre élément important est que la gestion des antiviraux sera sous la responsabilité de la santé physique ce qui est différent de ce qui avait été prévu initialement. Cela explique pourquoi cette section concernant l'utilisation des antiviraux en prophylaxie est actuellement incomplète et qu'elle évoluera selon les décisions qui seront prises par les autorités sanitaires.

La majorité des activités du tableau 16 proviennent du document *La mise sur pied d'un point de distribution d'antiviraux en prophylaxie* (lire «POD prophylaxie» dans les tableaux, colonne Outils). Ce document sera disponible en version document de travail d'ici mars 2006.

Objectifs

- En période inter-pandémique, contrôler les éclosions en CHSLD.
- Pendant les phases 3, 4, 5 et au début de la phase 6, contenir la propagation de l'épidémie. (Pendant la pandémie, contribuer à maintenir en place les services de santé dans les établissements de soins et les services essentiels si la décision est prise d'utiliser les antiviraux sur une base plus large).

4.4 Vaccination

Mise en contexte

La vaccination demeure l'outil le plus important pour réduire l'impact d'une pandémie. Malheureusement, un vaccin contre la souche pandémique ne sera pas disponible avant quelques semaines ou mois après le début de la pandémie.

Objectifs

La vaccination contre la souche pandémique permet de prévenir et diminuer la morbidité (complications) et la mortalité.

- En période interpandémique (phases 1-2 de l'OMS) : une augmentation du taux de vaccination contre la grippe saisonnière permet aux compagnies productrices du vaccin de développer leurs infrastructures et de hausser leurs capacités de production. Une augmentation du taux de vaccination contre le pneumocoque chez les groupes à risque permet de réduire l'incidence et la gravité d'une des complications de l'influenza, soit la pneumonie bactérienne à pneumocoque.

- En période d'alerte pandémique (phases 3-4-5 de l'OMS) :
 - o Vacciner avec le vaccin antigrippal saisonnier les travailleurs exposés aux oiseaux atteints de grippe aviaire et les contacts étroits des premiers cas afin de diminuer le risque de co-infection et de réassortiment génétique.
 - o Vacciner avec le vaccin pandémique (si disponible) pourrait permettre de contenir l'infection à une zone géographique donnée.
- En période pandémique (phase 6 de l'OMS) :
 - o Au début, vaccination à petite échelle selon les groupes prioritaires.
 - o Puis vaccination de masse, dont la durée est évaluée à 4 mois et inclus la nécessité d'avoir 2 doses de vaccins pour acquérir une immunité adéquate.

4.5 Mesures générales de santé publique

Mise en contexte

À l'image de nombreuses stratégies d'interventions en santé, l'efficacité des mesures de santé publique visant le contrôle de la maladie dans la communauté n'a pas été bien étudiée ou rapportée dans la littérature scientifique. Les recommandations sont principalement basées sur des consultations auprès d'experts (Public health measures for pandemic influenza, Interim Guidelines, version 1 : March 8, 2005).

L'implantation de ces mesures ne se fera pas nécessairement de façon simultanée dans toutes les régions, car leur déclenchement est parfois fonction de la situation épidémiologique locale, mais les types de mesures et les messages de santé publique doivent être cohérents et arrimés (Public health measures for pandemic influenza, Interim Guidelines, version 1 : March 8, 2005).

Objectifs

- Minimiser la morbidité et la mortalité associée
- Prévenir et limiter les perturbations sociales
- Freiner la transmission
- Limiter la transmission (prévenir des cas secondaires)

4.5.1 Gestion des cas et contacts

Mise en contexte

Une intervention proactive et soutenue sera particulièrement appropriée en période d'alerte pandémique (phase 3-4-5) et possiblement au tout début de la pandémie (phase 6). C'est seulement dans le contexte d'un nombre limité de cas que des interventions intensives à l'échelle individuelle auprès des premiers cas et contacts seront réalistes et seront aussi susceptibles d'avoir un certain impact. Elles pourraient permettre de ralentir la progression de la maladie et accorder un délai nous permettant d'accroître notre production de vaccins et d'améliorer l'implantation du plan de lutte contre la pandémie d'influenza.

Il faut donc retenir les deux aspects suivants :

- a. La gestion individuelle des premiers cas et contacts (identifié GICC dans les tableaux ici-bas) sera déclenchée par le signalement des premiers cas via le système de surveillance.
- b. La gestion populationnelle des cas et contacts (identifié GPCC) sera déclenchée par l'atteinte du seuil de rupture de la capacité de gestion individuelle des intervenants de santé publique. Mais aussi par la propagation rapide du virus dans la communauté rendant cette mesure inopérante.

Objectifs

- Ralentir la transmission de l'influenza au sein de la population.
- Prévenir les cas secondaires.
- Prévenir ou réduire la perturbation du système de santé en diminuant la demande en services de santé pour une période de temps limitée pour être éventuellement en mesure de faire face à un niveau de demandes élevé et gérable sur une période de plusieurs semaines.
- Réduire la désorganisation sociale en permettant l'implantation d'autres mesures de contrôle (vaccin et antiviraux) à un plus grand nombre de personnes.

Chapitre 5 - Santé physique

5.1 Autosoins

5.2 Services à domicile

5.3 Service Info-Santé / Info-Sociale

5.4 Services préhospitaliers d'urgence

5.5 Prestation de services et priorités de soins

5.6 Traitement aux antiviraux

5.7 Sites non traditionnels de soins

5.8 Disposition des dépouilles

Comme la forte majorité des personnes infectées lors d'une pandémie (phase 6) n'éprouvera pas de complications sérieuses, toutes les actions pouvant être mises de l'avant pour agir en amont du réseau seront appliquées. Pour ce faire, l'ensemble des partenaires travaillant en première ligne, tant ceux du réseau que hors réseau, devront y contribuer. À titre d'exemple, les médecins exerçant en cabinets privés seront des acteurs clés pour agir en amont du réseau. Également, des communications publiques de masse et un service de réponse téléphonique efficace permettront à la population de mieux s'orienter.

Les populations vulnérables, les personnes seules n'ayant aucun soutien de proches ou d'aidants naturels seront inscrites à un service de maintien à domicile spécifique pour s'assurer de leur état de santé ou pour prioriser leur admission, si nécessaire. En troisième lieu, toute la chaîne d'intervention préhospitalière sera consolidée et coordonnée en fonction des dernières informations et de la situation dans les établissements. Un corridor parallèle de transport des patients pourrait être appliqué. En quatrième lieu, les centres hospitaliers et les CSSS pourraient devoir rationaliser leur offre de service et suspendre ou retarder certaines activités dans un ordre déterminé. L'implication des médecins généralistes et spécialistes sera un facteur déterminant pour la dispensation des services dans les établissements.

