

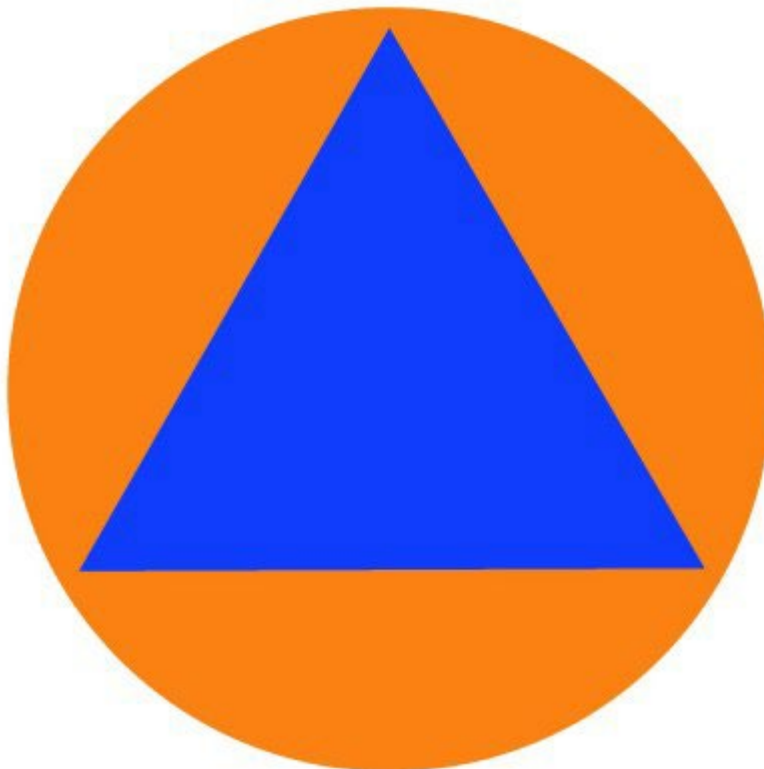
TYPE DE DOCUMENT : Plan	NUMÉRO D'IDENTIFICATION : PDG-PL-001
CE DOCUMENT ANNULE LA VERSION QUI PORTAIT LE TITRE SUIVANT :	
Plan local de sécurité civile-Mission santé Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup (2014) Plan local de sécurité civile Centre de santé et de services sociaux des Basques (2011) Plan local de sécurité civile Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette (2008) Plan local de sécurité civile-Mission santé Centre de santé et de services sociaux de La Mitis (2009) Plan régional de sécurité civile-Mission santé Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (2009)	
CE DOCUMENT S'ADRESSE AUX PERSONNES SUIVANTES :	
Le personnel du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent Les partenaires régionaux et locaux de sécurité civile et mesures d'urgence	
CE DOCUMENT EST ACCESSIBLE :	
☐ Répertoire commun ☒ Site Internet ☒ Intranet ☐ Autre Veuillez préciser	
NOMBRE DE PAGES	183 pages incluant les annexes
RESPONSABLE DE L'APPLICATION	Présidence-direction générale
RESPONSABLE DE LA CODIFICATION ET DE LA CONSERVATION DU DOCUMENT	Présidence-direction générale
INSTANCE(S) CONSULTÉE(S)	Table régionale de coordination SC-MU : 2018-09-20 Comité de direction : 2018-12-19, 2025-05-06
RESPONSABLE DE L'ADOPTION OU DE LA REVISION FINALE	Comité de direction
DATE DE LA MISE EN VIGUEUR	2019-01-30
DATE DE L'ADOPTION PAR LE COMITÉ DE DIRECTION	2019-01-30
REVISION	2027

PLAN

**Plan régional de sécurité civile-Mission santé
(PDG-PL-001)**

Présidence-direction générale

Juin 2025



CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT
355, rue Saint-Germain Ouest
Rimouski (Québec) G5L 3N2

Édition

© Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Le contenu de ce document est inspiré du Plan local de sécurité civile-Mission santé du CISSS de Rivière-du-Loup (2014) et des plans de sécurité civile des autres établissements de santé et de services sociaux de la région.

La direction du CISSS du Bas-Saint-Laurent remercie très chaleureusement les nombreux collaborateurs qui ont contribué à l'élaboration et la production du présent plan.

Coordination et rédaction :

Pierre-Paul Malenfant, TS, consultant

Mise en page et révision linguistique :

Annick Bernard, adjointe de direction

Danie Caron, technicienne en administration

Jessy Boucher, agente administrative

Lucie Bérubé, agente de planification, de programmation et de recherche

Les membres de la Table régionale de coordination de la sécurité civile-Mission santé du CISSS du Bas-Saint-Laurent :

Chantale Lefrançois, responsable régional des installations DI-TSA-DP

Frédéric Audibert, responsable régional du volet psychosocial

Geneviève Lévesque, responsable régionale des installations DI-TSA-DP, substitut

Guylaine Morrier, responsable régionale du volet santé publique

Johanne Poirier, responsable régionale des installations jeunesse

Sarah Ouellet, responsable régionale des communications

Lise Hudon, responsable régionale des services préhospitaliers d'urgence

Marie-Josée Tremblay, responsable régionale du volet santé publique, substitut

Nathalie D'Amours, responsable régionale du volet santé physique

Les coordonnateurs locaux de sécurité civile-Mission santé du CISSS du Bas-Saint-Laurent :

Isabelle Tremblay, coordonnatrice locale de sécurité civile-Mission santé, Témiscouata

Gino Beaudoin, coordonnateur local de sécurité civile-Mission santé, Matapédia

Jean-Philippe Levasseur, coordonnateur local de sécurité civile-Mission santé, Rivière-du-Loup

Caroline St-Louis, coordonnatrice locale de sécurité civile-Mission santé, Rimouski-Neigette

François Dubé, coordonnateur local de sécurité civile-Mission santé, Matane

Renelle Lévesque, coordonnatrice locale de sécurité civile-Mission santé, Mitis

Daniel Tobien, coordonnateur local de sécurité civile-Mission santé, Basques

Steeve Hudon, coordonnateur local de sécurité civile-Mission santé, Kamouraska

L'équipe du Service régional de sécurité civile et mesures d'urgence du CISSS du Bas-Saint-Laurent :

Éric Chouinard, coordonnateur régional de sécurité civile-Mission santé

Alexis Mayrand, technicien en prévention des incendies

Charles-Alexandre Drapeau, technicien en prévention des incendies

Jessy Boucher, agente administrative

François Isabel, conseiller en bâtiment-protection incendie

Certains membres du comité d'éthique :

Maxime Boucher, conseiller cadre qualité, éthique et partenariat

Bruno Leclerc, conseiller externe, professeur universitaire retraité en éthique

Catherine Turgeon-Pelchat, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de la santé publique

Karen Smith, adjointe au directeur, Direction du programme d'hébergement longue durée

Document disponible sur le site Internet du CISSS du Bas-Saint-Laurent : www.cisssbsl.gouv.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

1. L'introduction	11
1.1 La liste de distribution du Plan régional de sécurité civile-Mission santé (PRSC-MS).....	11
1.2 Le registre des mises à jour	11
1.3 La liste des sigles et acronymes	12
1.4 Le lexique	15
1.5 La mise en contexte	24
1.6 Les caractéristiques de la région du Bas-Saint-Laurent	27
1.7 Le CISSS et le réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent en bref	30
2. La structure organisationnelle.....	33
2.1 L'Organisation de sécurité civile du Québec (OSCQ)	33
2.2 L'Organisation régionale de sécurité civile (ORSC)	33
2.3 L'Organisation municipale de sécurité civile (OMSC)	33
2.4 La Coordination régionale de sécurité civile et de mesures d'urgence-Mission santé (CRSCMU-MS).....	34
2.5 Le cadre de gestion stratégique	35
2.6 La structure de coordination du Plan régional de sécurité civile-Mission santé (PRSC-MS) ...	36
2.7 La planification régionale de sécurité civile-Mission santé	42
3. Les Rôles et responsabilités	44
3.1 Les responsabilités générales du CISSS du Bas-Saint-Laurent.....	44
3.2 Les responsabilités communes	45
3.3 Les responsabilités de la Présidence-Direction générale	47
3.4 Les responsabilités du coordonnateur régional de sécurité civile et mesures d'urgence du CISSS du Bas-Saint-Laurent.....	48
3.5 Les responsabilités du volet maintien des activités	51
3.6 Les responsabilités du volet santé physique	52
3.7 Les responsabilités du volet santé publique.....	52
3.8 Les responsabilités du volet psychosocial	53
3.9 Les responsabilités du volet soins et services sociaux particuliers.....	53
3.10 Les responsabilités du volet communication.....	54
3.11 Les responsabilités en mesures d'urgence dans une installation.....	55
4. La mise en alerte, mobilisation et déploiement des sites de coordination	57
4.1 Le système de garde	57
4.2 Les phases d'alerte, de mobilisation et d'intervention	59

4.3	Les schémas de mise en alerte	61
4.4	Le rappel au travail	62
4.5	La mise en alerte de partenaires	62
4.6	Les moyens de mise en alerte	62
4.7	Le déploiement logistique des sites de gestion des opérations	63
5.	<i>Les services préhospitaliers d'urgence et la réception massive de blessés à l'urgence d'un ch de la région (code orange).....</i>	66
5.1	L'Organisation et fonctionnement des services préhospitaliers et de l'urgence d'un centre hospitalier (CH) lors d'une arrivée massive de blessés (CODE ORANGE).....	66
5.2	L'alerte spécifique au code orange	68
5.3	L'organisation des activités	70
5.4	La décontamination	72
5.5	Les rôles et responsabilités	73
5.6	La liste des documents de soutien	74
6.	<i>Le Volet santé physique.....</i>	76
6.1	L'organisation des soins de santé de première ligne dans un centre de services aux sinistrés (CSS)	76
6.2	Les rôles et responsabilités	77
6.3	Les soins infirmiers	78
6.4	Les soins médicaux	78
6.5	Les services de pharmacie.....	79
6.6	La logistique et équipement d'aide à la mobilité.....	79
6.7	La composition de l'équipe de soins de santé de première ligne.....	81
6.8	L'organisation des soins de santé	81
6.9	Les soins à domicile	84
6.10	Le portrait des besoins des clientèles vulnérables.....	84
6.11	La prévention des problèmes de santé publique liés à l'hygiène et à la salubrité	85
6.12	La Liste des ressources et du matériel.....	85
7.	<i>Intervenir sous la gouverne de la Loi sur la Santé publique (2001) et la Direction régionale de la santé publique.....</i>	87
7.1	La prévention, la protection et la surveillance de la santé de la population	88
7.2	Les mesures de protection populationnelle	90
7.3	Les plans particuliers d'intervention.....	90
8.	<i>Les Soins et Services sociaux particuliers.....</i>	92

8.1	La définition des clientèles.....	93
8.2	Le processus d'évaluation et de planification.....	97
8.3	La prise en charge des clientèles.....	98
8.4	La planification du retour dans son milieu de vie	100
9.	<i>Les services psychosociaux</i>	105
9.1	L'importance du processus d'évaluation et de planification des services psychosociaux	107
9.2	Les fonctions du volet psychosocial	108
9.3	L'intervention psychosociale immédiate (IPI).....	110
9.4	L'intervention psychosociale transitoire (IPT)	115
9.5	Les interventions psychosociales de rétablissement	119
9.6	La trousse d'outils psychosociaux.....	122
10.	<i>Le Volet communication</i>	124
10.1	La mise en contexte	124
10.2	Les principes directeurs	126
10.3	L'organigramme du volet communication	126
10.4	La coordination du volet communication.....	127
10.5	Les rôles et responsabilités du volet communication	127
10.6	La gestion des relations de presse	131
10.7	Les communications stratégiques et auprès des partenaires externes	132
10.8	Les activités de communication à la population et aux personnes sinistrées	132
10.9	Les communications internes	135
10.10	Les publics cibles.....	136
11.	<i>Le volet maintien des activités</i>	138
11.1	La composition de l'équipe du volet maintien des activités.....	138
11.2	Le soutien d'autres ressources au besoin.....	139
11.3	Le soutien à la coordination et aux volets impliqués dans la prestation des services.....	140
12.	<i>Le soutien logistique</i>	142
12.1	La composition des équipes du volet soutien logistique	142
12.2	Le soutien aux comités de coordination en situation normale	142
12.3	Le soutien logistique auprès des sites de gestion des opérations de sécurité civile du CISSS du Bas-Saint-Laurent lors d'un sinistre	144
12.4	Le déploiement et le fonctionnement d'un centre de coordination (local ou régional) ou d'un poste de commandement-Santé (PC-Santé).....	144

