

Commentaires sur les mesures et lignes directrices des soins cliniques du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza

INTRODUCTION :

L'ASMUQ a reçu, en date de juin 2004 la demande de réviser l'annexe G : mesures et lignes directrices des soins cliniques du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. Bien que nous nous limiterons à apporter nos commentaires sur cet annexe G du Plan canadien, il nous semble impossible de ne pas rappeler les points essentiels des mesures à prendre dans le cadre d'une situation du genre.

MISE EN PERSPECTIVE :

Le Québec a été confronté au cours des dernières années à de multiples scénarios de sinistre et a dû développer des réponses mieux adaptées à ces situations. Le réseau de la santé a été mis à rude épreuve pendant ces événements et il apparaît évident que la tension mise sur le réseau et tout particulièrement sur les unités d'urgence nous rend grandement vulnérables à toute situation mettant en péril le déroulement normal des activités de l'urgence.

Au cours des dernières décennies, la facilité améliorée des déplacements a rendu plus facile la propagation des infections qui ne sont plus limitées par les obstacles géographiques traditionnels et les rendent plus probables au cours des années à venir.

Nous ne pouvons que souligner les conséquences importantes au Canada (et au Québec) des épisodes de la "vache folle" en Alberta et également par l'épidémie de SRAS dans la région de Toronto. L'événement du SRAS démontre comment le réseau de la santé est fragile dans une situation du genre. Nous devons donc tirer les conséquences des manques et erreurs survenus lors de cet épisode.

C'est dans cette voie que le Québec doit s'avancer et c'est pour cette raison que le guide canadien doit être considéré comme une source d'information valable pour le développement de notre stratégie d'intervention lors d'un sinistre impliquant des agents infectieux.

SITUATION AU QUÉBEC :

Pour bien comprendre les commentaires que nous voulons formuler au sujet du guide canadien, il nous est nécessaire d'informer le lecteur sur la réponse actuelle du Québec face à ces situations, en notant les points forts et les points faibles de leur déclenchement. Ces expériences doivent nous permettre de tirer des leçons et de proposer des changements afin d'améliorer notre stratégie face à un sinistre futur.

Plan des mesures d'urgence au Québec :

En l'an 2000, le ministère de la Santé et des Services sociaux a demandé à tous les centres hospitaliers du Québec de développer ou de mettre à jour leur plan des mesures d'urgence (PMU). Afin de supporter les établissements, le MSSS a développé et fourni à ceux-ci un guide d'élaboration d'un PMU pour les établissements, connu comme le « guide rouge ». Plusieurs éléments peuvent être retrouvés sur le site intranet du ministère de la santé (sécurité civile).

Le PMU d'un établissement doit donc intégrer différentes réponses face à un sinistre, dont les principaux possibles sont :

Scénarios habituels :

- Évacuation (confinement)
- Incendie
- Appel à la bombe
- Perte d'alimentation électrique
- Arrivée massive de blessés
-

Scénarios souvent omis et qui devraient être intégrés dans un PMU en 2004 :

- Urgences infectieuses (variole, SRAS, épidémie d'influenza, etc.)
- Chaleur accablante
- Colis suspects retrouvés dans un établissement (exemple : suspicion de matières biologiques et/ou chimiques).

Ces PMU permettent à l'établissement de pouvoir coordonner le plus efficacement possible une situation hors de la normale. L'exemple de l'arrivée massive de blessés dans un département d'urgence illustre bien les défis auxquels il faut faire face dans une situation du genre :

- Personnel insuffisant (médical, infirmier, paramédical, etc.)
- Fatigue du personnel
- Ressources d'investigation et de traitements débordées (radiologie, laboratoire, salle d'opération, etc)

- Épuisement de matériel et difficultés à obtenir du matériel de remplacement

Ces situations sont par définition limitées dans le temps et pourtant déstabilisent le département d'urgence pendant plusieurs heures ou même plusieurs jours. Imaginons maintenant la même situation, mais où l'événement persisterait pendant des jours et même des mois. Il faudrait alors ajouter la difficulté à maintenir le réseau dans ses activités de base. Cette lecture des problèmes nous fait également réaliser que plus souvent qu'autrement le département d'urgence s'avère déjà en situation de sinistre (débordement, manque de personnel) et donc ne peut répondre adéquatement à cet accroissement de la demande, aussi ponctuelle soit-elle.

Nous croyons que c'est sous cette vision que tout guide doit être intégré, soit celle où les ressources manquent ; la question demeure comment y répondre dans un scénario encore plus apocalyptique.