Enfin, des sites non traditionnels de soins pourraient être déployés selon l'ampleur de l'événement et les nécessités de prise en charge. Bref, le volet santé physique doit comprendre la stabilisation et le transport des patients vers les lieux de traitement appropriés, l'accueil des patients, l'offre de services de consultation en coordination avec les cliniques médicales et les cabinets privés et l'accessibilité des médicaments et produits pharmaceutiques.

5.1 Autosoins

Mise en contexte

Dans la mesure où le réseau de la santé devra effectuer un triage intensif et réduire au maximum la présence dans les établissements des patients n'étant pas gravement malades et n'ayant reçu aucune indication concernant un risque particulier, la population sera invitée à demeurer à domicile et devra bien comprendre les raisons et les motivations sous-jacentes aux directives prévalant dans une telle situation exceptionnelle. Un guide d'autosoins sera élaboré et rendu disponible à la population.

Le MSSS sera diffusé et traitera des moyens à prendre pour prévenir la propagation de l'influenza et pour traiter les symptômes tout en diffusant de l'information générale. Ce guide aidera la personne à décider à quel moment solliciter le réseau et quand demeurer chez soi.

Objectifs

- Mettre en place les conditions permettant aux personnes malades mais stables de demeurer à domicile.
- Favoriser la capacité des personnes à se prendre en charge.
- Habilitier et soutenir les aidants naturels.
- Prendre en charge au bon moment les personnes dont l'état de santé se dégrade.

5.2 Services à domicile

Mise en contexte

D'entrée de jeu, il est important de mentionner qu'il est entendu dans le canevas de base que le maintien spécifique à domicile réfère à toute personne dont les caractéristiques symptomatiques correspondent à celles d'un cas d'influenza pandémique et qui demeure à domicile de son propre choix ou est invitée ou contrainte (confinée) à demeurer à domicile. L'état de santé de cette personne est stable et ne requiert pas qu'elle soit accueillie en établissement. Dans certains cas, la situation implique qu'un proche ou aidant naturel se rende responsable de demeurer auprès de la personne malade et d'assurer le suivi en cas de détérioration de l'état de santé de la personne.

La notion de soutien régulier à domicile fait référence aux services auprès des usagers qui reçoivent couramment les services de soutien à domicile des CSSS. Ces services peuvent être offerts par le personnel du CSSS, des entreprises d'économie sociale, des organismes communautaires et des travailleurs de gré à gré.

Le constat est à l'effet que les services de soutien régulier à domicile ne pourront répondre à la demande habituelle et à la demande générée par le maintien spécifique. Il est donc nécessaire de structurer « une réponse » où l'ensemble des partenaires tels que les organismes à but non lucratif, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les bénévoles seront tous amenés à contribuer. Concernant la mise en place d'un système téléphonique de base pour soutenir les personnes demeurant à domicile, des dispositions seront prises selon les directives ministérielles et un arrimage est à faire avec le service Info-Santé/Social.

Objectifs

- Assurer la sécurité des personnes atteintes d'influenza et qui sont confinées à domicile.
- Offrir des services adéquats aux personnes atteintes qui le requièrent.
- Maintenir un niveau de service adéquat aux personnes qui reçoivent du soutien régulier à domicile.

5.3 Service Info – Santé / Info - Social

Mise en contexte

Dans le contexte de personnes infectées, malades, mais dont l'état de santé ne se dégrade pas, particulièrement en ce qui concerne les personnes seules, l'accès facilité et rapide au service d'Info-Santé/Social ou à un service spécifique à la pandémie s'avère être une mesure incontournable. Il est clair que le service Info-Santé/Social jouera un rôle majeur lors de la pandémie mais, à l'instar des autres services du réseau, il pourrait être rapidement débordé et affecté par un fort taux d'absentéisme de son personnel. Par conséquent, deux solutions seraient possibles. La première passe par un rehaussement important des effectifs au service Info-Santé/Social en période de pandémie. Compte tenu du nombre d'appels potentiels et de l'impératif de maintenir les activités du réseau, la deuxième solution consiste à mettre en place ou à utiliser un autre service téléphonique pouvant exercer un premier filtre des questions de la population et orienter les personnes vers la ressource appropriée. Peu importe le système téléphonique utilisé, il est impératif qu'il y ait une répartition préalable des appels.

En ce qui concerne particulièrement Info-Social, plusieurs régions du Québec (8) ont développé ce service. Les deux services auront à travailler en forte complémentarité. Pour les régions qui n'ont pas de service spécifique Info-Social, il y aurait lieu d'intégrer un intervenant psychosocial à l'équipe d'Info-Santé. Les aspects spécifiques concernant Info-Social seront traités dans le volet psychosocial du canevas de base.

Objectifs

- Assurer à la population un accès téléphonique rapide pour les besoins physiques et psychosociaux reliés à la pandémie.
- Se doter d'un système d'information de gestion des appels.

5.4 Services préhospitaliers d'urgence (SPU)

Mise en contexte

Les différents maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière, notamment les centres de communication santé, les centrales d'appels d'urgence, les services de premiers répondants et les services ambulanciers, seront appelés à jouer un rôle crucial en contexte de pandémie. Évidemment, ces secteurs d'activités subiront également les pressions dues à la pénurie de ressources humaines. Il faut donc prévoir des mesures de protection spécifiques considérant le niveau d'exposition du personnel et leur implication dans les modalités de gestion du confinement.

Parallèlement, il y aura possiblement matière à prioriser les personnes malades, en confinement volontaire, dont l'état de santé se dégrade. Également, les premiers répondants et les techniciens ambulanciers pourraient être avisés lorsqu'une personne demandant une intervention d'urgence est suspectée d'être infectée par l'influenza pandémique ou inscrite sur la liste des personnes confinées pour qu'ils puissent appliquer les mesures de protection personnelle nécessaires ainsi que prendre adéquatement en charge la personne concernée.

En somme, les SPU verront la demande pour leurs services augmenter considérablement en situation de pandémie d'influenza et ils doivent se préparer, avec leurs partenaires, à rapidement effectuer l'identification des cas nécessitant une prise en charge immédiate versus les malades pouvant être invités à demeurer à domicile ou orientés vers d'autres ressources (SNT ou autre site jugé approprié selon les recommandations en vigueur).

En conséquence, il est probable que les transferts interhospitaliers devront être coordonnés et organisés selon des modalités différentes en situation de pandémie.

Objectifs

- Prévoir des mécanismes pour faire face à l'augmentation des activités.
- Assurer la coordination de tous les maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière.
- Prévoir des moyens de transport alternatif.

- Implanter le système médicalisé de priorisation des appels (MPDS-Clawson) et par la suite l'adapter à la pandémie.
- Orienter les malades vers les ressources appropriées.
- Assurer la protection des intervenants
- Assurer un approvisionnement adéquat des médicaments et fournitures spécifiques.

La Coopérative des Paramédics de l'Outaouais dessert l'ensemble de la région à l'exception de la partie sud du Parc de La Vérendrye et de la réserve du Lac-Rapide qui reçoivent les services des Entreprises Yvon Bouchard & Fils Inc..