12.5	Les éléments nécessaires au bon fonctionnement d'un centre de coordination ou d'un PC-Santé	145
13.	<i>La convergence régionale en cas de débordement.....</i>	147
13.1	Le soutien des autres installations de la région	149
13.2	Le soutien de Santé Québec	149
13.3	La priorisation des soins.....	149
13.4	La relocalisation des soins et services	152
14.	<i>L'importance du rétablissement.....</i>	154
14.1	Le processus d'élaboration du plan de rétablissement	154
14.2	Quand doit-on commencer à élaborer le plan de rétablissement?.....	155
14.3	Qui est responsable d'élaborer le plan de rétablissement?	155
14.4	Avec qui doit-on élaborer le plan de rétablissement?	155
14.5	Les paramètres d'un plan de rétablissement	156
14.6	Les indicateurs permettant de déterminer les interventions à privilégier	157
15.	<i>Le bottin des ressources et ententes de service.....</i>	159
15.1	Les ressources internes	159
15.2	Les ressources externes	159
15.3	Les ententes de service	160
16.	<i>L'appropriation, suivi et mise à jour du PRSC-MS</i>	162
16.1	Le plan de travail et le rapport annuel en sécurité civile du CISSS du Bas-Saint-Laurent	162
16.2	Les réunions des comités impliqués en sécurité civile	163
16.3	Le programme de formation en sécurité civile	163
16.4	Le maintien de l'intérêt des employés en regard de la sécurité civile.....	164
16.5	Les exercices de sécurité civile	165
16.6	La mise à jour et révision du PRSC-MS	165
16.7	Les débriefages opérationnels	166
16.8	Le rapport d'événement	167
17.	<i>Le soutien aux intervenants et aux gestionnaires impliqués.....</i>	169
17.1	Les impacts d'un sinistre sur les intervenants et les besoins de soutien	169
17.2	Le soutien aux intervenants dans la gestion de leur stress	170
17.3	Que faire lorsque des intervenants du CISSS du Bas-Saint-Laurent sont eux-mêmes impactés par le sinistre.....	171
17.4	Tenir compte de l'influence de l'organisation du travail sur le stress des intervenants.....	171
17.5	Les ressources d'aide disponibles	173

17.6	Les activités de reconnaissance	173
17.7	Les activités d'évocation et de commémoration	173
Annexe 1		174
Références		181
Bibliographie		182

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Portrait de la population	28
Tableau 2 : Codes d'alerte	41
Tableau 3 : Les phases d'alerte, de mobilisation et d'intervention	59
Tableau 4 : Types de schéma d'alerte	61
Tableau 5 : Coordonnées des centres locaux de coordination-Mission santé	64
Tableau 6 : Profil des services préhospitaliers d'urgence.....	67
Tableau 7 : Éléments à surveiller selon le type d'aléa	89
Tableau 8 : Niveaux d'exposition aux impacts du sinistre.....	96
Tableau 9 : Formulaire cueillette des besoins	101
Tableau 10 : Formulaire processus d'évaluation capacité d'accueil.....	103
Tableau 11 : Soutien à la coordination et aux volets du PRSC-MS	140
Tableau 12 : Éléments expliquant le débordement d'une installation.....	148
Tableau 13 : Les paramètres d'un plan de rétablissement.....	156
Tableau 14 : Exemple de liste des partenaires et des services offerts en cas de sinistre.....	160

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent.....	30
Figure 2 : Organigramme de la haute direction	31
Figure 3 : Cadre de gestion stratégique	35
Figure 4 : Composantes de la structure de coordination du PRSCMU-MS	36
Figure 5 : Liaisons entre la coordination régionale et la coordination locale	40
Figure 6 : Schéma de mise en alerte en sécurité civile-Mission santé.....	61
Figure 7 : Schéma d'exposition des clientèles	96
Figure 8 : Organigramme évacuation de la population	102
Figure 9 : Les étapes de l'intervention psychosociale.....	106
Figure 10 : Organigramme volet communication	126
Figure 11 : Chaîne téléphonique volet communication.....	127
Figure 12 : Renfort en soutien au comité local lors d'un débordement.....	147

SECTION 1

L'INTRODUCTION

TABLE DES MATIÈRES

1.	L'INTRODUCTION	11
1.1	La liste de distribution du Plan régional de sécurité civile-Mission santé	11
1.2	Le registre des mises à jour	11
1.3	La liste des sigles et acronymes.....	12
1.4	Le lexique.....	15
1.5	La mise en contexte.....	24
1.6	Les caractéristiques de la région du Bas-Saint-Laurent	27
1.7	Le CISSS et le réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent en bref.....	30

1. L'INTRODUCTION

1.1 LA LISTE DE DISTRIBUTION DU PLAN RÉGIONAL DE SÉCURITÉ CIVILE-MISSION SANTÉ (PRSC-MS)

NO CARTABLE	ENTITÉS
1	Intranet du CISSS du Bas-Saint-Laurent
2	Site Web du CISSS du Bas Saint-Laurent
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	

1.2 LE REGISTRE DES MISES À JOUR

#	DATE	OBJET DE LA MODIFICATION	PAGE/ANNÉE	ENREGISTRÉ PAR
1	2025-04-15	Mise à jour complète		Éric Chouinard
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

1.3 LA LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche
ASSS	Auxiliaire aux soins de santé et de services sociaux
AVQ	Activités de la vie quotidienne
AVD	Activités de la vie domestique
BC	Bureau du coroner
CA	Conseil d'administration
CAPQ	Centre antipoison du Québec
CAUREQ	Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est-du-Québec
CBRNE	Chimique, biologique, radiologique, nucléaire et explosive
CCM	Centre de coordination municipal
CCS	Centre de communication santé
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLC-MS	Centre local de coordination-Mission santé
CLSC	Centre local de services communautaires
CLSCMU-MS	Comité local de sécurité civile et de mesures d'urgence-Mission santé
CLSC-MS	Comité local de sécurité civile-Mission santé
CMC	Centre municipal de coordination
CMSC	Coordination ministérielle en sécurité civile
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
COG	Centre des opérations gouvernementales
COR	Centre des opérations régionales
COUS	Centre des opérations d'urgence sur le site
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
CRC	Centre régional de coordination

CRSCMU-MS	Comité régional de sécurité civile et mesures d'urgence-Mission santé
CRPAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes
CSCQ	Conseil de sécurité civile du Québec
CSS	Centre de services aux sinistrés
DAE	Directeur-adjoint exécutif
DNSP	Direction nationale de santé publique
DPJ-DPJe	Direction de la protection de la jeunesse-Direction des programmes jeunesse
DRSC	Direction régionale de sécurité civile
DRSP	Direction régionale de santé publique
DSPu	Direction de la santé publique
HQ	Hydro-Québec
IPI	Intervention psychosociale immédiate
IPT	Intervention psychosociale transitoire
ISQ	Institut de la statistique du Québec
LPJ	Loi de la protection de la jeunesse
LSP	Loi sur la santé publique
MAMH	Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation
MELCC	Ministère de l'Environnement, de la Lutte contre les Changements Climatiques et de la Faune et des Parcs
MEIE	Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie
MI	Maladies infectieuses
MRC	Municipalité régionale de comté
MRNF	Ministère des Ressources Naturelles et des Forêts
MRSI	Maladie respiratoire sévère infectieuse
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTMD	Ministère des Transports et de la Mobilité Durable
NAM	Niveau d'alerte et de mobilisation
OMSC	Organisation municipale de sécurité civile

ORSC	Organisation régionale de sécurité civile
OSCQ	Organisation de sécurité civile du Québec
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PAE	Programme d'aide aux employés
PC	Poste de commandement
PDG	Présidence direction générale
PLSC-MS	Plan local de sécurité civile-Mission santé
PMSC	Plan municipal de sécurité civile
PNSC	Plan national de sécurité civile
PPIR	Prévention, préparation, intervention et rétablissement
PRSC	Plan régional de sécurité civile
PRSC-MS	Plan régional de sécurité civile-Mission santé
RAC	Résidence à assistance continue
RI	Ressource intermédiaire
RLMU	Responsable local de mesures d'urgence
RLS	Réseau local de santé
RNI	Ressource non institutionnelle
RPA	Résidence privée pour aînés
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes adultes
RTF	Ressource de type familial
SAD	Soins à domicile
SC	Sécurité civile
SE	Santé environnementale
SHQ	Société d'habitation du Québec
SIP	Séance d'information psychosociale
SPU	Services pré hospitaliers d'urgence
SQ	Sûreté du Québec
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SST	Santé et sécurité au travail
START	Simple triage and rapid treatment (anglais)
URB	Unité de rassemblement des blessés

1.4 LE LEXIQUE

LEXIQUE	DÉFINITIONS
Aléa	Le ministère de la Sécurité publique du Québec définit un aléa comme un « phénomène, événement physique ou activité humaine susceptible d’occasionner des pertes en vies humaines ou des blessures, des dommages aux biens, des perturbations sociales et économiques ou une dégradation de l’environnement ». ¹
Antidote	Les antidotes sont utilisés pour contrer les effets des agents chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires et explosifs (CBRNE). Des contaminations avec ces substances résultent d’un accident technologique ou d’un phénomène naturel ou provoqué (acte terroriste ou criminel). C’est la région de la Capitale-Nationale qui, dans le Plan québécois de gestion contre le terrorisme et de gestion du risque CBRNE, est désignée par le ministère de la Sécurité publique (MSP) comme responsable de couvrir la région du Bas-Saint-Laurent en cas de besoin spécifique d’intervention CBRNE. La région de la Capitale-Nationale verra dans ces circonstances à offrir un rôle de conseil en la matière au CISSS du Bas-Saint-Laurent. Considérant que seulement les pompiers des services des incendies municipaux ont la responsabilité de se rendre dans les zones les plus à risque de contamination (la zone chaude), les antidotes sont gérés par les services des incendies des municipalités, avec le support du MSP.
Centre d’hébergement pour sinistrés	Le Centre d’hébergement pour sinistrés compte parmi les services qui relèvent de la municipalité. Il permet d’héberger les personnes sinistrées n’ayant pas d’autres moyens pour se loger. Il peut être situé à l’intérieur du Centre de services aux sinistrés ou dans un autre édifice.
Centre de communication santé (CCS)	Cet organisme a pour fonction de recevoir les appels en provenance d’un Centre d’urgence 9-1-1, d’une personne, d’un établissement ou d’ailleurs, pour des situations ou des événements qui requièrent l’intervention des services préhospitaliers d’urgence. Le Centre doit : ■ Traiter et prioriser les appels conformément aux protocoles approuvés par le CISSS du Bas-Saint-Laurent; ■ Affecter et répartir les ressources préhospitalières disponibles et utiliser les systèmes d’information disponibles. De ce fait, le CCS autorise le transport d’une personne vers une autre installation maintenue par un établissement lorsque celle qui est prévue est engorgée; ■ Assurer le suivi et l’encadrement opérationnel des ressources affectées à une demande de service; ■ Collaborer, avec le CISSS du Bas-Saint-Laurent, au contrôle et à l’appréciation de la qualité des actes posés par son personnel et par le personnel d’intervention; ■ Coordonner les communications entre les acteurs des services préhospitaliers d’urgence et les établissements; ■ En cas de sinistre, procéder au déclenchement de l’alerte de la Mission santé selon la procédure élaborée par le CISSS du Bas-Saint-Laurent.

¹ Ministère de la Sécurité publique, *Cadre de référence pour la gestion des risques, document de consultation-mars 2007*, p. 37.