Coordination du sinistre :

Support des autres ministères aux établissements :

Les agences (ADRLSSS) doivent s'assurer du suivi de la mise en place du PMU des établissements au moyen de la coordination en sécurité civile de chaque agence (anciennement dénommé coordonnateur des mesures d'urgence). Au sein du MSSS, M. Patrice Guyard assure la coordination en sécurité civile (annexe 12) et au plan provincial, le responsable de la coordination provinciale en sécurité civile relève du ministère de la sécurité publique (annexe 10). Chaque région assure cette coordination entre les ministères grâce à l'existence d'une organisation régionale en sécurité civile (annexe 3-4-6) et le tout sous la gouverne de la Loi sur la sécurité civile. Nous nous retrouvons dans l'obligation de créer un plan national de sécurité civile.

La logique de réponse dans une situation de mesures d'urgence est d'obtenir une organisation souple pouvant répondre de façon générale à toutes les situations.

Afin de pouvoir assurer une coordination efficace et garantir un support adéquat aux établissements du réseau de la santé par exemple, la loi a créé le concept de « Mission ». Chaque ministère est responsable d'une mission et des activités reliées. Ainsi les autres ministères peuvent fournir un support à chacune de ces activités selon leurs possibilités. Donc, le MSSS est responsable de la mission santé avec les activités suivantes :

- Maintien des activités des établissements du réseau
- Préhospitalier
 - Triage
 - Services ambulanciers
 - Évacuation aérienne
- Hospitalier
 - Réception massive d'usagers et de blessés
 - Santé de première ligne
 - Soins infirmiers
 - Consultations médicales
 - Services de pharmacie

- Santé publique
 - Santé environnementale
 - Maladies infectieuses
 - Avis de santé publique
- Psychosocial
 - Services psychosociaux
- Communication
 - Centre de traitement des informations publiques

C'est dans cette perspective que le réseau de la santé et tout particulièrement les départements d'urgence doivent voir la réponse à une situation de sinistre causée par un agent infectieux. Il est essentiel de ne pas travailler en vase clos afin d'assurer un déclenchement rapide du PMU des établissements afin de fournir une coordination efficace.

Nous proposons le développement d'un plan global d'intervention pour tous les scénarios, intégrant initialement une réponse générique. En second lieu, il s'agit d'utiliser les réponses plus spécifiques une fois l'agent en cause ainsi que la situation seront bien identifiés. En effet, il n'est généralement possible de connaître l'identité de l'agent responsable de l'épidémie qu'après un certain temps.

Afin d'éviter la désorganisation, il nous apparaît essentiel de créer une version québécoise du plan, regroupant les différents groupes associés aux mesures d'urgence :

- Organisation de sécurité civile du Québec :
 - Préparation et adaptation du plan national de sécurité civile face à une pandémie
- MSSS :
 - La coordination en sécurité civile devrait devenir le maître d'œuvre de la réponse du réseau de la santé face à une pandémie. En association avec les divers intervenants de la mission santé le MSSS devrait développer une réponse adaptée à une pandémie. Des cinq activités, le volet santé physique sera le plus durement touché. Le volet de santé physique fournissant l'expertise pour répondre adéquatement quant à la prévention et pour tenter de contrôler la situation (tenter de limiter rapidement la pandémie). Il est **ESSENTIEL** que dès maintenant les cinq volets soient coordonnés afin d'éviter **ABSOLUMENT** que la disponibilité des ressources dans un des volets amène la création d'un guide québécois axé seulement sur une des activités (quelle qu'elle soit) au détriment d'une autre.

- Institut national de santé publique :
 - Cet Institut qui serait responsable de développer et d'assurer l'expertise face à une pandémie pour le volet santé publique.

Le plan canadien demeure un incontournable pour avoir une harmonisation des processus décisionnels et organisationnels au point de vue canadien.

RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES :

Chapitre 1 :

- *Aucun commentaire sur ce chapitre. Il s'agit surtout de données brutes.*
- *Erreurs typographiques :*
 - *Page 247 (tableau 1.1) :*
 - *Nous lisons « Âge 2 ans ou 65 ans »*
 - *Au lieu probablement de « Moins de 2 ans et plus de 65 ans » ?*

Chapitre 2 :

- *Nous comprenons à la lecture du document que la plupart des éléments s'avèrent surtout des guides autant pour les usagers que pour les personnes du réseau de la santé (santé publique en particulier) dans l'aide à apporter aux établissements du réseau lors d'un événement du genre. Par contre, dès le début du texte nous croyons opportun d'éviter autant que possible les protocoles rigoureux et impossibles à appliquer dans une situation normale et encore moins dans une situation de sinistre impliquant une urgence infectieuse. Ces guides et protocoles doivent être utiles, facilitants et non contraignants. La vision du plan canadien est une vue « macroscopique » de la situation à travers le pays et le tout DOIT être adapté à notre province. Il faut à cette fin bien l'analyser. La création d'une version québécoise, associée au guide canadien, permettrait ensuite aux agences de pouvoir fournir un guide de réponse aux urgences infectieuses, qui pourrait alors inclure une section sur la pandémie, SRAS, etc.*
- *P. 251 Triage des adultes (18 ans et plus) :*
 - *Diriger les patients après une première évaluation clinique est intéressant, mais surchargera rapidement le réseau de la santé. D'autres moyens doivent être trouvés dans la situation où des centaines voire des milliers de personnes seront touchées. Nous parlons bien ici d'une pandémie et non d'une poussée de quelques cas. Ceci doit se refléter dans l'algorithme.*

- **P. 252 Légende :**
 - **1) Ce qui est identifié comme un centre de triage doit être bien différencié du Triage effectué dans les départements d'urgence au moyen de l'ETG. Il s'agit ici d'un triage spécifique pour une situation spécifique.**
 - **4) Renforcer le fait qu'il est préférable de garder les gens à la maison dans cette situation. Nous suggérons de l'établir dès les premières pages et de le souligner fortement.**

RECOMMANDATIONS CHAPITRE 2 :

- 1. Il faut créer une dynamique permettant aux usagers et au personnel d'intégrer dans le quotidien les façons de faire qui seront utilisées dans les cas de sinistres. Ceci passe par exemple à des exercices fréquents ou par l'utilisation de protocoles reconnus et fréquemment utilisés : désinfection des mains par les usagers à l'entrée de l'établissement, les salles d'attente divisées, etc.**
- 2. Intégrer des mesures préventives dans la vie de tous les jours d'un établissement (désinfections des mains par les visiteurs à l'arrivée dans un CH), explications sur les urgences infectieuses.**
- 3. Il doit être spécifié dans tout guide et PMU qu'initialement la réponse d'un établissement, et du réseau par le fait même, doit être axée sur une réponse face à une urgence infectieuse. Ainsi, lorsque la menace est mieux cernée, une réponse plus adaptée s'effectue.**
- 4. Le maintien des activités de base des établissements doit être assuré, après quelques jours.**
- 5. Cette réponse doit être intégrée dans tous les PMU des établissements québécois.**
- 6. À l'intérieur des PMU peuvent être intégrées les spécificités d'une urgence infectieuse, si celle-ci s'avère probable ou nécessitant une réponse particulière (SRAS, variole, influenza, etc.).**
- 7. À défaut de se conformer à ces éléments minimaux, il est fort probable que notre réponse sera inadéquate et retardée par le manque de connaissance du personnel face à cette problématique:**
 - **Il nous apparaît important de mieux préciser qu'on doit retrouver deux zones spécifiques dorénavant au sein d'une salle d'attente d'une unité d'urgence. Une zone désignée pour les patients avec symptômes respiratoires et une zone pour**

les autres. Ceci permet alors de pouvoir isoler non seulement les patients.

- Dans l'éventualité d'une épidémie-pandémie d'influenza prouvée, nous croyons que TOUT doit être mis en œuvre afin de préserver la mission des établissements de courte durée. Sinon, après seulement quelques jours, ceux-ci seront débordés et ne pourront fournir ni les soins de base, ni les soins avancés aux personnes avec des symptômes d'influenza ou aux autres patients malades ayant des problèmes de santé autres.
- Il est évident que le réseau de la santé seul ne pourra répondre à ce genre de situations. L'activation du plan national de sécurité sera nécessaire afin de pouvoir assurer le support de tous les ministères (mission-activités-supports). Nous devrions alors les utiliser textes et protocoles déjà préparés, dans le plan canadien de pandémie.
- De nouveaux établissements devront alors être « convertis » en établissements de soins.
- L'expérience de déploiement de « tentes » adaptées, dont l'Ontario vient de se doter, pourrait être adaptée au Québec. Ces tentes peuvent être installées n'importe où et permettent l'isolement des personnes et leur traitement. Le déploiement peut se faire rapidement pour un grand nombre de personnes.

Nos remerciements au Docteur Francois Paquet pour la révision de ce dossier