5.5 Prestation de services et priorités de soins

Mise en contexte

L'activité pandémique de l'influenza au Québec laisse présager une augmentation de la demande de soins et un taux d'absentéisme possiblement important dans tous les secteurs d'activités, y compris celui de la santé. Par conséquent, en période de pandémie, certains soins et services devront être délestés ou encore retardés. Par souci d'équité et de justice, il apparaît essentiel que la même rationalité soit appliquée dans tous les établissements. Des principes déterminés en fonction du niveau de congestion du réseau devront être mis en application. Les médecins généralistes et spécialistes devront être mis à contribution pour établir ces principes de rationalisation des services. Une priorité de soins menée sans orientation générale deviendrait ingérable sur le plan des communications et engendrerait des facteurs d'instabilité sur le plan de la coordination, de la circulation de patients et de la gestion des ressources. Il faudra, autant que faire se peut, anticiper les impacts d'un pareil bouleversement sur le fonctionnement régulier des établissements et prévoir des mesures réintroduisant de manière progressive les activités normales.

L'organisation des soins et services doit prévoir les trajectoires de soins à toutes les étapes, du domicile aux centres hospitaliers, incluant l'organisation des services de première ligne, d'hébergement et des sites non traditionnels s'il y a lieu. Il faudra faire appel à du personnel alternatif ou bénévole, aussi une coordination des interventions est essentielle et une hiérarchisation adaptée à la situation est à définir dans le contexte de pandémie.

Objectifs

- Réduire l'excès de morbidité et de mortalité résultant de l'influenza pandémique.
- Rationaliser les capacités de soins des établissements et du réseau en priorisant des services.
- Assurer le maintien des activités cliniques permettant de répondre à toutes les urgences.
- Uniformiser la prestation de services aux patients atteints en appliquant des guides et protocoles de soins pour l'influenza.

5.6 Traitement aux antiviraux

Mise en contexte

Les antiviraux, communément appelés médicaments antigrippaux, sont considérés efficaces dans le traitement et la prophylaxie de l'influenza. En période d'alerte pandémique, lors de la survenue des premiers cas humains d'influenza aviaire ou causée par une souche d'influenza complètement nouvelle, l'utilisation d'antiviraux peut servir à prévenir ou retarder le développement ou la propagation d'un virus ayant un potentiel pandémique. En situation de pandémie, les antiviraux peuvent, surtout en l'absence d'un vaccin contre la souche pandémique, contribuer à diminuer la morbidité et la mortalité et contribuer au maintien des services.

L'utilisation prophylactique des antiviraux s'inscrit dans le volet santé publique de ce plan. Le présent thème abordera le rôle et l'utilisation des antiviraux dans le traitement des personnes infectées par l'influenza lors d'une pandémie. Afin d'utiliser de façon optimale les antiviraux, les prescripteurs devront respecter les indications cliniques, la posologie préconisée ainsi que les priorités de traitement établies. À cet égard, les pharmaciens d'établissements et les microbiologistes infectiologues devront assurer un rôle de vigie. L'utilisation d'antiviraux pourrait ralentir fort probablement la propagation de l'influenza. Dans ce contexte, il serait pertinent d'offrir un traitement aux antiviraux aux premiers cas d'influenza et d'administrer une prophylaxie aux contacts surtout dans le cas d'une infection sévère et que la transmission interhumaine est prévisible. Toutefois, dès que le nombre de cas augmentera de façon significative, cette pratique de traitement des premiers cas sera abolie et remplacée par la stratégie qui aura été adoptée pour l'utilisation des antiviraux au Québec et probablement au niveau du Canada.

Objectifs

- Planifier la distribution et l'administration des antiviraux en traitement selon la stratégie adoptée et les lieux de dispensation des services.
- Assurer le respect de la priorisation des groupes cibles en traitement.
- Connaître les mécanismes d'accès et de gestion des réserves prévisionnelles d'antiviraux.

- Identifier les problématiques particulières aux traitements aux antiviraux (ex : effets secondaires, résistance, etc.)

5.7 Sites non traditionnels de soins

Mise en contexte

Compte tenu du nombre élevé de personnes qui auront recours à une consultation médicale et du nombre important de patients qui nécessiteront possiblement une hospitalisation, des mesures ont été envisagées pour permettre au système de santé de répondre aux besoins engendrés par la pandémie et pour maintenir ses autres activités urgentes. Ces mesures comprennent notamment la réduction et l'annulation d'activités électives, la fermeture de salles d'opération, des restrictions sur les visites en clinique externe et en dernier recours la mise sur pied de sites non traditionnels de soins (SNT). Par SNT, on entend un site qui n'est pas habituellement un lieu de soins de santé reconnu ou dont la mission n'est pas de dispenser des services externes ni d'hospitalisation de courte durée. Il peut être situé à l'intérieur des murs de l'établissement, en respectant certains critères, ou à l'extérieur de ses murs. La décision d'identifier des SNT (emplacement) et de les utiliser relèvera du MSSS, conjointement avec les agences. Les soins dispensés dans les SNT devraient se limiter à l'évaluation et aux soins de soutien aux personnes grippées. Les personnes atteintes de maladies immunosuppressives ou transmissibles autres que l'influenza ne doivent pas y être admises. Les SNT doivent être considérés comme faisant partie du CSSS ou d'un CH. La gestion du SNT relèvera donc du CSSS ou d'un CH désigné. Les médecins et pharmaciens œuvrant au SNT seront membres du CMDP du CSSS ou du CH désigné.

Objectifs

- Prévoir un plan de déploiement et d'opération des SNT.
- Produire les outils nécessaires au déploiement et au fonctionnement des SNT.
- Assurer la coordination entre les établissements et les SNT.
- Coordonner la mise en place des SNT afin d'assurer une cohérence d'intervention, d'accès aux ressources d'urgences et d'accès à un personnel alternatif.

5.8 Disposition des dépouilles

Mise en contexte

En situation de pandémie, la disposition des dépouilles implique toute une série d'activités incluant l'accélération des procédures administratives dont la constatation médicale du décès. En tenant compte des liens établis avec les associations d'entreprises du secteur funéraire, les agences devront s'assurer que les entreprises funéraires de leur région auront développé des plans de continuité d'affaire appropriés au contexte régional de la pandémie. Les agences devront également s'assurer que les lieux de prise en charge des dépouilles seront bien indiqués aux entreprises.

Objectifs

- Distinguer les aspects légaux et les aspects sociosanitaires conditionnant la réalisation d'un plan de gestion des dépouilles.
- Assurer les liaisons et la coordination entre les services de soins visant l'accélération du traitement des dépouilles et permettant de libérer les lits des établissements et des SNT.

Chapitre 6 – Services psychosociaux

6.1 Fonction de coordination des services psychosociaux

6.2 Repérage psychosocial

6.3 Interventions psychosociales

6.4 Supervision clinique

6.5 Fonction conseil

L'élaboration de cette section a été effectuée à la lumière des travaux réalisés par l'équipe du Ministère.