LEXIQUE	DÉFINITIONS
Centre de coordination municipal (CCM)	Le Centre de coordination municipal est le lieu à partir duquel la municipalité fournit le soutien aux opérations sur le terrain et assume la gestion globale de la réponse au sinistre. C'est également à cet endroit que se gère l'information opérationnelle et que sont produits les rapports et analyses nécessaires, entre autres, aux activités de l'Organisation municipale de sécurité civile. Lorsqu'un sinistre touche plus d'une municipalité, il est possible que les municipalités locales décident de se regrouper au sein d'un même Centre de coordination (MSP, février 2008).
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (CISSS du Bas-Saint-Laurent)	La mission ultime du CISSS du Bas-Saint-Laurent consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les partenaires des réseaux locaux de services (RLS). Ces services sont disponibles dans les différentes installations présentes dans l'ensemble du territoire bas laurentien, et ce, par le biais des différentes missions : CH, CLSC, CHSLD, CR et CPEJ Par ailleurs, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a la responsabilité de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région du Bas-Saint-Laurent, les orientations et politiques élaborées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. En vue d'assumer adéquatement son rôle de coordination et de concertation, le CISSS du Bas-Saint Laurent élabore un plan régional de sécurité civile-Mission santé qui décrit les contributions attendues des composantes du réseau au regard des activités découlant du Plan régional de sécurité civile (PRSC). Il s'assure ainsi que les soins de santé et les services sociaux sont disponibles en situation de sinistre pour préserver la vie, la santé et le bien-être des personnes sinistrées, et ce, en conformité avec la Loi sur la sécurité civile (article 60), le Plan national de sécurité civile et la politique ministérielle en sécurité civile du MSSS.
Centre de services aux sinistrés	Sous la responsabilité de la municipalité, le Centre de services aux sinistrés est mis sur pied de façon temporaire afin d'accueillir les personnes sinistrées et de répondre à leurs besoins en matière d'hébergement, d'alimentation, d'habillement et d'information. Pour la Mission santé, il s'agit d'un lieu stratégique d'intervention où l'on peut y retrouver les services de santé primaires ainsi que les services psychosociaux spécifiques aux besoins des personnes sinistrées.
Centre des opérations d'urgence sur le site (COUS)	Le Centre des opérations d'urgence sur le site est l'endroit sur le site d'un sinistre où converge toute l'information que les intervenants sur le terrain possèdent et celle qui leur est destinée afin qu'ils puissent coordonner entre eux leurs opérations sur le terrain avec le soutien du coordonnateur du site. C'est ce dernier qui gère ce Centre et les services qu'il offre. Si un événement comporte plusieurs sites, un COUS est ouvert à chaque endroit, chacun sous la supervision d'un coordonnateur de site. S'il y a lieu, la municipalité pourra faire un regroupement par secteur. Tous les COUS relèvent de l'OMSC (MSP, février 2008).
Centre des opérations gouvernementales (COG)	Le Centre des opérations gouvernementales est le lieu où doit converger et être traitée l'information relative aux opérations de l'Organisation de sécurité civile du Québec. Ce Centre a pour rôle la collecte, l'analyse et l'intégration des données en provenance des ORSC concernées, des ministères et organismes au palier national et de toute autre source afin de fournir aux autorités gouvernementales et aux membres de l'OSCC une information consolidée, la plus complète possible, leur permettant de suivre la situation, d'anticiper les événements, d'établir les priorités gouvernementales d'intervention, de coordonner leurs actions ministérielles et de soutenir les ORSC concernées (MSP, février 2008).

LEXIQUE	DÉFINITIONS																								
Centre des opérations régionales (COR) de l'ORSC	Le Centre des opérations régionales de l'Organisation régionale de sécurité civile gère l'information opérationnelle et produit les rapports à diffuser auprès des autorités du MSP et des partenaires de l'ORSC et des OMSC concernées. Ses activités permettent d'anticiper le cours des événements et d'établir les stratégies et priorités d'intervention régionales du gouvernement du Québec. Ce Centre a notamment pour rôle la collecte, l'analyse et l'intégration de l'information en provenance des municipalités sinistrées, des ministères et organismes concernés ou de toute autre source (MSP, février 2008).																								
Centre régional de coordination de sécurité civile-Mission santé	Afin de mener à bien le processus de coordination de ses opérations lors d'un sinistre, le CISSS du Bas-Saint-Laurent peut compter sur : • Le Centre régional de coordination de sécurité civile-Mission santé, situé à la salle 117 du 288, Pierre-Saïndon, à Rimouski. Le Centre régional de coordination voit à coordonner toutes les actions régionales concernant un sinistre d'envergure régionale; • Le Centre local de coordination en sécurité civile-Mission santé. Chacune des huit (8) installations du CISSS du Bas-St-Laurent peut compter sur la présence d'un Centre local de coordination en sécurité civile. Le Centre local de coordination voit à coordonner toutes les actions du CISSS du Bas-Saint-Laurent au niveau de son territoire de MRC.																								
Centre local de coordination de sécurité civile-Mission santé																									
Chimique, biologique, radiologique, nucléaire et explosive (CBRNE)	Souvent désigné sous l'acronyme CBRNE, ce type d'événement met en cause des substances de nature chimique, biologique, radiologique, nucléaire et explosive. Des contaminations avec ces substances résultent d'un accident technologique ou d'un phénomène naturel ou provoqué (acte terroriste ou criminel). C'est la région de la Capitale-Nationale qui, dans le Plan québécois de gestion contre le terrorisme et de gestion du risque CBRNE, est désignée par le ministère de la Sécurité publique comme responsable de couvrir la région du Bas-Saint-Laurent en cas de besoin spécifique d'intervention CBRNE. Le CIUSSS de la Capitale-Nationale verra dans ces circonstances à offrir un rôle de conseil en la matière au CISSS du Bas-Saint-Laurent.																								
Code de couleur	Il s'agit d'un code d'alerte basé sur les couleurs utilisées dans les plans de mesures d'urgence des installations du réseau de la santé et des services sociaux. <table border="1"> <thead> <tr> <th>CODE</th><th>INCIDENT</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> BLEU</td><td>Arrêt cardiaque</td></tr> <tr> <td> ROSE</td><td>Arrêt cardiaque pédiatrique</td></tr> <tr> <td> JAUNE</td><td>Usager manquant</td></tr> <tr> <td> BLANC</td><td>Patient violent</td></tr> <tr> <td> ROUGE</td><td>Incendie</td></tr> <tr> <td> NOIR</td><td>Colis suspect et/ou appel de menace</td></tr> <tr> <td> BRUN</td><td>Déversement de matières dangereuses (interne)</td></tr> <tr> <td> ORANGE</td><td>Réception massive d'usagers et/ou de blessés</td></tr> <tr> <td> GRIS</td><td>Fuite toxique (externe)</td></tr> <tr> <td> VERT</td><td>Évacuation</td></tr> <tr> <td> ARGENT</td><td>Usage menaçant d'une arme</td></tr> </tbody> </table>	CODE	INCIDENT	 BLEU	Arrêt cardiaque	 ROSE	Arrêt cardiaque pédiatrique	 JAUNE	Usager manquant	 BLANC	Patient violent	 ROUGE	Incendie	 NOIR	Colis suspect et/ou appel de menace	 BRUN	Déversement de matières dangereuses (interne)	 ORANGE	Réception massive d'usagers et/ou de blessés	 GRIS	Fuite toxique (externe)	 VERT	Évacuation	 ARGENT	Usage menaçant d'une arme
CODE	INCIDENT																								
 BLEU	Arrêt cardiaque																								
 ROSE	Arrêt cardiaque pédiatrique																								
 JAUNE	Usager manquant																								
 BLANC	Patient violent																								
 ROUGE	Incendie																								
 NOIR	Colis suspect et/ou appel de menace																								
 BRUN	Déversement de matières dangereuses (interne)																								
 ORANGE	Réception massive d'usagers et/ou de blessés																								
 GRIS	Fuite toxique (externe)																								
 VERT	Évacuation																								
 ARGENT	Usage menaçant d'une arme																								

LEXIQUE	DÉFINITIONS
Comité de gestion stratégique du CISSS du Bas-Saint-Laurent	Le comité de gestion stratégique du CISSS du Bas-Saint-Laurent est mis en place lors d'un sinistre majeur. Il est composé des membres de l'équipe de direction de l'établissement qui sont directement concernés par l'événement et du coordonnateur régional de sécurité civile-Mission santé. Ces derniers assument leurs responsabilités habituelles et tout autre mandat requis par la situation. L'objectif du comité de gestion stratégique est de soutenir les interventions du Comité régional de coordination de sécurité civile du CISSS du Bas-Saint-Laurent et de donner les orientations stratégiques lorsque cela est requis.
Comité local de sécurité civile-Mission santé (CLSC-MS) du secteur de MRC	Instance où, lorsque survient un sinistre dans le territoire d'une installation du CISSS du Bas-Saint-Laurent, les membres (coordonnateur local et responsables des volets) du comité local de sécurité civile-Mission santé, coordonnent les activités de la Mission santé. Afin d'assurer une coordination des opérations le plus près possible de l'événement, on retrouve un tel comité local de coordination dans chacun des huit (8) territoires des MRC du Bas-Saint-Laurent. Au besoin, en situation de sinistre, le CLSC-MS du réseau de la santé et des services sociaux peut ouvrir un Centre de coordination de la Mission santé et des postes de commandement.
Comité régional de coordination en sécurité civile-Mission santé (CRCSC-MS)	Instance où le coordonnateur régional de la sécurité civile du réseau de la santé et des services sociaux et les responsables régionaux de volets (santé physique, santé publique, services psychosociaux, maintien des activités, communications et logistique) coordonnent les activités de la Mission santé. Au besoin, en situation de sinistre, le CRCSC-MS du réseau de la santé et des services sociaux peut ouvrir un Centre régional de coordination de la Mission santé.
Coordonnateur de site de sinistre	Le coordonnateur de site de sinistre est nommé par la coordination municipale en sécurité civile. Il a pour mandat d'assurer la coordination des activités des organisations actives dans le périmètre d'opération du sinistre (MSP, février 2008).
Décontamination des personnes	La décontamination consiste à enlever les produits de nature CBRNE ayant contaminé les personnes exposées lors d'un accident de nature accidentelle, criminelle, terroriste ou autre. La décontamination s'effectue en différentes phases selon le produit et les conditions. Selon le cas, on pourra recourir à la décontamination grossière ou à la décontamination fine. Des travaux devront se faire afin de déterminer les modalités d'application de ces différents procédés dans la région. Décontamination grossière : Sous la responsabilité des services des incendies municipaux, la décontamination grossière se fait avant la prise en charge de la victime par les services préhospitaliers d'urgence, le cas échéant, et consiste souvent en un simple lavage avec beaucoup d'eau. Il faut cependant considérer qu'il est possible que des victimes se présentent à un établissement de santé sans être passées par cette première décontamination. Dans ce cas, l'établissement procède à la décontamination grossière et à la décontamination fine dans l'installation. Les CH devront être avisés d'un événement d'envergure avec des substances de nature CBRNE afin que des personnes ayant été contaminées ne puissent accéder à l'établissement sans être décontaminées au préalable. Décontamination fine : Sous la responsabilité de l'établissement de santé receveur, la décontamination fine individuelle se fait à l'arrivée de la victime à l'établissement et consiste en un lavage plus minutieux du corps, notamment des plaies, selon un protocole établi. Elle peut s'effectuer dans tous les établissements de la région où l'on retrouve un service d'urgence. Elle nécessite des installations et des protocoles particuliers pour éviter la contamination secondaire au sein de l'établissement.

LEXIQUE	DÉFINITIONS
	Décontamination fine de masse : Considérant que plusieurs personnes peuvent être contaminées en même temps lors d'un sinistre, il y a lieu de prévoir un site unique de décontamination fine de masse équipé pour recevoir l'ensemble des personnes contaminées.
Direction régionale de la santé publique (DRSP)	Sous la direction du CISSS du Bas-Saint-Laurent, la mission de la Direction régionale de santé publique se définit, soit par des responsabilités confiées en propre à son directeur par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Loi sur la santé publique, la Loi sur la qualité de l'environnement ou la Loi sur la santé et la sécurité du travail, soit par des responsabilités confiées au CISSS du Bas-Saint-Laurent et qui lui sont déléguées. Le directeur régional de santé publique est responsable dans sa région : ■ D'informer la population de l'état de santé général des individus qui la compose, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire les études ou les recherches nécessaires à cette fin²; ■ D'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection³; ■ D'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller les centres intégrés sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable⁴; ■ D'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant des conséquences sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il estime nécessaires pour favoriser cette action⁵. Selon la Loi sur la santé publique, le directeur régional de santé publique peut procéder à une enquête épidémiologique⁶ lors de menace à la santé, ordonner des mesures de contrôle et, si nécessaire, mobiliser⁷ les ressources du réseau de la santé et des services sociaux.
État d'urgence	Il s'agit d'une mesure exceptionnelle prise en vertu de la Loi sur la sécurité civile par le gouvernement (articles 88 à 99) ou une municipalité (articles 42 à 52) en vue de protéger la vie, la santé ou l'intégrité des personnes. Il s'agit d'un pouvoir exceptionnel qui permet notamment de : ■ Contrôler l'accès aux voies de circulation, au territoire concerné ou les soumettre à des règles particulières; ■ Accorder, pour le temps que la loi juge nécessaire à l'exécution rapide et efficace des mesures d'intervention, des autorisations ou des dérogations dans les domaines qui relèvent de la compétence de la municipalité; ■ Ordonner, lorsqu'il n'y a pas d'autres moyens de protection, l'évacuation des personnes de tout ou partie du territoire concerné que la loi détermine ou, sur avis de l'autorité responsable de la protection de la santé publique, leur confinement. Veiller, si celles-ci n'ont pas d'autres ressources, à leur hébergement, leur ravitaillement et leur habillement ainsi qu'à leur sécurité;

² Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 373.1.

