

# **Code Orange**

**Commentaires de  
l'Association des spécialistes  
en médecine d'urgence du Québec**

Montréal, le 14 septembre 2005

## **Note préalable**

Les documents soumis ont été revus par deux spécialistes en médecine d'urgence, le premier responsable des mesures d'urgence pour son établissement, le docteur Jean-Marc Chauny, spécialiste en médecine d'urgence et responsable des mesures d'urgence, Centre hospitalier affilié de Sacré-Coeur , et le second, coordonnateur des mesures d'urgence pour sa région, le docteur François Paquet, spécialiste en médecine d'urgence au Centre hospitalier affilié de Lévis et Coordonnateur des mesures d'urgence pour la région de Chaudière-Appalaches. Le tout a été révisé et entériné par le conseil d'administration de l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec (ASMUQ), lors de sa réunion du 14 septembre 2005.

### **1. Mandat et contexte**

La mise en place des mesures d'urgence constitue une phase clef de la réponse aux urgences, à laquelle est bien sensibilisée l'ASMUQ, dans la mesure où ses membres oeuvrent dans les urgences lourdes du Québec, bien souvent sollicitées en cas de sinistre, et surtout en raison de l'implication de plusieurs de ses membres dans la réponse aux sinistres, qui constitue une des formes d'implication importante de la médecine d'urgence, que l'ASMUQ désire continuer à promouvoir. Il nous fera donc plaisir de collaborer au mieux de notre expertise et de nos ressources à tous les travaux utiles portant sur les mesures d'urgence et la réponse aux sinistres.

Après analyse des documents soumis, voici nos commentaires quant aux communications qui doivent exister entre le niveau national, ici représenté par la Coordination Ministérielle de la Sécurité Civile (CMSC) du Ministère de la Santé et des Services Sociaux et le niveau local, soit celui de chaque Département d'Urgence. Le mandat proposé était de réviser l'outil de cueillette d'information servant à aider la prise de décision lors d'une réception massive de blessés à l'urgence.

Cet outil sera proposé dans le cadre de la formation ministérielle en ligne sur les mesures d'urgence. Les attentes du CMSC se situent d'abord sur la liste des principaux outils de décision et procédures existantes concernant la réception massive de blessés à l'urgence. Il fallait aussi bonifier les outils «*recueillir des renseignements sur l'ampleur de la situation*» et «*bilan de la situation*». Il nous semble que ces travaux constituent une étape importante dans la mise en place d'une réponse aux sinistres qui soit efficace.

## 2. Importance des communications

Permettez nous dans un premier temps de souligner l'importance des communications entre les différents niveaux de décision lors d'événements susceptibles d'engendrer de nombreuses victimes, surtout en cas de dépassement des limites d'accueil des centres de santé<sup>1</sup>. Non seulement les départements d'urgences sont-ils les mieux placés pour dénombrer les victimes, mais aussi pour qualifier la nature des pathologies rencontrées. Ces informations, une fois colligées, sont extrêmement utiles aux autorités régionales et nationales pour orienter les décisions sur les allocations de ressources, tant humaines, matérielles ou financières que la situation exigerait. Inversement, chaque milieu peut avoir besoin d'informations complémentaires et les différents outils étudiés ici devraient permettre cette communication dans les deux directions. Nous sommes conscient, par exemple dans le sinistre de la canicule en France il y a deux ans, que la cueillette d'une information précise et pertinente peut constituer un maillon faible de la réponse aux sinistres.

Pour le premier volet des attentes, soit celui de recueillir les principaux outils de décision et procédures existants, il faut se référer aux écrits et guides de pratiques déjà publiés<sup>2</sup>. A notre connaissance, aucun outil n'a encore été adopté de façon universelle dans les départements d'urgence du Québec<sup>3 4</sup>. Chaque centre possède son propre plan des mesures d'urgence (PMU) pour les sinistres externes, généralement inspiré du Guide du MSSS conçu à cet effet en 2000. Ceux-ci ont très rarement été activés et trop peu de simulations ont eu lieu. Il serait recommandable que chaque institution participe à une simulation de sinistre au trois ans, que des simulations théoriques, autour d'une table réunissant les principaux intervenants, soit tenues chaque année et que les systèmes de communication soient testés chaque six mois<sup>5</sup>.

Notons qu'il ne faut pas l'arrivée de plusieurs blessés pour déclencher le PMU. En fait chaque situation inhabituelle devrait nécessiter le déclenchement du dis plan ou à tout le moins d'une partie. Rappelons que le PMU est un aide au fonctionnement et ne devrait pas être vu comme une « tâche ». Citons quelques situation pouvant nécessiter l'application du PMU : arrivée de plusieurs blessés, matières dangereuses, situation avec aspect médiatique importante, etc.

Les standards de triage et d'évaluations des blessés existent et sont bien décrits dans la littérature. Les systèmes PICE et START sont déjà bien décrits, mais trop peu diffusés dans les départements d'urgence, alors qu'ils sont enseignés en préhospitalier à tous les intervenants.