Une pandémie d'influenza affectera les personnes non seulement dans leur intégrité physique, mais également dans leur dimension psychosociale. Les impacts psychosociaux de la pandémie seront de tout ordre : individuel, familial, social, financier, travail, environnemental et communautaire. Les services psychosociaux habituels devront être adaptés et les plans locaux et régionaux devront en tenir compte.

Les impacts psychosociaux se feront sentir non seulement chez les personnes malades mais également chez leurs proches, le personnel impliqué et l'ensemble de la société. Afin de réduire les impacts, nous devons :

- Informer et sensibiliser la population et les partenaires aux aspects psychosociaux de la pandémie;
- Déployer des services adaptés pour les personnes malades et leurs proches;
- Prendre en charge les personnes dépendantes.

Fondamentalement, les services psychosociaux doivent être appuyés par un processus de planification et de coordination. Ils sont planifiés de la façon suivante :

- Comprendre les caractéristiques de la pandémie ;
- Évaluer les comorbidités psychosociales ;
- Identifier les groupes et les personnes touchées ;
- Repérer les clientèles vulnérables ;
- Déterminer les besoins ;
- Inventorier et analyser la disponibilité des ressources ;
- Offrir les services ;
- Évaluer les activités et réévaluer les besoins.

Et ils sont coordonnés avec :

- Avec les autres volets de la mission santé et services sociaux ;
- Les établissements spécialisés ;
- Les ressources non institutionnelles (RI-RTF) ;
- Les organismes communautaires ;
- Les entreprises d'économie sociale.

6.1 Fonction de coordination des services psychosociaux

Mise en contexte

La coordination des activités est une fonction capitale pour assurer le succès des opérations. Elle a pour objectif de:

- Réaliser et soutenir la planification de la réponse psychosociale et des services psychosociaux ;
- Réaliser et soutenir l'organisation des actions et des moyens ;
- Coordonner la dynamique de l'ensemble des éléments internes et des apports externes.

Les activités devront être coordonnées avec les ressources existantes. Il est essentiel de favoriser la collaboration entre les divers acteurs. Nous pensons ici aux familles et aux proches, aux organismes communautaires, aux organismes non gouvernementaux et aux établissements du réseau. À cet effet, les agences et les CSSS devront s'entendre avec les ressources et les partenaires identifiés.

Les principales actions ou principaux mécanismes relevant de la coordination du volet psychosocial touchent les aspects suivants :

- Alerte, mobilisation et démobilisation des ressources humaines;
- Mise à jour des aspects psychosociaux du plan en sécurité civile de l'organisme en tenant compte de la pandémie;
- Cohérence du volet au sein du plan en sécurité civile de l'organisme;
- Liens et ententes avec les partenaires;
- Procédures organisationnelles au moment de l'évènement;
- Liaison, communication et information;
- Modalités de formation;

- Garde 24 heures par jour;
- Gestion des ressources humaines;
- Suivi et évaluation des opérations;
- Encadrement et soutien aux fonctions de supervision clinique et de fourniture des services;
- Mobilisation de ressources supplémentaires;
- Responsabilité d'assurer une permanence à la fonction (substitut);
- Organisation d'un programme de formation et d'exercices en collaboration avec la fonction de supervision clinique.

6.2 Repérage psychosocial

Mise en contexte

Le repérage s'avère essentiel afin de déterminer les actions à entreprendre. Il est un processus continu de cueillette de données afin d'identifier et d'apprécier les impacts psychosociaux de la pandémie afin de guider l'action. Il doit répondre aux questions suivantes : Qui est touché par la pandémie ? Comment est-ce vécu d'un point de vue psychosocial au niveau local, régional et provincial ?

Le repérage est l'activité préalable à l'intervention et il favorise la rapidité d'intervention. Il s'agit d'estimer trois sphères importantes : les impacts de la pandémie à l'aide d'une grille d'évaluation des comorbidités psychosociales, la vulnérabilité des personnes impliquées et les ressources nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins psychosociaux.

Le repérage répond au principe de proactivité qui est une stratégie importante de la prestation de services dans un contexte telle que la pandémie. La rapidité avec laquelle les services sont offerts a un impact sur la prévention des atteintes psychosociales et sur leur sévérité.

Objectifs

- Détecter les impacts et les comorbidités psychosociales afin d'y répondre le plus rapidement possible ;
- Détecter les événements inhabituels qui pourraient contribuer à l'accroissement des atteintes psychosociales ;
- Suivre l'évolution du niveau de stress dans la population ;

- Suivre l'évolution et l'apparition des phénomènes psychosociaux ;
- Identifier les groupes et les personnes à risque de développer des difficultés psychosociales ;
- Apprécier et évaluer l'impact des comorbidités psychosociales sur la demande de services et sur les besoins en ressources ;
- Identifier les ressources nécessaires afin de répondre adéquatement aux besoins psychosociaux ;

6.3 Interventions psychosociales

Mise en contexte

La pandémie présentera un défi de taille : répondre à une demande accrue des services tout en maintenant les services courants essentiels. Les établissements du réseau devront donc effectuer des priorités dans les services offerts afin de répondre aux clientèles vulnérables.

Les services de première ligne seront particulièrement interpellés et il faudra offrir une réponse psychosociale rapide et adaptée à la population. Les services dans les établissements seront également interpellés et devront être mis à contribution.

Fondamentalement, les interventions doivent être appuyées par un processus de planification. Pour leur part, les services psychosociaux offerts sont planifiés selon les étapes suivantes :

- Comprendre les caractéristiques de la pandémie.
- Évaluer les comorbidités psychosociales.
- Identifier les groupes et les personnes touchées.
- Déterminer les besoins.
- Inventorier et analyser la disponibilité des ressources.
- Offrir les services.
- Évaluer les activités et réévaluer les besoins.

Afin de répondre aux besoins généraux et particuliers des personnes touchées, les intervenants psychosociaux doivent pouvoir compter sur plusieurs approches différentes dont :

Les interventions courantes telles que l'intervention de crise, individuelle, familiale, de groupe, le soutien, les mesures de répit, etc.

Les interventions spécifiques au sinistre telles que la participation aux séances d'information, la verbalisation, le soutien aux activités favorisant la cohésion sociale, etc.

Les interventions à distance telles que l'intervention téléphonique, l'Internet (forum de discussion), etc.

L'auto-évaluation et l'auto-intervention à l'aide d'outils favorisant le repérage et les mesures à prendre face aux problématiques cibles les plus importantes.

Aux échelons local et régional, il faut faire l'inventaire des ressources humaines et organismes disponibles afin de constituer un bottin adéquat et fiable de ressources. Ainsi, les CSSS devraient inventorier qui, parmi leur personnel psychosocial, a développé une expertise particulière auprès de clientèles ou de problématiques spécifiques.