³ Ibid., art. 373.2.

⁴ Ibid., art. 373.3.

⁵ Ibid., art. 373.4.

⁶ Loi sur la santé publique, art. 96.

⁷ Ibid., art. 97.

LEXIQUE	DÉFINITIONS
État d'urgence (suite)	■ Requérir l'aide de tout citoyen en mesure d'assister les effectifs déployés; ■ Ordonner la fermeture d'établissements dans le territoire concerné; ■ Ordonner, lorsqu'il n'y a pas d'autres moyens de protection, la construction ou la démolition de tout ouvrage, le déplacement de tout bien ou l'enlèvement de toute végétation dans le territoire concerné; ■ Ordonner de cesser l'alimentation en énergie ou en eau par aqueduc de tout ou partie du territoire concerné qu'il détermine; ■ Réquisitionner les moyens de secours et les lieux d'hébergement privés ou publics nécessaires; ■ Réquisitionner des denrées, vêtements et autres biens de première nécessité pour les victimes et voir à leur distribution; ■ Rationner les biens et services de première nécessité et établir des priorités d'approvisionnement; ■ Prendre la décision de mettre en œuvre, pour le territoire concerné, les programmes d'assistance financière; ■ Faire les dépenses et conclure les contrats que la loi juge nécessaires.
État d'urgence sanitaire	Il s'agit de mesures exceptionnelles appliquées en vertu de la Loi sur la santé publique⁸. Ainsi, au cours de l'état d'urgence sanitaire, malgré toute disposition contraire, le gouvernement ou le ministre, s'il a été habilité, peut, sans délai et sans formalité, pour protéger la santé de la population : 1° Ordonner la vaccination obligatoire de toute la population ou d'une certaine partie de celle-ci contre la variole ou contre une autre maladie contagieuse menaçant gravement la santé de la population et, s'il y a lieu, dresser une liste de personnes ou de groupes devant être prioritairement vaccinés; 2° Ordonner la fermeture des établissements d'enseignement ou de tout autre lieu de rassemblement; 3° Ordonner à toute personne, tout ministère ou organisme de lui communiquer ou de lui donner accès immédiatement à tout document ou à tout renseignement en sa possession, même s'il s'agit d'un renseignement personnel, d'un document ou d'un renseignement confidentiel; 4° Interdire l'accès à tout ou partie du territoire concerné ou n'en permettre l'accès qu'à certaines personnes et qu'à certaines conditions, ou ordonner, lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen de protection, pour le temps nécessaire, l'évacuation des personnes de tout ou partie du territoire ou leur confinement et veiller, si les personnes touchées n'ont pas d'autres ressources, à leur hébergement, leur ravitaillement et leur habillement ainsi qu'à leur sécurité; 5° Ordonner la construction de tout ouvrage ou la mise en place d'installations à des fins sanitaires ou de dispensation de services de santé et de services sociaux; 6° Requérir l'aide de tout ministère ou organisme en mesure d'assister les effectifs déployés; 7° Faire les dépenses et conclure les contrats qu'il juge nécessaires; 8° Ordonner toute autre mesure nécessaire pour protéger la santé de la population.
Installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent	Il s'agit des édifices où sont offerts les services des différentes missions du réseau de la santé et des services sociaux de la région. Il peut également y avoir des installations dédiées uniquement aux activités administratives ou à l'entreposage de matériel ou d'équipement de l'établissement.

⁸ Loi sur la santé publique, art. 123.

LEXIQUE	DÉFINITIONS
Organisation municipale de sécurité civile (OMSC)	Il s'agit de la structure que la municipalité met en place afin de coordonner et de mettre en œuvre les interventions nécessaires lors d'un sinistre. L'OMSC rassemble les personnes engagées dans les interventions de sécurité civile. L'OMSC a la responsabilité de voir à la coordination du site de sinistre sur son territoire.
Organisation régionale de sécurité civile (ORSC)	L'Organisation régionale de sécurité civile est un organisme de coordination qui rassemble les répondants régionaux des ministères et organismes gouvernementaux engagés dans les interventions de sécurité civile. Le CISSS du Bas-Saint-Laurent participe aux travaux de l'ORSC du Bas-Saint-Laurent, en tant que responsable de la Mission santé.
Organisme communautaire	Un organisme communautaire est une personne morale constituée à des fins non lucratives. Ce type d'organisme peut œuvrer dans le domaine de la santé et des services sociaux, de la justice, de l'environnement, etc. Il s'agit d'organismes autonomes.
Phases d'un sinistre (PPIR)	Il s'agit des quatre phases d'un sinistre communément appelées PPIR : ▪ La prévention constitue en fait une dimension de la sécurité civile qui correspond à toutes activités qui permettent de prévenir la survenue d'un sinistre, d'en atténuer les impacts, etc. Le développement d'une culture de sécurité civile fait partie des activités de prévention; ▪ La préparation regroupe toutes les activités et mesures destinées à renforcer la capacité des personnes, des organisations et des communautés à faire face à un sinistre. Il s'agit d'un processus continu et dynamique qui permet de réduire l'incertitude et l'improvisation en cas de sinistre; ▪ L'intervention correspond à toutes les étapes de la réponse à un sinistre. Il s'agit des mesures prises immédiatement avant, pendant et après un sinistre en vue de préserver la vie, la santé et le bien-être de la population. Il s'agit également des interventions qui visent à assurer les services essentiels ainsi qu'à protéger les biens et l'environnement; ▪ Le rétablissement est constitué de l'ensemble des activités prises pendant et après un sinistre pour restaurer les conditions sociales, économiques, physiques et environnementales de la communauté sinistrée. Les dimensions sociales, psychologiques, économiques, politiques, culturelles et communautaires sont prises en compte dans le processus de rétablissement. Cette phase s'opère graduellement en fonction de l'ampleur et de la nature du sinistre. Elle mobilise plusieurs partenaires de la sécurité civile. Pour la Mission santé, il s'agit d'une phase qui peut s'étaler sur plusieurs mois, voire des années.
Plan de mesures d'urgence	Alors que le plan de sécurité civile concerne la gestion des opérations lorsqu'un événement survient dans la communauté, le plan de mesures d'urgence vise uniquement les événements, habituellement identifiés par un code de couleur, survenant dans les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Il s'agit des mesures d'urgence que l'établissement doit mettre en place pour préserver la vie, la santé et le bien-être des occupants de ses installations. Chaque installation doit avoir son propre plan de mesures d'urgence.

LEXIQUE	DÉFINITIONS
Plan national de sécurité civile (PNSC)	Issu de la Loi sur la sécurité civile, ce document décrit la planification gouvernementale en cas de sinistre. Le Plan national de sécurité civile vise à mettre en œuvre divers moyens : ■ Pour prévenir les sinistres majeurs ou pour tenter d'en atténuer les conséquences; ■ Pour être mieux préparé à y faire face; ■ Pour favoriser la concertation en cas d'intervention et pour accélérer le rétablissement. Il comprend, d'une part, un cadre d'intervention abordant les questions relatives aux champs d'application, aux modalités de fonctionnement et à l'articulation de l'intervention gouvernementale et, d'autre part, un cadre opérationnel décrivant la structure organisationnelle des missions devant faire l'objet d'un plan élaboré par le ministère ou l'organisme qui en assume la responsabilité. Ce document est produit par le ministère de la Sécurité publique du Québec.
Plan régional de sécurité civile (PRSC)	Découlant du PNSC, ce document décrit la planification gouvernementale, à l'échelle régionale, en cas de sinistre. Il comprend, d'une part, un cadre d'intervention abordant les questions relatives aux champs d'application, aux modalités de fonctionnement et à l'articulation de l'intervention gouvernementale et, d'autre part, un cadre opérationnel décrivant la structure organisationnelle de chacune des missions devant faire l'objet d'un plan élaboré par le ministère ou l'organisme qui en assume la responsabilité. Ce document est produit par la Direction régionale de sécurité civile.
Poste de commandement (PC)	Un poste de commandement (PC) désigne le lieu mis en place par une organisation qui intervient sur le terrain pour diriger les actions de ses intervenants. Ce poste est en lien direct avec le centre local de coordination situé dans les murs de l'établissement. L'ampleur, l'étendue, la durée ou la nature du sinistre peuvent par ailleurs nécessiter la mise sur pied, par une organisation, de plusieurs postes de commandement sur le terrain (MSP, 2008).
Premiers répondants	Ces intervenants sont formés et désignés à l'intérieur d'une municipalité pour agir dans certaines situations précises et définies selon des protocoles préétablis à l'intérieur de la chaîne d'intervention du système préhospitalier d'urgence. Les premiers répondants ne peuvent être dépêchés sur le lieu d'un sinistre qu'à la demande du Centre de communication santé (9-1-1).
Relocalisation temporaire des usagers	Il s'agit des mesures prises par l'établissement, lors d'une évacuation, pour assurer à chaque usager une relocalisation temporaire adaptée à ses besoins. L'établissement doit déterminer l'endroit le plus approprié pour que l'utilisateur puisse recevoir les services requis par son état de santé (domicile de la famille, autres installations de l'établissement, Centre de services aux sinistrés, autres établissements du réseau, ressources privées, etc.). Cette démarche doit s'effectuer pour toutes les clientèles hébergées par l'établissement, incluant celles en ressources non institutionnelles (RNI).
Réseau de la santé et des services sociaux	Il s'agit de l'ensemble des installations où sont dispensés les soins de santé et les services sociaux offerts par le CISSS du Bas-Saint-Laurent et ses partenaires. Il comprend les médecins en pratique privée, les pharmacies communautaires, le Centre de communication santé (9-1-1), les entreprises ambulancières et les organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux.
Services préhospitaliers d'urgence	Cette chaîne d'interventions préhospitalières comprend le Centre de communication santé (9-1-1), les services ambulanciers et les premiers répondants, lorsque requis.

LEXIQUE	DÉFINITIONS
Sinistre majeur	La Loi sur la sécurité civile définit un sinistre majeur comme : <i>Un événement dû à un phénomène naturel, une défaillance technologique ou un accident découlant ou non de l'intervention humaine, qui cause de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens et exige de la collectivité affectée des mesures inhabituelles, notamment une inondation, une secousse sismique, un mouvement de sol, une explosion, une émission toxique ou une pandémie⁹.</i>
Tragédie	Une tragédie est une situation provoquée par un événement qui porte ou pourrait porter atteinte à l'intégrité physique ou psychologique d'une ou de plusieurs personnes ou qui cause des dommages aux biens matériels et nécessite une intervention rapide pour laquelle les ressources et les procédures d'une installation du CISSS du Bas-Saint-Laurent sont suffisantes et adéquates.
Volets	Il s'agit des volets du Plan régional de sécurité civile-Mission santé du CISSS du Bas-Saint-Laurent : - Volet santé physique : - Les services préhospitaliers d'urgence (SPU); - Les services hospitaliers (code orange); - Les soins de santé de première ligne; - Volet santé publique; - Volet services psychosociaux; - Volet soins et services sociaux particuliers. Auxquels s'ajoutent deux volets de soutien transversal : ■ Volet communication; ■ Volet maintien des activités.

⁹ Loi sur la sécurité civile., art. 2, par. 1.

1.5 LA MISE EN CONTEXTE

Depuis les années 1970, on constate partout dans le monde une augmentation importante du nombre de sinistres, qui ont causé des milliers de décès et des dommages économiques évalués à plusieurs milliards de dollars. Pensons notamment aux incendies de forêt en Australie et aux États-Unis, de l'été 2023, aux nombreux décès attribuables à la chaleur en Colombie-Britannique en 2021, aux différents ouragans et tempêtes tropicales, aux séismes causant de nombreux décès, etc.