### 3. Cueillette d'informations sur la réception massive de blessés

#### Rôle de l'institution réceptrice

- **Désigner un interlocuteur unique**
- **Définir les rôles de chaque intervenant**
  - Infirmières
    - Infirmière chef / Assistante en place à l'urgence au moment du sinistre. Elle jouera un rôle central dans l'organisation des ressources déjà présentes et la communication avec l'extérieur.
  - Médecins
    - Urgentologue de garde
    - Les autres urgentologues disponibles
    - Chirurgiens
    - Anesthésistes
    - Autres médecins disponibles (Il ne faut pas négliger les ressources non chirurgicales qui peuvent être très utiles pour gérer les autres patients et les volets non chirurgicaux des blessés. Par exemple, lors d'incendies majeurs, nombres de patients devront être intubés et subir des bronchoscopies.)
- **Remplir un journal de bord au fur et à mesure du déroulement des événements.**

Ce journal serait situé avec le plan de sinistre. Si chaque pratique du plan de sinistre demandait que soit remplie ce journal, il deviendra un réflexe de le remplir en cas de sinistre annoncé. Cet outil faciliterait la prise initiale de décision. C'est avec ce journal de bord que serait rempli le formulaire «recueillir des renseignements sur l'ampleur de la situation». Il permettrait d'avoir une vue d'ensemble, facilitant la prise de décision rapide, l'acheminement des informations aux autres paliers décisionnels et de meilleures analyses post événement. Un lien informatique direct avec l'Agence Régionale et avec le Ministère faciliterait la transmission encore plus rapide d'information. Le MSSS travaille actuellement à une standardisation des informations provenant des SIGDU accrédités, notamment en vue d'une transmission aux agences. Il faut réaliser que ces informations, pour pouvoir agir comme signal précoce d'un sinistre, doivent être bien validées. Le MSSS devrait porter une attention particulière à ce point afin de s'assurer que les informations recueillies et transmises par les SIGDU répondent à ces caractéristiques. Cette idée a aussi été retenue pour le recueil de données dans les situations avec urgences infectieuses (SRAS, influenza, etc.). Il faudrait notamment s'entendre sur le CMD à inscrire pour ces situations. Cet outil permettrait de connaître en temps réel l'évolution de la situation<sup>6</sup>. À défaut, une communication par fax ou par courriel serait plus

rapide et plus fiable que par un intervenant tentant de rejoindre plusieurs centres en peu de temps.

- **Transmettre** les informations requises à l'externe. Les intervenants étant en situation de crise, il est illusoire de croire qu'ils accorderont priorité aux demandes d'informations extérieures. Idéalement, un gestionnaire non clinicien devra prendre la relève et transmettre lui-même les données médico-administratives aux niveaux régional et national.

## 4. Liste des informations à transmettre par les départements d'urgence des CHCD

### Nom du Centre Hospitalier

Nom du contact.

Date.

Heure de la cueillette de donnée.

Heure de la transmission de l'information.

Description brève du sinistre ou du désastre.

Le sinistre a-t-il touché la salle d'urgence?

Si oui, celle-ci peut-elle encore recevoir des patients?

Description des dommages subit à l'urgence.

Le sinistre a-t-il touché l'hôpital?

Si oui, celle-ci peut-elle encore recevoir des patients?

Description des dommages subit.

Y a t il lieu d'envisager une évacuation?

### Arrivée massive de blessés

Nombre de blessés reçus.

Nombre de morts.

Nombre de patients sur civières (cas majeurs).

Nombre de patients en salle d'attente (cas mineurs).

Nature des blessures les plus graves.

Brûlures.

Traumas pénétrants.

Traumas fermés.

Expositions toxiques.

Biologique.

Chimique.

Nucléaire.

Présence de contaminant.

Patients étrangers.

### **Identification des victimes**

Si possible, identité et nationalité des victimes reçues (blessées ou décédées).

### **Besoins identifiés**

Ressources humaines.  
Civière ou brancards.  
Tente.  
Eau potable.  
Génératrices.  
Nourriture.  
Couvertures.  
Sang.  
Médicaments.  
Fournitures médicales.

## **5. Liste des informations à transmettre par les autorités régionales ou nationales.**

Tel que déjà mentionné, l'information doit circuler dans les deux sens. Les départements d'urgence, en recevant une information fiable et précise, seront plus à même d'offrir une meilleure couverture médicale et sauront mieux planifier la suite des interventions.

Nature exacte du sinistre.  
Nombre de victimes (décès et blessés).  
Doit-on s'attendre à d'autres victimes?  
Y a-t-il un risque de contamination?  
Si oui, de quelle nature?  
Quelles précautions doivent être prises?  
Quels en sont les symptômes?  
Quels en sont les traitements?  
Y a-t-il un plan pour protéger les familles des travailleurs de la santé?  
Y a-t-il un ordre d'évacuation?  
No de téléphone et identité de la personne à rejoindre pour compléter les informations échangées.

## **6. Conclusion**

L'outil tel que présenté pourrait donc être modifié. Il ne devrait pas inclure deux fois les mêmes informations. Si une deuxième collecte de données est faite, elle devrait l'être sur une nouvelle feuille. Il devrait permettre d'inclure la plupart des renseignements

mentionnés ci haut et, une fois rempli, pourrait être faxé à un numéro prédéterminé ou envoyé par Lotus Note ou tout autre moyen fiable.

---

<sup>1</sup> American College of Surgeons : Statement on disaster and mass casualty management

<sup>2</sup> Carl H. Schultz, Kristi L. Koenig et Eric K. Noji : Disaster preparedness; dans Rosen's Emergency Medicine, Concept and Clinical Practice, Fifth Edition, page 2631-2640 Mosby Inc. ISBN 0-323-01185-3

<sup>3</sup> Plan des mesures d'urgence, Code orange, désastre externe, Hôpital Sainte-Justine; Décembre 1999, Mise à jour 2001

<sup>4</sup> Plan des mesures d'urgence, Hôpital Sacré-Cœur; Mars 2004

<sup>5</sup> Department of Health, Emergency Preparedness Division, The NHS Emergency Planning Guidance 2005; Consultation version JUNE 9th 2005

<sup>6</sup> Stanley Cho, Dale D. Mottola Establishing an Automated Surveillance System, Community Health Electronic Surveillance System, Westchester County, NY Westchester gov.com