Objectifs

- Préserver le bien-être des personnes.
- Assurer les besoins psychosociaux prioritaires.
- S'assurer que les personnes vulnérables seront rejointes.
- Aider les personnes à comprendre la situation et leurs réactions.
- Diriger les personnes dont les réactions sont préoccupantes vers les ressources appropriées.
- Offrir un soutien émotionnel.
- Réconforter les personnes angoissées ou bouleversées.
- Prévenir les atteintes psychologiques, familiales et sociales.
- Soutenir les personnes qui aident des proches affectés.
- Renforcer les comportements positifs.

6.4 Supervision clinique

Mise en contexte

La supervision clinique est un aspect majeur de l'intervention psychosociale. Elle contribue à la qualité des actions entreprises et elle assure aux intervenants un soutien régulier dans des situations d'interventions stressantes. La supervision clinique doit également porter une attention particulière au phénomène de fatigue ou de stress de compassion, à la perception de la performance personnelle, au sentiment de compétence et aux moyens de donner les services. La personne qui assure la supervision clinique doit être reconnue pour son champ d'expertise dans l'intervention psychosociale d'urgence.

Objectifs

- Assurer la pertinence et la qualité des interventions effectuées.
- Assurer un facteur de protection pour les intervenantes et les intervenants psychosociaux impliqués.
- Orienter l'évaluation des besoins psychosociaux.
- Orienter l'intervention auprès des divers groupes.

6.5 Fonction conseil

Mise en contexte

La fonction conseil des activités psychosociales est inhérente à la saine gestion d'un sinistre. Elle est présente à toutes les phases de l'implication du psychosocial à la lutte contre la pandémie. Elle vise à informer les partenaires ainsi que la population des aspects psychosociaux importants liés à la pandémie.

Objectifs

- Informer les partenaires sur les impacts psychosociaux de la pandémie.
- Informer et sensibiliser les partenaires sur les impacts psychosociaux de leurs décisions et de leurs actions.
- Informer la population sur les façons de s'auto-évaluer et d'évaluer leurs proches.
- Informer la population sur les moyens d'auto-intervention.
- Encourager et stimuler la mobilisation sociale et la solidarité parmi les citoyens.

Chapitre 7 – Maintien des services

7.1 Ressources humaines

7.2 Ressources matérielles

7.3 Ressources informationnelles

7.4 Ressources financières

7.1 Ressources humaines

Mise en contexte

- Chaque centre de santé et de services sociaux (CSSS) doit assurer l'accès aux services de santé et de services sociaux aux citoyens de son territoire. Il est au cœur de ce réseau et, en plus d'offrir lui-même ces services à l'intérieur, il voit à y coordonner les activités et les services (Loi 25). En plus de répondre à une demande accrue de services en période de pandémie d'influenza, tout en étant dans un contexte de pénurie de ressources humaines, il devra planifier une activité sans précédent de vaccination de sa population.
- Par ailleurs, tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont la responsabilité d'avoir les effectifs en ressources humaines requis pour donner les services à sa population/clientèle.
- L'article 231 de la loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (Loi 83) précise que tout établissement public ou privé conventionné doit préparer avec la participation de ses employés et, le cas échéant, des syndicats dont ils sont membres, un plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel. Ce plan d'action est communiqué à tout le personnel et transmis à l'Agence. Ce plan doit être évalué et mis à jour annuellement avec la participation des employés des établissements et, le cas échéant, des syndicats dont ils sont membres.
- L'article 376 de cette même loi prévoit que l'Agence élabore, en tenant compte des orientations déterminées par le Ministre et des politiques qu'il établit, en collaboration avec les établissements et les organismes concernés, des plans régionaux en matière de planification de main-d'œuvre et de développement des ressources humaines et veille à leur application. À cet effet, l'Agence met en place un système d'information sur la main-d'œuvre favorisant notamment l'élaboration des plans régionaux visés. De plus, l'Agence

coordonne les activités de perfectionnement du personnel dans le cadre de la mise en œuvre des plans régionaux visés.

- De plus, l'Agence met en place des moyens pour assister les établissements, à leur demande, dans l'élaboration de leur plan d'action pour la planification de la main-d'œuvre et le développement de leur personnel, l'Agence identifie également les besoins prioritaires afin de favoriser la mise en commun, par les établissements, de services touchant la planification de la main-d'œuvre et le perfectionnement et la mobilité de leur personnel
- La Loi sur la santé publique et celle sur la sécurité civile permettent au gouvernement d'ordonner des mesures qui feraient en sorte de suspendre certaines dispositions qui présentent des obstacles pour mettre en place des actions pour protéger la santé de la population. L'application de ces mesures spéciales se fera en dernier recours, mais il demeure que la gestion des ressources humaines doit se réaliser dans le respect des lois, règlements et conventions collectives. Ce qui représente un défi de taille, surtout que plusieurs aspects légaux et réglementaires sont à clarifier.

7.1.1 Gestion des mouvements de main-d'œuvre

Mise en contexte

- La pandémie présentera un défi de taille : celui de la gestion des mouvements de main-d'œuvre et ce durant toutes les étapes de préparation (périodes interpandémique et d'alerte pandémique) d'intervention (période pandémique) et de rétablissement (période post-pandémique). Puisque toutes les régions et toutes les instances subiront la même contrainte, aucune ne devrait compter sur l'apport d'un autre établissement ou d'une autre région pour y répondre. Tous les acteurs impliqués sont responsables de la planification de leur contribution. Ainsi, toutes les modalités de l'apport du personnel du réseau de la santé et des services sociaux, du personnel alternatif ainsi que l'implication des bénévoles du réseau et des parents des usagers doivent être convenues avant l'événement.
- Chaque établissement doit inclure dans son plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre un volet en lien avec les besoins spécifiques reliés à une situation de pandémie d'influenza. De plus, il doit voir à l'utilisation maximum de la main-d'œuvre, tant pour le personnel réseau, le personnel alternatif et les bénévoles réseau, en tenant compte des compétences, des habiletés et des connaissances de ces derniers, et prévoir des scénarios d'affectation à d'autres tâches et fonctions particulières, sur ses différents sites incluant des sites non traditionnels.

Objectifs

- Estimer les besoins de main-d'œuvre afin d'assurer une gestion optimale des ressources humaines à chacune des étapes des périodes de la pandémie d'influenza (interpandémique, d'alerte pandémique, pandémie et post-pandémique).
- En préparation, par des mécanismes de recensement du personnel réseau et alternatif, des bénévoles réseaux et des parents des usagers, s'assurer de la disponibilité de la main-d'œuvre pour le fonctionnement des services et des systèmes essentiels, à la continuité des missions des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.
- Prévoir une stratégie de mobilisation graduelle n'exposant pas au risque de la contamination, dès le départ, toutes les ressources humaines pour chaque période de la pandémie d'influenza.