La région du Bas-Saint-Laurent et le Québec n'y échappent pas : Incendies de forêts de l'été 2023, inondations printanières de 2017, incendie de la Résidence du Havre à L'Isle-Verte en janvier 2014, catastrophe ferroviaire survenue à Lac Mégantic en juillet 2013, inondations de la Rivière Richelieu au printemps 2011, grandes marées dans l'est du Québec en décembre 2010, inondations à Rivière-au-Renard en 2007, fusillade au Collège Dawson en 2006, sans oublier le grand verglas de 1998 et le déluge du Saguenay en 1996. En plus de marquer la mémoire collective, ces catastrophes ont occasionné des dommages importants et entraîné un déploiement massif de ressources.

Nul ne peut prétendre être à l'abri de tels événements et tout comme les autres composantes de la société, le CISSS du Bas-Saint-Laurent doit se préparer en conséquence.

1.5.1 LE CONTEXTE LÉGAL

Le Plan régional de sécurité civile-Mission santé du CISSS du Bas-Saint-Laurent s'inscrit dans le contexte légal et réglementaire relevant des lois suivantes :

- Loi sur la sécurité civile visant à favoriser la résilience aux sinistres (LSCRS) chapitre S-2.4;
- Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (LGSSSS) chapitre G-1.021;
- Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, L.R.Q., chapitre S-6.2;
- Loi sur la santé et la sécurité du travail, L.R.Q., chapitre S-2.1;
- Loi sur la quarantaine, gouvernement du Canada, 12 mai 2005;
- Loi sur la santé publique, L.R.Q., chapitre S-2.2;
- Loi sur la sécurité dans les édifices publics, L.R.Q., chapitre S-3;
- Loi sur la sécurité incendie, L.R.Q., chapitre S-3.4.

1.5.2 LA POLITIQUE QUÉBÉCOISE DE SÉCURITÉ CIVILE

Au printemps 2014, le gouvernement du Québec adoptait une première politique québécoise de sécurité civile. Intitulée *Politique québécoise de sécurité civile 2014-2024; vers une société québécoise plus résiliente aux catastrophes*, cette politique identifie 25 objectifs regroupés autour de cinq (5) orientations majeures :

1. Consolider le système québécois de sécurité civile;
2. Améliorer la connaissance des risques de sinistre;
3. Accroître le partage de l'information et le développement des compétences;
4. Recourir en priorité à la prévention;
5. Renforcer la capacité de réponse aux catastrophes.

1.5.3 LE PLAN NATIONAL DE SÉCURITÉ CIVILE

Découlant de la Loi sur la sécurité civile (2001), le Plan national de sécurité civile (PNSC) met en œuvre divers moyens pour prévenir les sinistres majeurs ou pour tenter d'en atténuer les conséquences, pour être mieux préparé à y faire face, pour favoriser la concertation en cas d'intervention ainsi que pour accélérer le rétablissement.

Sous la gouvernance du ministère de la Sécurité publique, le PNSC comprend, d'une part, un cadre d'intervention abordant les questions relatives aux champs d'application, aux modalités de fonctionnement et à l'articulation de l'intervention gouvernementale et, d'autre part, un cadre opérationnel décrivant la structure organisationnelle des missions devant faire l'objet d'un plan élaboré par le ministère ou l'organisme qui en assume la responsabilité. Le PNSC identifie les 15 missions nécessaires au bon déroulement des opérations lors d'un sinistre :

- Activité économique;
- Aide financière;
- Bioalimentaire;
- Communication;
- Environnement;
- Électricité;
- Énergie;
- Habitation;
- Télécommunication;
- **Santé;**
- Services essentiels gouvernementaux;
- Soutien aux services aux personnes sinistrées;
- Soutien aux municipalités;
- Transport;
- Évacuation, sécurité et réintégration.

1.5.4 LA POLITIQUE MINISTÉRIELLE EN SÉCURITÉ CIVILE DU MSSS

C'est dans la foulée de la politique québécoise de sécurité civile que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est doté d'une Politique ministérielle de sécurité civile-Santé et Services sociaux (2014). Cette politique repose sur 37 objectifs, regroupés autour de cinq (5) orientations :

1. Consolider les instances de coordination pour assumer un leadership en sécurité civile;
2. Raffermer les liens de partenariat en matière de sécurité civile;
3. Adopter l'approche en gestion des risques comme base de planification en sécurité civile;
4. Accroître la résilience du MSSS et du réseau en matière de sécurité civile;
5. Assurer de façon continue la formation du personnel affecté à la sécurité civile et favoriser le développement des compétences.

1.5.5 LA MISSION SANTÉ

En tant que responsable de la Mission santé du PNSC, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis à jour la Mission santé en 2020. En situation de sinistre où l'intervention du réseau de la santé et des services sociaux est requise, la Mission santé permet de répondre aux conséquences d'un sinistre et offre des soins de santé et des services sociaux dans le but de préserver la vie et la santé et de favoriser le bien-être psychosocial des personnes. La Mission santé est constituée de trois grands axes, qui regroupent l'ensemble des services dévolus à cette mission :

1. Préhospitaliers d'urgence et réception des personnes sinistrées :
 - Préhospitaliers d'urgence;
 - Réception des personnes sinistrées.
2. Soins et services aux personnes sinistrées :
 - Soins infirmiers;
 - Services psychosociaux;
 - Soins et services sociaux particuliers;
 - Consultations médicales;
 - Médicaments et services pharmaceutiques.
3. Santé publique :
 - Vigie et surveillance;
 - Enquête en santé publique;
 - Protection de la santé de la population;
 - Expertise en santé publique.

1.6 LES CARACTÉRISTIQUES DE LA RÉGION DU BAS-SAINT-LAURENT¹⁰

1.6.1 LE PORTRAIT DE LA RÉGION

Le Bas-Saint-Laurent est la plus vaste région administrative située au sud du fleuve Saint-Laurent. Il s'agit d'un territoire faiblement peuplé dont plus de 80 % de la superficie est sous couvert forestier (MERN, 2010). Plusieurs municipalités de la région du Bas-Saint-Laurent longent la rive sud du fleuve Saint-Laurent sur quelque 320 kilomètres de côte, entre La Pocatière et Les Méchins. D'autres villes, villages et paroisses du territoire sont localisés sur les terres du Haut-Pays et sur celles des vallées du Témiscouata et de La Matapédia, bordées au sud par les frontières du Nouveau-Brunswick et du Maine (États-Unis). En 2024, la région compte 204 892 habitants au total, répartis dans huit MRC (municipalité régionale de comté), correspondant aux 8 réseaux locaux de santé (RLS) existants. Cette population distribuée sur un territoire de 22 185 km² (densité de 9,0 habitants/km²) comprend 113 municipalités, dont 47 ont moins de 500 habitants, ainsi que 14 territoires non organisés (TNO) et 2 réserves indiennes. Tandis qu'environ la moitié des résidents de la région habite dans les principaux centres urbains, avec en tête de liste les villes de Rimouski, de Rivière-du-Loup et de Matane, la ruralité constitue le mode d'occupation du territoire de l'autre moitié de la population.

Certaines petites collectivités sont séparées des autres par de grandes distances, ce qui peut représenter un défi quant à l'accès à une diversité de services, dont les services sociaux et de santé. Les municipalités régionales de comté (MRC) de Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Les Basques composent le secteur ouest de la région (aussi appelé KRTB). Le secteur Est regroupe les MRC de Rimouski-Neigette, La Mitis, La Matapédia et La Matanie.

À l'instar d'autres régions ayant une abondance de ressources naturelles, le Bas-Saint-Laurent mise sur un secteur primaire fort, particulièrement les secteurs forestier et agricole, par rapport aux activités économiques et à l'emploi (MEIE, 2014). Ces secteurs ont toutefois subi les contrecoups des conjonctures économiques et de la fluctuation du taux de change canadien dans la dernière décennie, entraînant la fermeture de certaines entreprises et la perte de nombreux emplois dans la région (MEIE, 2015). La dévitalisation des communautés, tout comme le vieillissement démographique, sont des conséquences de ces pertes. Les enjeux économiques et socioculturels qui en découlent influencent d'une façon déterminante la santé de la population du Bas-Saint-Laurent.

¹⁰ Sources :

- Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent, *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020*
- Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent, *La santé de la population en chiffres!* 6 février 2018.
- CISSS du Bas-Saint-Laurent, *Rapport annuel de gestion 2016-2017*

1.6.2 LE PORTRAIT DE LA POPULATION

En plus de connaître une diminution de 7 % depuis les trente dernières années, la population de la région se fait de plus en plus vieillissante. En effet, des 17 régions administratives du Québec en 2016, le Bas-Saint-Laurent présente la deuxième proportion en importance de personnes de 65 ans et plus (24 % contre 17 % pour le Québec). Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), cette proportion grimpera à 36 % (65 000 personnes) en 2035 et la région se situera toujours dans le peloton de tête, aux côtés de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (ISQ, 2015a).

En 2015, le taux de travailleurs demeure moins élevé au Bas-Saint-Laurent que dans l'ensemble du Québec (70,5 % contre 76,1 %). Pour le taux de chômage, il reste plus élevé au Bas-Saint-Laurent qu'au Québec en 2016 (8,1 % contre 7,1 %). La proportion des 18-64 ans recevant une aide financière du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale en février 2017 s'élève à 6,8 %. Dans l'ensemble du Québec, le taux d'assistance sociale est un peu moins élevé (6,3 %). Bien que la population bas-laurentienne soit, en 2011, encore l'une des moins scolarisées du Québec (19 % des 25-64 ans n'ont jamais obtenu de certificat ou de diplôme d'études comparativement à 15 % au Québec), avec les récents faibles taux de décrochage scolaire de la région, tout porte à croire que cette situation s'améliorera.

Tableau 1 : Portrait de la population

	Bas-Saint-Laurent	Ensemble du Québec
Âge médian	49.4	42.7
Niveau de scolarité (% n'ayant aucun diplôme)	14.9 %	11.8 %
Taux de chômage	4.5 %	5.4 %
Variation du nombre d'emplois 2022-2023	3.5 %	2.3 %
Revenu disponible par habitant	33 450 \$	36 826 \$
Personnes à faible revenu	14.4 %	11.9 %
Proportion d'immigrants	1.4 %	14.6 %

De façon générale, la majorité des Bas-Laurentiens se perçoivent en bonne santé, tout comme les autres québécois d'ailleurs. L'état de santé de la population régionale se caractérise notamment par :

- Des jeunes en bonne santé;
- Une proportion plus grande de maladies chroniques (cancer, diabète, cardiovasculaires, etc.), associées au vieillissement de la population;
- Une augmentation inquiétante du surplus pondéral;
- Une augmentation des problèmes de santé mentale.

1.6.3 LES VULNÉRABILITÉS ET FACTEURS DE RISQUE DE SINISTRES CONNUS

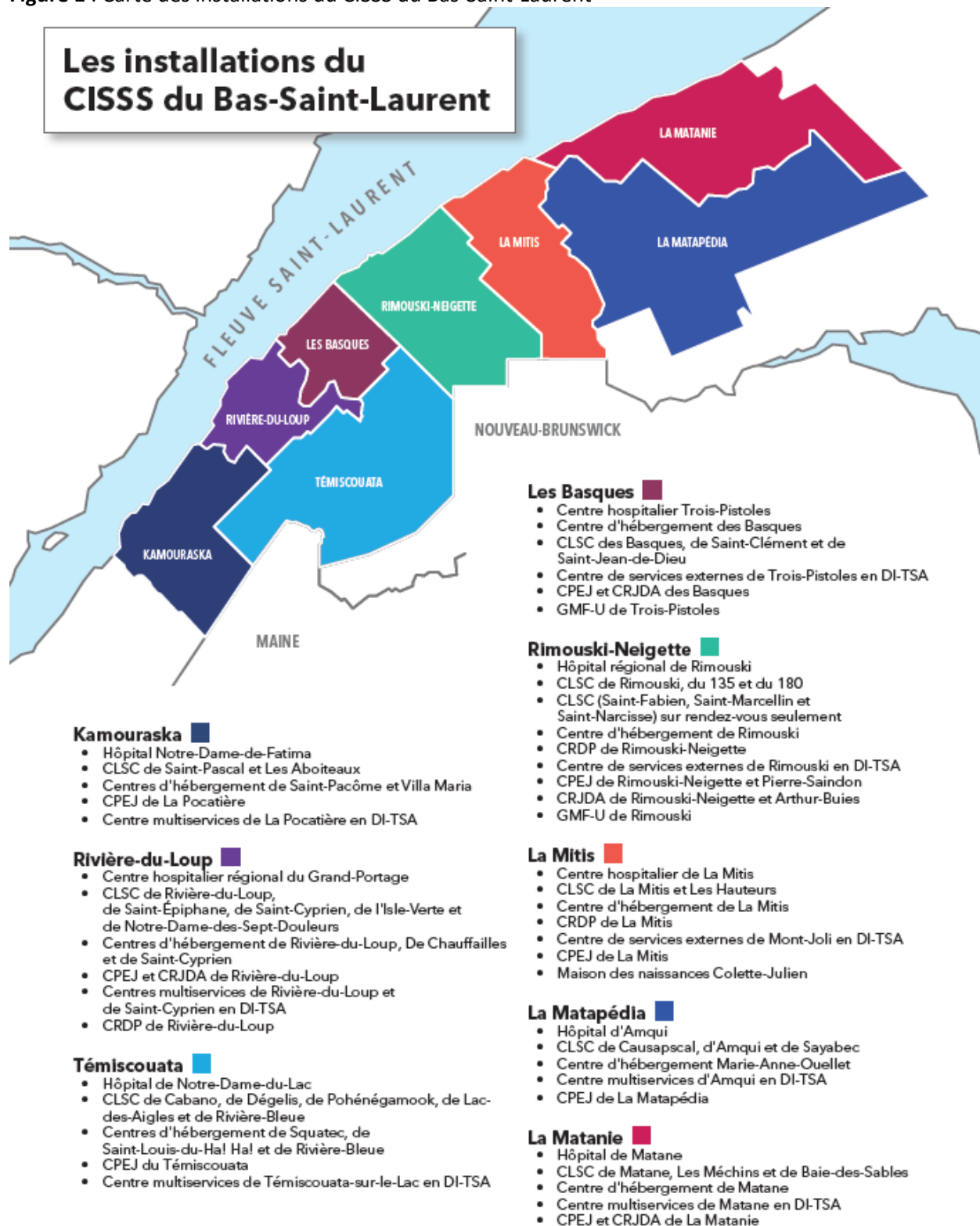
L'identification des facteurs de risque de sinistre est une responsabilité partagée entre plusieurs acteurs : Direction régionale de sécurité civile, MRC, municipalités, services des incendies, etc. Bien que cet exercice ne soit pas entièrement réalisé, nous pouvons tout de même identifier certains facteurs de risque présents dans le territoire desservi par le CISSS du Bas-Saint-Laurent:

- Risques d'accident routier ou de fermeture de route : Carrefour routier important entre le Nouveau-Brunswick, la Gaspésie et l'ouest du Québec;
- Météorologie : Vents violents, tempêtes de neige, pluie diluvienne, verglas, vague de chaleur accablante, froid extrême;
- Séisme (faille sismique de Charlevoix et du Golfe Saint-Laurent);
- Carrefour ferroviaire important: Une augmentation de transport de produits pétroliers sur le réseau ferroviaire régional est prévue au cours des prochaines années;
- Risques liés aux activités maritimes :
 - Traverse Rivière-du-Loup et Saint Siméon, entre L'Isle-Verte et l'Île Notre-Dame-des-Sept-Douleurs, entre Trois-Pistoles et Les Escoumins, entre Rimouski et Forestville, entre Matane et Baie-Comeau/Godbout, entre St-Juste-du-Lac et Notre-Dame-du-Lac;
 - Ports de mer de Gros Cacouna, de Rimouski et de Matane;
 - Voie maritime du Saint-Laurent, dont risque d'accident avec des matières dangereuses;
- Aéroports : Régional à Mont-Joli, municipal à Rivière-du-Loup, Rimouski et Matane;
- Risques industriels : Plusieurs entreprises sont situées un peu partout sur le territoire, notamment dans les parcs industriels de la région;
- Glissement de terrain;
- Grandes marées;
- Incendie majeur;
- Pandémie ou autre maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI).

1.7 LE CISSS ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT EN BREF (DONNÉES DE 2024)

- 9 441 employés;
- Budget : 1,011 MM \$;
- 43 installations propriétaires et 69 installations non-propriétaires;
- 460 lits de courte durée (mission centre hospitalier);
- 9 urgences, dont 8 sont en fonction 24 heures par jour et 7 jours sur 7;
- 13 CHSLD;
- 2 Maisons des aînés et alternatives;
- 491 médecins omnipraticiens et spécialistes;
- 51 cliniques médicales :
 - 11 GMF;
 - 2 GMF-U (mission d'enseignement médical universitaire);
- 56 pharmacies;
- 1 maisons des naissances;
- 8 entreprises ambulancières;
- 13 organismes communautaires;
- 109 résidences privées pour aînés (RPA).

Figure 1 : Carte des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent



SECTION 2

LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

TABLE DES MATIÈRES

2.	LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE	33
2.1	L'Organisation de sécurité civile du Québec	33
2.2	L'Organisation régionale de sécurité civile	33
2.3	L'Organisation municipale de sécurité civile.....	33
2.4	La Coordination régionale de sécurité civile et de mesures d'urgence-Mission santé.....	34
2.5	Le cadre de gestion stratégique	35
2.6	La structure de coordination du Plan régional de sécurité civile-Mission santé	36
2.7	La planification régionale de sécurité civile-Mission santé.....	42

2. LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

2.1 L'ORGANISATION DE SÉCURITÉ CIVILE DU QUÉBEC (OSCQ)

Au niveau national, c'est l'Organisation de sécurité civile du Québec (OSCQ) qui assume les responsabilités stratégiques et opérationnelles lorsque survient un sinistre d'envergure nationale. L'OSCQ réunit les coordonnateurs ministériels en sécurité civile de chaque ministère et organisme gouvernemental concerné ainsi que l'ensemble des Organisations régionales de sécurité civile (ORSC) réparties sur le territoire du Québec. Les efforts sont également concertés de manière à obtenir des ressources fédérales ou privées, selon les besoins. Le Plan national de sécurité civile (PNSC) relève de la responsabilité de l'OSCQ lors de sinistres d'envergure nationale.

Afin de surveiller de près les phénomènes propices à la survenue d'un sinistre, l'OSCQ a mis sur pied le Centre des opérations gouvernementales (COG) qui est actif 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Le COG produit régulièrement des bulletins d'information et des rapports d'événement en lien avec les opérations en cours sur le territoire québécois. Ces publications du COG sont d'une grande utilité lorsque la nécessité d'avoir une version officielle de la situation se fait sentir.

2.2 L'ORGANISATION RÉGIONALE DE SÉCURITÉ CIVILE (ORSC)

Au niveau régional, c'est l'Organisation régionale de sécurité civile (ORSC) de la région du Bas-Saint-Laurent qui assume les responsabilités opérationnelles lorsque survient un sinistre d'envergure régionale ou lorsqu'une municipalité est débordée par l'ampleur d'un sinistre. L'ORSC ne se substitue pas aux responsabilités d'une municipalité, mais lui vient en soutien quant à la réponse à apporter à la situation en cours.

L'ORSC regroupe les représentants des ministères et organismes du gouvernement du Québec présents en région. Le Plan régional de sécurité civile (PRSC) de l'ORSC prévoit le déploiement de chacune des missions, dont la Mission santé. Au niveau régional, c'est le CISSS du Bas-Saint-Laurent qui siège à l'ORSC, en tant que porteur de la Mission santé. La coordination régionale de sécurité civile du CISSS du Bas-Saint-Laurent assume alors la liaison entre l'ORSC et les comités locaux de sécurité civile-Mission santé (CLSC-MS) présents dans chacune des huit (8) installations de MRC de la région.

2.3 L'ORGANISATION MUNICIPALE DE SÉCURITÉ CIVILE (OMSC)

Tel que le prévoit la structure de sécurité civile au Québec, c'est le niveau municipal qui est l'entité responsable des opérations lorsque survient un sinistre sur son territoire. Il s'agit de la structure que la municipalité met en place afin de coordonner et de mettre en œuvre les interventions nécessaires. L'OMSC rassemble les personnes engagées dans les interventions de sécurité civile. L'ORSC siège d'office à l'OMSC dans un rôle de soutien et de conseil. Afin d'assurer un lien étroit entre le CISSS du Bas-Saint-Laurent et les instances municipales de sécurité civile, le comité local de sécurité civile-Mission santé, concerné par un événement, délègue une personne qui assurera la liaison entre les deux instances impliquées.

2.4 LA COORDINATION RÉGIONALE DE SÉCURITÉ CIVILE ET DE MESURES D'URGENCE-MISSION SANTÉ (CRSCMU-MS)

La CRSCMU-MS relève du CISSS du Bas-Saint-Laurent et siège à l'Organisation régionale de sécurité civile (ORSC) du Bas-Saint-Laurent. En plus d'assurer la coordination de la réponse de la Mission santé à l'échelle régionale, le CISSS du Bas-Saint-Laurent assure l'encadrement des services préhospitaliers d'urgence (SPU) et assume un rôle spécifique d'intervention en matière de santé publique.

La CRSCMU-MS est composée des membres du comité régional de sécurité civile et de mesures d'urgence-MS et de l'équipe du Service régional de sécurité civile et de mesures d'urgence du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

La coordination régionale de sécurité civile et de mesures d'urgence -MS soutient et chapeaute les activités des huit (8) comités locaux de sécurité civile et de mesures d'urgence-Mission santé (CLSCMU-MS) présents dans les différentes installations du réseau régional :

- CLSCMU-MS de Kamouraska;
- CLSCMU-MS de Rivière-du-Loup;
- CLSCMU-MS de Témiscouata;
- CLSCMU-MS des Basques;
- CLSCMU-MS de Rimouski-Neigette;
- CLSCMU-MS de La Mitis;
- CLSCMU-MS de La Matanie;
- CLSCMU-MS de La Matapédia.

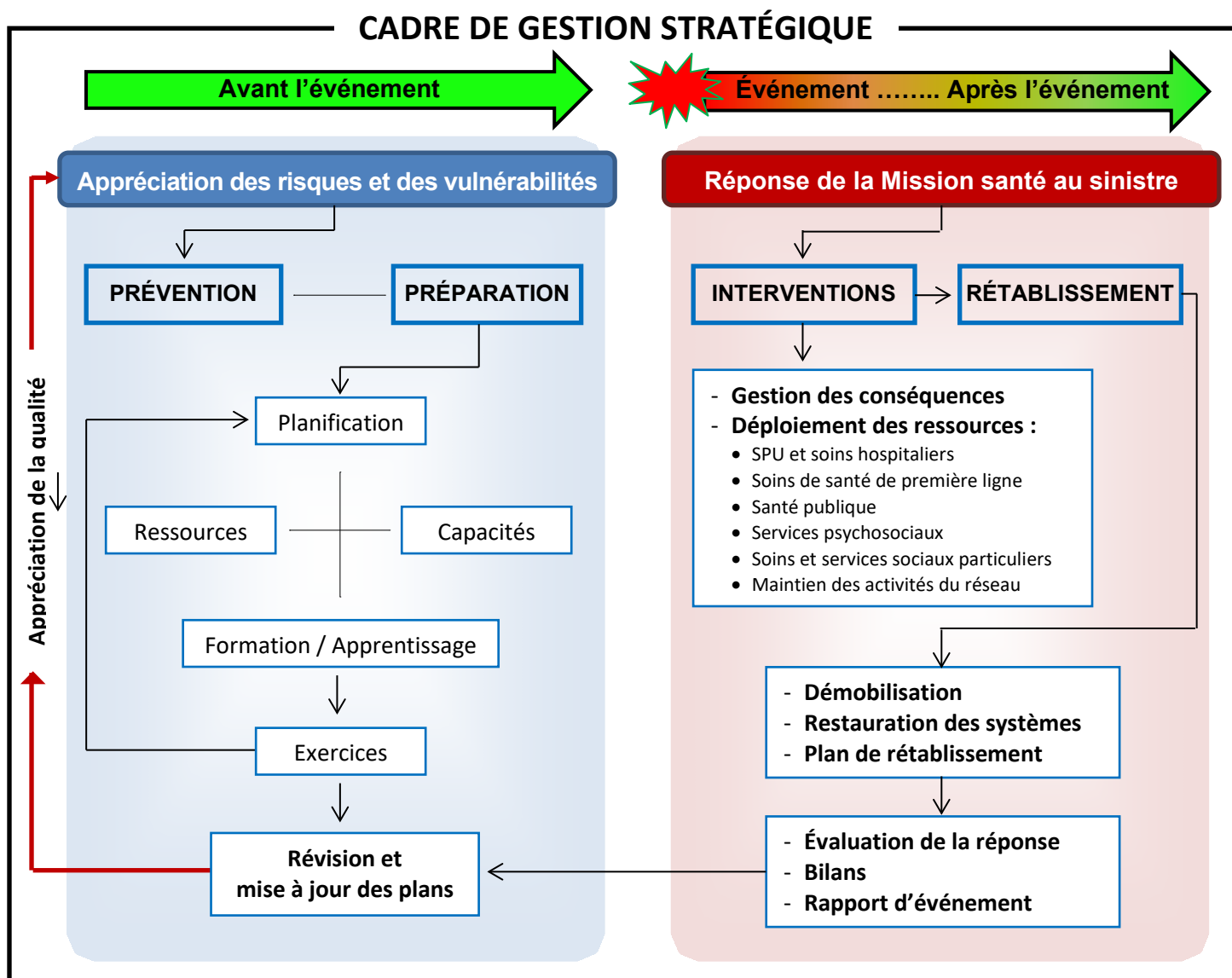
Chaque CLSCMU-MS voit à la mise en place des activités et services prévus à la Mission santé lorsque survient un sinistre dans son territoire ou dans une installation de son territoire. Pour sa part, le comité régional de sécurité civile et de mesures d'urgence-Mission santé du CISSS du Bas-Saint-Laurent offre alors son soutien et s'assure que l'entité locale (CLSCMU-MS) a les ressources et la capacité de répondre aux exigences de la situation.