7.1.2 Ressources communautaires

Mise en contexte

Le milieu communautaire est composé d'une panoplie d'organismes dont les champs d'activités sont très diversifiés, selon la mission qui les guide. Certaines de ces ressources sont reconnues et financées par l'Agence (organismes communautaires), d'autres étant des organismes à but non lucratif (OBNL) impliqués dans leur communauté.

Au sein de ces ressources, on retrouve des bénévoles, du personnel varié et des membres impliqués dans la vie de l'organisme. Ce bassin de ressources humaines pourrait devenir disponible et être un soutien notable pour le réseau, en période de pandémie.

Toutefois, il est important de mentionner que certaines de ces ressources offrent des services essentiels à des clientèles vulnérables. Il sera approprié de les sensibiliser à l'importance de prévoir qu'elles puissent maintenir leurs activités.

Objectifs

- En contexte de préparation, élaborer une banque de ressources humaines ainsi que des mécanismes de mobilisation :
 - o Élaborer une base de données des organismes communautaires œuvrant en santé et services sociaux et des organismes à but non lucratif, par territoire de RLS (phases 1 à 4 de l'OMS).

- o Identifier la capacité de ces organismes et des bénévoles à contribuer activement aux besoins reliés à la pandémie et convenir de modalités de partenariat (phases 4 et 5 de l'OMS).
 - o Assurer une formation adéquate aux groupes ciblés à intervenir (phase 5 et 6 de l'OMS).
- En contexte d'intervention pandémique (phase 6 de l'OMS) : mobiliser les ressources identifiées en fonction des besoins liés à la pandémie.
- En contexte de rétablissement (phase post-pandémique) : évaluer les impacts des interventions réalisées et des ressources mises à contribution.

7.1.3 Maintien et développement des compétences

Mise en contexte

Dans le contexte singulier et épisodique d'une pandémie d'influenza, les étapes de préparation (périodes interpandémiques et d'alerte pandémique), d'intervention (période pandémique) et de rétablissement (période post-pandémique) vont exiger le maintien des compétences actuelles et le développement de nouvelles compétences en termes de connaissances, façons de faire et d'être chez les membres du corps médical, les intervenants professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, les partenaires hors réseau et le personnel de l'Agence.

Au regard du volet du maintien et développement des compétences, l'Agence va identifier des groupes de professionnels du réseau dont l'expertise doit être développée et mise à contribution, selon une stratégie multiplicatrice de diffusion de type « boule de neige ». À titre d'exemples, les médecins responsables au niveau régional des maladies nosocomiales, le regroupement régional des infirmières en prévention des infections et l'équipe régionale des mesures en urgence psychosociale peuvent être identifiés par l'Agence à ce titre de groupe d'experts.

Objectifs

- S'assurer que tous les intervenants disposent des connaissances, des façons de faire et d'être adéquates leur permettant de jouer pleinement leur rôle durant chacune des périodes de la pandémie d'influenza (interpandémique, d'alerte pandémique, pandémie et post-pandémique) en faisant appel à l'expertise des groupes d'experts (à titre d'exemples : les médecins responsables des maladies nosocomiales, les infirmières en prévention des infections et les intervenants psychosociaux en mesure d'urgence) pour le maintien et le développement des compétences du personnel.

- S'assurer de la mise en œuvre des activités de maintien et de développement des compétences dès le début de la période d'alerte pandémique.

7.2 Ressources matérielles

Mise en contexte

La gestion des ressources matérielles est un élément important en situation pandémique, notamment à cause de l'augmentation de la demande et de possibles ruptures de stocks.

Il est important de bien distinguer les produits essentiels des produits critiques :

- Produits essentiels : les fournitures, médicaments et équipements requis et nécessaires à la prestation des soins et services en période de pandémie. Les produits essentiels peuvent être considérés comme critiques ou non critiques.
- Produits critiques : les produits essentiels qui risquent d'être en pénurie, non accessibles ou dont le prix risque d'être en forte hausse lors de la pandémie.

La « réserve nationale » est de la responsabilité du MSSS et est constituée des produits critiques seulement, et ce, pour la totalité de la pandémie. La création d'un inventaire de produits non critiques est la responsabilité des CSSS. La constitution de réserves de produits essentiels devra être planifiée et réalisée pour tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux selon les besoins de sept (7) jours d'approvisionnement. L'ensemble de ces mesures s'appliquent pour les établissements de même que pour les SNT.

Objectifs

- Se donner des stratégies d'approvisionnement concernant :
 - o Réserve nationale de produits critiques
 - o Réserve locale de produits non critiques
 - o Responsabilités d'entreposage
 - o Responsabilités de distribution.
- Se donner des balises pour aménager des sites non traditionnels.
- Se donner des stratégies en lien avec les responsabilités relatives aux ressources matérielles (équipements, locaux) en général.
- Pendant la période d'alerte pandémique (phase 3 à 5 de l'OMS), rester à l'affût de l'émergence de cas d'influenza dans le monde et au Canada en ajustant globalement les stratégies d'approvisionnement.

- Pendant la période pandémique (phase 6 de l'OMS), réaliser l'ensemble des activités prévues.

7.3 Ressources informationnelles

Mise en contexte

Tout au long du plan, nous évoquons à certains égards, à travers les volets et les phases, la nécessité d'assurer un monitoring d'activités, de dresser des listes de ressources, d'assurer la surveillance et l'évolution du phénomène de pandémie. Pour ce faire, il importe de compter sur des systèmes d'information fiables et éprouvés. À cet égard, il est privilégié de recourir à l'utilisation et l'intégration des systèmes existants. Ce qui nous permet de disposer en temps réel de l'information de gestion strictement essentielle à la gestion de la crise, surtout en phase d'intervention. En phase de préparation, il y a lieu de définir les systèmes et les informations critiques auxquels nous pourrions et devrions recourir en phase d'intervention et de rétablissement. Ceci nous permettra de limiter au strict minimum la cueillette de données auprès des différents intervenants, lesquels consacreront leurs énergies aux tâches essentielles, telles que requises selon la situation.

7.4 Ressources financières

Mise en contexte

La mise en œuvre des plans d'intervention pour contrer la pandémie d'influenza engagera des coûts financiers importants, particulièrement en phase de préparation et en phase d'intervention. En phase de préparation, il y aura lieu de prévoir les budgets afférents aux différentes mesures extraordinaires mises de l'avant, lesquelles permettront de consolider la planification et de soutenir les mesures de prévention prônées dans le présent plan.

Par ailleurs, en phase d'intervention, bien que l'on puisse affirmer, de façon générale, que la réponse aux besoins de santé et de services sociaux de la population en contexte de pandémie soit de la responsabilité des établissements, il y a lieu de considérer que le contexte extraordinaire engage des charges extraordinaires qui ne peuvent être considérées comme si nous étions en contexte normal de réalisation de la mission santé. On comprend aisément, que nous ne pouvons, compte tenu des enjeux en cause, assujettir le degré de préparation et la capacité d'intervention aux contraintes budgétaires habituelles.

Il sera donc important que soient énoncées des orientations gouvernementales en matière de financement, et ce, dans une dynamique de concertation des différents paliers concernés. À la lumière de ces orientations, un monitoring et une reddition de compte seront requis auprès des instances concernées.

Chapitre 8 – Communication

8.1 Coordination de la communication

Mise en contexte

En cas de pandémie d'influenza, le gouvernement devra dégager rapidement les grandes stratégies de communication. Le travail en région et au niveau local consistera à adapter les stratégies du MSSS aux réalités du terrain. En conformité avec l'orientation d'unicité de direction et de coordination du haut vers le bas (top-down), la direction de la coordination sera dirigée par la cellule de gestion stratégique sous la responsabilité du président-directeur général.

Dès que 3 ministères ou plus sont impliqués dans un dossier comme celui de la pandémie d'influenza, c'est la Sécurité civile qui coordonne les opérations. Nous recevons donc de l'information en provenance de la Sécurité civile en plus de toute l'information transmise par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Santé Canada et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fourniront également une information de première importance. Dans bien des cas, il suffira de transmettre à nos partenaires l'information émise par le gouvernement et de faire circuler les documents qu'il produira. Dans d'autres cas, nous devons faire preuve d'initiative et concevoir régionalement du matériel qui répondra aux besoins de nos partenaires.

En ce qui concerne l'information à la population, advenant que le système d'urgence soit déclenché et que la Sécurité civile prenne la coordination des opérations régionales, c'est Services Québec-Outaouais qui assumera la coordination de toutes les communications publiques régionales. L'Agence devra se coordonner avec Services Québec-Outaouais afin d'assurer l'efficacité et la pertinence de l'information transmise à la population.

Mais d'ici à ce que le système d'urgence soit déployé, l'Agence assume directement la transmission de l'information à la population.

Au niveau national comme au niveau régional, plusieurs ministères seront impliqués ainsi que plusieurs institutions, entre autres les CSSS. Ce contexte, caractérisé par la multiplication des interventions et par une circulation importante de l'information sous la responsabilité de chacun, est propice aux décisions incohérentes et aux messages contradictoires, si des mécanismes de coordination et une ligne d'autorité ne sont pas définis et suivis.

Il faut donc mettre en place des mécanismes qui permettent d'établir efficacement des liens avec l'autorité ministérielle, avec la coordination régionale, avec les CSSS et les autres partenaires, mais également avec les membres de l'organisation régionale de sécurité civile et des organisations municipales de sécurité civile du territoire.

Comme plusieurs établissements du réseau n'ont pas d'agents de communication et ne sont pas organisés en conséquence, cette situation fragilise la capacité du réseau régional d'offrir des activités de communication sur l'ensemble du territoire. D'autre part, les ressources en communication se retrouvent souvent seules dans leur établissement, ce qui les rend particulièrement vulnérables en situation de pandémie. Le Plan québécois prévoit un soutien à l'ensemble du réseau et l'outil de gestion des communications MSSS Veille Pandémie, et le Portail du MSSS en sera le fer de lance.

Objectifs

- Arrimer nos stratégies et nos activités de communication interne avec celles du MSSS.
- Adapter régionalement et localement les mécanismes de coordination découlant du document sur les orientations stratégiques, qui respectent les lignes de commandement et les responsabilités relatives aux missions.
- Maintenir fonctionnelles les activités de communication essentielles du réseau régional de la santé et des services sociaux, dont celles requises aux échelons régional et local des orientations stratégiques retenues.
- Informer nos partenaires régionaux et coordonner nos activités de communication avec eux.

8.2 Communication au personnel du réseau

Mise en contexte

Transmettre au personnel du réseau sur une base régulière une information de qualité qui contribuera à la mobilisation de celui-ci lorsque nous serons en périodes prépandémique et pandémique car il sera un acteur privilégié très influent.

De plus, la gestion d'une pandémie d'influenza constitue un défi de taille pour l'ensemble des dirigeants du réseau et leurs organisations. Ceux-ci risquent de devoir composer avec du personnel absent affecté par la maladie ou par celle de l'un de leurs proches, ou bien par crainte de contracter la maladie et de la propager à leur entourage. Il importe donc de mettre les professionnels et le personnel au cœur de nos préoccupations.

L'un des enjeux fondamentaux de la gestion de crise est de s'assurer que l'ensemble des acteurs du réseau partagent la même vision et qu'ils disposent de l'information nécessaire pour que leur contribution s'inscrive dans le sens souhaité par les autorités et qu'ils s'y sentent mobilisés. Ce faisant, nous évitons les rumeurs, les craintes inutiles et les désistements. Le développement d'un sentiment de confiance chez le personnel du réseau est essentiel pour qu'il puisse, d'une part, contribuer au maintien des activités et, d'autre part, agir à titre de relayeur d'information auprès de la population. En effet, les quelques centaines de milliers de travailleurs du réseau constituent une force vive de la communication et contribuent, par leur action, à augmenter le sentiment de sécurité auprès de la population.

La notion de relayeurs d'information dans la présente démarche est un des éléments fondamentaux qui comporte plusieurs avantages. Ils permettent, notamment, de joindre un grand nombre de personnes à la fois, de transmettre un message par une personne qui jouit d'une crédibilité dans son milieu, d'impliquer le gestionnaire et son équipe dans la préparation en cours, d'obtenir une rétroaction rapide des personnes et également de respecter les réalités locales en matière de communication.

Les relayeurs d'information ont pour principales fonctions :

- D'agir à titre de « facilitateurs » dans la circulation de l'information, la responsabilité de diffuseur principal d'information demeurant aux gestionnaires.
- D'avoir un accès privilégié aux sources d'information interne de l'établissement.
- De diffuser l'information reçue aux intervenants concernés.
- D'accueillir les propos et commentaires reçus par leurs collègues dans leur milieu pour s'assurer que le moins de questions possibles demeurent en suspens.
- De transmettre les propos et commentaires au supérieur immédiat pour qu'une réponse ou action conséquente soit effectuée par le cadre ou par le relayeur selon la nature de l'information à communiquer.

Cette responsabilité ne peut reposer sur une seule personne ou un seul outil. Les directeurs généraux et les équipes de direction devront donc donner un signal clair et demander que des actions précises soient réalisées. Il faudra ainsi multiplier les relayeurs d'information et leur fournir des outils articulés autour des messages nationaux adaptés aux milieux respectifs.

Les agences auront pour rôle de diffuser aux établissements les orientations du MSSS en regard de la stratégie de communication concernant le personnel du réseau, les médecins et les partenaires sectoriels. De plus, elles assureront des sessions de sensibilisation et d'information auprès des partenaires sectoriels, régionaux et des médecins. Finalement, les agences soutiendront les

établissements dans la mise en place d'activités de communication à l'égard du personnel, et ce, au niveau du contenu.