Lorsqu'un sinistre touche plus d'un territoire de MRC, c'est le CRSCMU-MS qui assume la coordination régionale des opérations. À moins de circonstances particulières, le CRSCMU-MS ne se substitue pas aux CLSCMU-MS, mais leur vient en soutien. Par ailleurs, lorsqu'un sinistre impacte un seul CLSCMU-MS et que ce dernier se voit déborder par l'ampleur des besoins à combler, la CRSCMU-MS vient alors en soutien au niveau local. On retrouvera à la section 13 les précisions quant au soutien régional en cas de débordement.

2.5 LE CADRE DE GESTION STRATÉGIQUE

Dans la figure suivante, nous présentons un cadre de gestion stratégique qui tient compte des différents volets de la Mission santé en sécurité civile ainsi que des phases d'un sinistre : prévention, préparation, intervention et rétablissement.

Figure 3 : Cadre de gestion stratégique

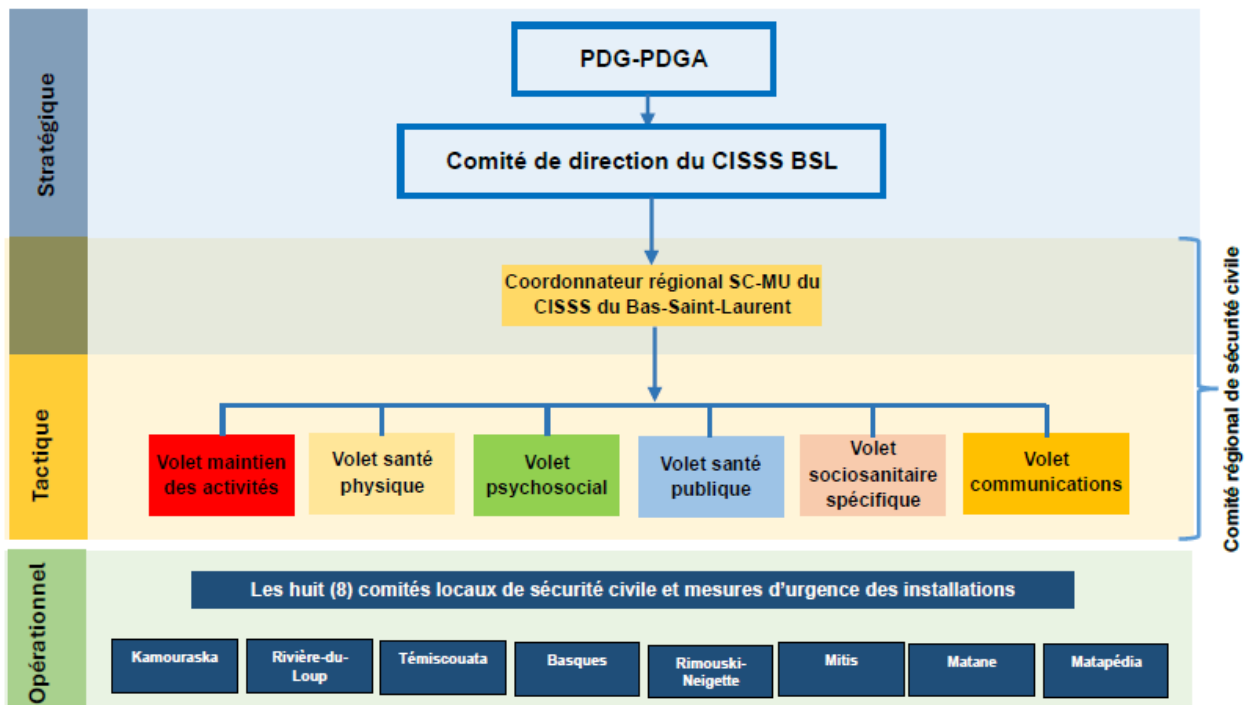


2.6 LA STRUCTURE DE COORDINATION DU PLAN RÉGIONAL DE SÉCURITÉ CIVILE-MISSION SANTÉ (PRSC-MS)

En vue de s'acquitter de ses responsabilités en matière de sécurité civile, le CISSS du Bas-Saint-Laurent met en place une structure de coordination adaptée spécifiquement au contexte de la sécurité civile et des mesures d'urgence. Cette structure comprend trois (3) niveaux de coordination : Le Comité de gestion stratégique, le comité régional de sécurité civile et de mesures d'urgence (niveau tactique) ainsi que les comités locaux de sécurité civile et de mesures d'urgence-MS présents dans chacun des huit (8) territoires de MRC de la région (niveau opérationnel).

Figure 4 : Composantes de la structure de coordination du PRSCMU-MS

STRUCTURE DE COORDINATION STRATÉGIQUE, TACTIQUE ET OPÉRATIONNELLE



Le comité de gestion stratégique est composé des membres du comité de direction ainsi que d'autres gestionnaires du CISSS du Bas-Saint-Laurent qui ont un lien direct avec les opérations en cours sur le terrain:

- La présidence-direction générale;
- La présidence-direction générale adjointe;
- La direction des ressources humaines;
- La direction des communications, des relations publiques et des affaires juridiques;
- La direction des ressources financières;
- La direction de la santé publique;
- La direction du programme de santé mentale et de dépendances;
- La direction des services hospitaliers;
- La direction de l'approvisionnement, de la logistique et de l'infrastructure;
- Les autres directions, selon l'ampleur et la nature du sinistre en cours;
- Le coordonnateur régional de sécurité civile;
- La direction adjointe exécutive du pôle concerné par l'événement;
- Le coordonnateur local de sécurité civile-Mission santé.

Lors d'un sinistre, il assume les responsabilités suivantes :

- Soutenir les membres du comité de coordination SC-MS;
- Recevoir les états de situation;
- Donner les orientations stratégiques en lien avec le sinistre en cours;
- Informer les membres du CA et les différentes composantes de l'établissement sur la situation et les mesures mises en place par le CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Traiter les enjeux d'ordres stratégiques et politiques auprès du Ministère, des partenaires et des élus.

On retrouvera à la section 3.2 une description des rôles et responsabilités de la PDG en contexte de sécurité civile

2.6.2 LE COMITÉ RÉGIONAL DE SÉCURITÉ CIVILE-MISSION SANTÉ (NIVEAU TACTIQUE)

Le comité régional de sécurité civile-Mission santé (CRSC-MS) est composé des personnes suivantes :

- Coordonnateur régional;
- Responsable de Mission et coordonnateur régional adjoint;
- Responsable des services préhospitaliers d'urgence (SPU);
- Responsable du volet santé physique ;
- Responsable du volet santé publique;
- Responsable du volet psychosocial;
- Responsable du volet communication;
- Responsable de la logistique;
- Les composantes du sociosanitaire spécifique :

- Responsable du SAD;
- Responsable de la clientèle DI-TSA-DP;
- Responsable de la clientèle jeunesse.

Le comité régional de sécurité civile-Mission santé (CRSC-MS) voit à la coordination régionale des activités du CISSS du Bas-Saint-Laurent en matière de sécurité civile et de mesures d'urgence, et ce, dans chacune des dimensions de la sécurité civile (prévention, préparation, intervention et rétablissement). Il se réunit au moins deux (2) fois par année ou plus selon les besoins.

Le CRSC-MS a pour mandats de :

- Tenir des activités visant l'amélioration constante du niveau de préparation de l'établissement à faire face à un sinistre : réunions de coordination, exercices, formations, activités d'information, recommandations, etc.;
- Soutenir les comités locaux de sécurité civile-MS des différentes installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Voir à la mise à jour du PRSC-MS et de tout autre document en lien avec son mandat;
- Faire rapport de ses activités au comité de direction du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- S'assurer que les modalités d'intervention sont arrimées avec l'ORSC et la Coordination ministérielle en sécurité civile-MS du MSSS;
- Mettre en place les opérations requises par la situation, lorsque survient un sinistre, et ce, en fonction des responsabilités dévolues à la Mission santé;
- Prévoir l'implantation d'un Plan de rétablissement découlant de la situation en cours;
- Produire les bilans et les rapports d'événement.

Lors d'un sinistre, il soutient et s'assure du bon déroulement des opérations menées par le ou les comités locaux de coordination présents sur le terrain.

On retrouvera à la section 3 une description des rôles et responsabilités du coordonnateur régional et des responsables de chacun des volets du CRSC-MS.

2.6.3 LES COMITÉS LOCAUX DE SÉCURITÉ CIVILE ET DE MESURES D'URGENCE-MS (NIVEAU OPÉRATIONNEL)

Afin d'être en mesure de répondre rapidement et adéquatement à tout événement pouvant survenir à différents endroits du territoire bas-laurentien, le CISSS peut compter sur la présence d'un comité local de sécurité civile et de mesures d'urgence-Mission santé dans chacun des huit (8) territoires¹¹ où l'on retrouve des installations du réseau régional de services.

¹¹ Territoire qui correspond aux limites territoriales des MRC de la région du Bas-Saint-Laurent

2.6.4 LA COMPOSITION D'UN COMITÉ LOCAL DE SÉCURITÉ CIVILE ET DE MESURES D'URGENCE

Chaque comité local de sécurité civile et de mesures d'urgence (CLSCMU-MS) est composé des personnes¹² suivantes :

- Coordonnateur local;
- Responsable du maintien des activités;
- Responsable des soins hospitaliers (code orange);
- Responsable des soins de santé de première ligne;
- Responsable du volet santé publique;
- Responsable du volet psychosocial;
- Responsable du volet communication;
- Responsable de la logistique;
- Responsable des installations jeunesse (CPEJ);
- Responsables des mesures d'urgence en CH;
- Responsable des mesures d'urgence en CHSLD;
- Responsable des mesures d'urgence en CLSC.