Pour leur part, **les établissements** verront à déterminer la stratégie de communication auprès des employés, des médecins, des partenaires sectoriels, des comités professionnels et des usagers. Ils assureront la réalisation des activités de sensibilisation, d'information et apporteront leur soutien aux gestionnaires dans leur rôle de relayeur. De plus, les établissements formeront un groupe tactique, composé d'experts, de directeurs et de gestionnaires, qui deviendra le point central de toute diffusion d'information ainsi que le centre de référence pour l'ensemble des intervenants. Dans le but d'assurer la pertinence et la cohérence des messages, les établissements verront à informer leur agence de leurs activités de communication en préparation.

Quant aux **ordres professionnels**, ils deviendront des relayeurs d'information auprès de leurs membres et du personnel alternatif les concernant.

Objectifs

- Contribuer à faire connaître et comprendre ce que pourrait être une pandémie d'influenza.
- Contribuer à favoriser la mobilisation du personnel dans la mise en œuvre du plan de lutte.
- Contribuer à développer un sentiment de confiance et de sécurité chez le personnel et dans la population.
- Privilégier l'approche relayeur en communication.
- Assurer la cohérence et la cohésion des messages communs à tous les échelons à l'aide d'outils et de stratégies de communication adaptés aux réalités régionales et locales.
- Avoir recours à un processus formel pour la circulation d'information.

8.3 Communication aux médias

Mise en contexte

La pression médiatique pourrait connaître son apogée durant les quelques semaines qui suivront la déclaration d'une pandémie par les autorités internationales (début de la phase 6 de l'OMS) et qui précéderont l'apparition des premiers cas au Québec. Ce moment d'attente rendra suspect tout ce qui pourrait s'apparenter à l'un ou l'autre des symptômes de l'influenza, ce qui nécessitera l'intervention rapide et soutenue des experts pour calmer les esprits et faire taire les rumeurs. Les médias profiteront

de l'occasion pour tester, sinon questionner le niveau de préparation et la capacité réelle d'intervention des autorités.

Une pandémie d'influenza affectera tout le monde, à la grandeur du territoire, et ce, pendant plusieurs mois. Chacune des régions aura à traiter avec ses médias locaux. L'information sera adaptée à la réalité régionale mais en conformité et en continuité avec les lignes directrices du MSSS.

L'aspect inéluctable de la pandémie exige bien entendu des autorités qu'elles informent leurs citoyens sur l'existence de ce risque ainsi que sur les moyens prévus pour y faire face. Les autorités ont donc intérêt, et ce à tous les échelons, à s'assurer de diffuser une information concertée, cohérente, pertinente et fiable. Il en va de leur crédibilité.

Enfin, parmi la masse d'information qui circulera dans les médias en phases prépandémique et pandémique, il y aura une multitude de données incomplètes, de faussetés et d'imprécisions qu'il faudra identifier et corriger rapidement afin de ne pas laisser s'installer la rumeur, également une source importante de confusion.

Objectifs

- Diffuser une information claire, régulière et cohérente aux échelons régional et local, en lien avec les stratégies et les activités de communication média réalisées à l'échelon provincial, et ce, auprès de tous les médias régionaux et locaux.
- Recourir à des porte-parole régionaux compétents, encadrés et soutenus afin de transmettre l'information de manière crédible et notoire.
- Encourager, valoriser et soutenir la fonction d'information d'utilité publique chez les médias régionaux, en leur proposant une gamme d'activités et de moyens adaptés à leur réalité et à leurs besoins.
- Faciliter l'accès des médias régionaux aux activités de communication médias à l'échelon provincial.

8.4 Communication à la population

Mise en contexte

Une des idées maîtresses du Plan québécois contre la pandémie d'influenza repose sur une prémisse : la capacité qu'ont les citoyens de pouvoir contribuer activement au plan de lutte mis en place. Ainsi, qu'il soit simple citoyen, aidant naturel, intervenant ou décideur, chacun pourra, à la maison, dans son

milieu de travail ou en centre de soins, participer à l'atteinte des grands objectifs du PMPI. Contrairement à bien des sinistres, un événement de type pandémique interpelle l'ensemble de la population. Des activités de communication devront donc être planifiées à tous les échelons afin de joindre et d'informer les gens selon leurs besoins, leur degré de vulnérabilité, leur fonction ou leur rôle attendu durant cette période. Ainsi, la population devrait être en mesure de connaître les consignes concernant l'autosoins ou celles se rapportant à une utilisation judicieuse et responsable du service 911, d'Info-Santé ou des services d'urgence, par exemple.

Cette communication doit débiter durant la période prépandémique et permettre à toute la population de prendre conscience du risque, mais surtout de connaître les différents moyens pour se protéger et s'organiser. Des activités périodiques devront aussi permettre à la population de rester vigilante, et ce, jusqu'à ce que survienne une pandémie.

L'absence d'un vaccin spécifique durant les premiers mois de la pandémie demeure une composante critique de l'action des autorités lors de cette période. Sa mise en application une fois la mesure disponible représente aussi un autre aspect préoccupant à considérer attentivement, entre autres, du point de vue éthique. L'ensemble des contraintes associées à la vaccination, mais également aux autres mesures de santé publique ou au rationnement des traitements par antiviraux, même si elles sont justifiées, devront donc être bien comprises et admises par la population, au préalable. Il en va de la paix sociale.

La mise en œuvre d'un plan de communication contre la pandémie exigera des autorités d'être à l'écoute des préoccupations, des besoins et de l'opinion du public. Il s'agira ici de mieux connaître les perceptions, les attitudes et les valeurs des gens et d'en évaluer l'impact sur la gestion des différentes mesures prévues au plan et sur les décisions qui se prendront, dans le but de s'adapter au besoin.

Par ailleurs, les quatre grands systèmes de relais d'information publique que sont Services-Québec, Info-Santé et les portails Internet régionaux devront être adéquatement préparés et outillés pour répondre à toutes les demandes de renseignements que pourraient susciter une telle campagne.

Objectifs

- Transmettre une information accessible, régulière et cohérente aux échelons régional et local, en lien avec les stratégies et les activités de communication prévues à l'échelon provincial, et ce, auprès de tous les publics cibles internes et externes, en utilisant l'ensemble des moyens disponibles en fonction des spécificités du territoire et des clientèles.

Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza

- o En prépandémie, informer la population sur les risques d'une éventuelle pandémie et sur les préparatifs pour y faire face tout en favorisant son adhésion au plan de lutte proposé. Rappeler les mesures d'hygiène et de prévention et les outils à la portée de tous.
 - o En pandémie, informer la population sur l'état de la situation, les mesures de protection et les consignes concernant le traitement à domicile et celles se rapportant à l'utilisation judicieuse et responsable des services de santé et des services sociaux du territoire.
- Offrir un service de renseignement et de rétroaction simple et varié à l'échelon régional, accessible pour la population, avec bascule vers les divers réseaux dédiés (Info-Santé, Info-Sociale) et aux services prévus à l'échelon national.