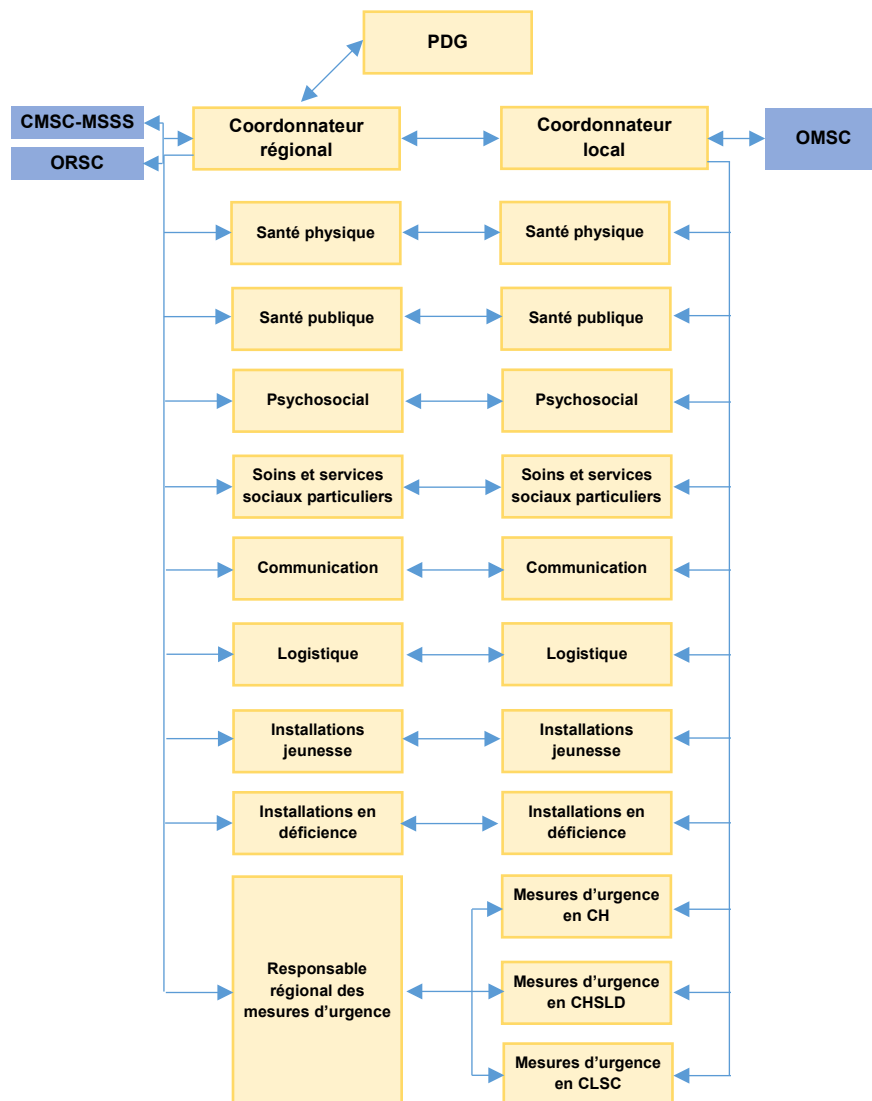
Chaque comité, coordonnateur et responsable de volet, de niveau local est en lien direct avec leur vis-à-vis de niveau régional.

¹² Ces personnes sont supportées par un adjoint

2.6.5 LA COORDINATION ENTRE LE COMITÉ RÉGIONAL ET LES COMITÉS LOCAUX

Lorsqu'un sinistre survient dans un territoire de MRC, c'est le comité local qui coordonne le déploiement des interventions de la Mission santé sur son territoire. Il peut compter sur le soutien de la coordination régionale pour ce faire. Il maintient un lien étroit avec la coordination régionale, afin que cette dernière puisse alimenter le comité de gestion stratégique du CISSS, la Coordination ministérielle en sécurité civile du MSSS ainsi que l'ORSC. Lorsque le sinistre touche plus que le territoire d'un comité local ou que ce dernier n'a pas les ressources suffisantes pour répondre aux besoins de la situation, c'est alors la coordination régionale qui assume la coordination des opérations au niveau régional; sans pour autant restreindre la responsabilité de la coordination locale quant à la mise en place des interventions dans son territoire.

Figure 5 : Liaisons entre la coordination régionale et la coordination locale



2.6.6 LES MESURES D'URGENCE

Alors que la sécurité civile réfère aux événements pouvant survenir dans la communauté (sinistre externe), les mesures d'urgence concernent les événements qui surviennent dans une installation (sinistre interne) du réseau régional de la santé et des services sociaux. Il peut s'agir des opérations reliées aux événements associés aux différents codes de couleur ou à d'autres événements majeurs (pénurie d'eau, panne électrique, etc.) qui peuvent perturber le bon fonctionnement des installations et des services qui y sont dispensés. Chaque installation doit prévoir des procédures spécifiques et pouvoir compter sur du personnel en nombre suffisant afin d'être en mesure de réagir rapidement et adéquatement lors du déclenchement d'un code de couleur, et ce, à tout moment.

Les mesures d'urgence d'une installation relèvent du comité local de sécurité civile et de mesures d'urgence, qui est soutenu activement par les responsables régionaux des mesures d'urgence.

Tableau 2 : Codes d'alerte

CODE		INCIDENT
	BLEU	Arrêt cardiaque
	ROSE	Arrêt cardiaque pédiatrique
	JAUNE	Usager manquant
	BLANC	Patient violent
	ROUGE	Incendie
	NOIR	Colis suspect et/ou appel de menace
	BRUN	Déversement de matières dangereuses (interne)
	ORANGE	Réception massive d'usagers et/ou de blessés
	GRIS	Fuite toxique (externe)
	VERT	Évacuation
	ARGENT	Usage menaçant d'une arme

2.7 LA PLANIFICATION RÉGIONALE DE SÉCURITÉ CIVILE-MISSION SANTÉ

En matière de planification de ses activités de sécurité civile, le CISSS du Bas-Saint-Laurent applique les concepts de base quant aux différentes dimensions (PPIR) de la sécurité civile.

PRÉVENTION : La prévention consiste en un ensemble d’actions qui permettent d’atténuer, voire d’éliminer les risques, de réduire les probabilités de sinistre, d’atténuer les conséquences et de diminuer les vulnérabilités de l’établissement.

PRÉPARATION : La préparation consiste en des activités et des mesures destinées à préparer les différentes composantes du CISSS du Bas-Saint-Laurent à répondre adéquatement aux sinistres en fonction des responsabilités dévolues à la Mission santé. Le défi principal de cette phase consiste à intégrer les activités de préparation à la gestion courante de l’établissement et de ses installations afin d’être prêt en tout temps à faire face à un sinistre.

INTERVENTION : L’intervention consiste à des mesures prises immédiatement avant, pendant et après un sinistre pour préserver la vie, la santé et le bien-être de la population et des personnes sinistrées, ainsi que pour protéger les biens et l’environnement. Elle représente l’application des mesures et des moyens prévus à l’étape de la préparation en fonction de la nature et de l’ampleur du sinistre.

RÉTABLISSEMENT : Le rétablissement est la période où les individus, les familles, les groupes et les communautés mettent tout en œuvre pour rétablir le fonctionnement normal des différentes composantes de la société à la suite d’un sinistre. Chaque sinistre connaît un processus de rétablissement qui lui est propre.

Le passage entre l’intervention et le rétablissement s’effectue de façon graduelle et s’opère différemment selon l’importance et la nature du sinistre. Ainsi, alors que certains acteurs d’autres missions peuvent avoir terminé les mesures associées au rétablissement, il est possible que la Mission santé doive demeurer active plus longtemps, afin de soutenir les personnes qui peuvent, entre autres, avoir besoin de réadaptation physique ou psychosociale.

Le rétablissement se réalise concrètement par l’élaboration et la mise en place d’un Plan de rétablissement adapté à la situation.

SECTION 3

LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS

TABLE DES MATIÈRES

3. LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS.....	44
3.1 Les responsabilités générales du CISSS du Bas-Saint-Laurent	44
3.2 Les responsabilités communes	45
3.3 Les responsabilités de la Présidence-Direction générale.....	47
3.4 Les responsabilités du coordonnateur régional de sécurité civile et mesures d'urgence du CISSS du Bas-Saint-Laurent.....	48
3.5 Les responsabilités du volet maintien des activités.....	51
3.6 Les responsabilités du volet santé physique.....	52
3.7 Les responsabilités du volet santé publique	52
3.8 Les responsabilités du volet psychosocial.....	53
3.9 Les responsabilités du volet soins et services sociaux particuliers	53
3.10 Les responsabilités du volet communication	54
3.11 Les responsabilités en mesures d'urgence dans une installation	55

3. LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent assume le leadership et la coordination des interventions du réseau de la santé et des services sociaux de la région en contexte de sinistre. Il s'assure que les différentes composantes de l'établissement remplissent leurs rôles en conformité avec les orientations de la Mission santé du Plan national de sécurité civile.

3.1 LES RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES DU CISSS DU BAS-SAINT-LAURENT

En situation normale, le CISSS du Bas-Saint-Laurent doit :

- Se doter d'un plan annuel de travail;
- Maintenir un processus de gestion des risques de sinistre;
- Élaborer, réviser et maintenir à jour le PRSC-MS et tout autre document relatif à la Mission santé;
- Mettre en place les infrastructures permettant la coordination de la Mission santé;
- Entretenir une culture de sécurité civile;
- Développer les procédures et les outils de communication communs à l'ensemble du réseau;
- Diffuser les politiques, orientations et guides nationaux et voir à les adapter à la réalité régionale;
- Participer aux activités de l'Organisation régionale de sécurité civile (ORSC);
- Organiser et animer des rencontres entre les coordinations locales, les MRC et les municipalités au besoin;
- Prévoir des programmes de formation et d'exercice de niveau local et régional;
- Maintenir à jour l'équipement et le matériel nécessaires à la sécurité civile et aux mesures d'urgence;
- Produire un bilan annuel régional des activités.

En contexte de sinistre, le CISSS du Bas-Saint-Laurent doit :

- Mettre en place les interventions de la Mission santé en fonction des particularités du sinistre en cours;
- Assurer, s'il y a lieu, la convergence des ressources régionales en fonction des besoins sur le terrain;
- Assumer la coordination régionale de la Mission santé lorsqu'un événement touche plus d'une installation ou qu'une d'elles se retrouve débordée par l'ampleur de la situation;
- Assumer, au besoin, la coordination régionale en collaboration avec la coordination ministérielle lorsque le sinistre est de niveau national;
- Produire aux instances concernées les états de situation en regard des événements à caractères locaux, régionaux et nationaux;
- Mettre en place un plan de rétablissement;
- Produire le rapport d'événement;
- Mettre à jour le PRSC-MS en fonction de l'expérience acquise et des recommandations.

3.2 LES RESPONSABILITÉS COMMUNES

On retrouvera ici la description des responsabilités qui sont communes à toutes les composantes ainsi que celles qui relèvent spécifiquement d'une instance ou d'un volet en particulier.

En prévention :

- Contribuer au développement d'une culture de sécurité civile et de mesures d'urgence;
- Participer au processus de gestion des risques de sinistres présents sur le territoire et dans les installations du CISSS : Identification des facteurs de risques et documenter les vulnérabilités associées à ces risques;
- Faire un programme d'inspection et d'entretien préventif des installations;
- Proposer des mesures de prévention ou d'atténuation appropriées et contribuer à leur réalisation.

En préparation :

- S'assurer de la production des activités dans les quatre dimensions de la sécurité civile, soit la prévention, la préparation, l'intervention et le rétablissement (PPIR);
- Avoir une structure de coordination active et efficace;
- Participer à la mise en place des processus d'alerte (valise de garde) et de mobilisation des ressources;
- Participer aux activités de maintien et de développement des compétences (exercices, formations, etc.);
- Avoir accès à du matériel d'identification, des équipements de protection, des outils d'intervention et des systèmes de télécommunication;
- Préparer des protocoles et des listes de matériel et d'équipements nécessaires au déploiement des sites de coordination (CLC-MS et PC-Santé);
- Se doter de bottins du personnel, de fournisseurs et de partenaires;
- Contribuer à la production des plans de sécurité civile et de mesures d'urgence ainsi que des protocoles d'intervention et s'assurer qu'ils permettent une réponse adéquate lors d'un sinistre;
- Participer aux travaux des instances de coordination (comité de sécurité civile et mesures d'urgence, etc.);
- Participer au développement des mécanismes de convergence intra régionale;
- Participer à la détermination des besoins en ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles nécessaires au bon fonctionnement de son secteur.

En intervention :

- Recevoir l'alerte et mettre en alerte les acteurs et les instances prévues au plan;
- Mobiliser les ressources humaines concernées par le sinistre et relevant de son niveau de responsabilités;
- Déployer les services des différents volets de la Mission santé, en fonction des impacts du sinistre et des besoins spécifiques des populations sinistrées;
- Participer aux travaux des instances de coordination présentes dans les différents sites (Centre de coordination, Centre d'opération, Poste de commandement, etc.);
- Fournir les éléments d'information dans le cadre du processus d'évaluation de la situation et de planification des stratégies d'intervention;
- Collaborer à la concertation des interventions entre les différentes composantes du plan;
- Contribuer, au besoin, au plan de convergence intra régionale;
- Assurer une circulation adéquate de l'information avec les partenaires internes et externes;
- Protéger les biens et assurer le maintien des services essentiels du CISSS;
- Offrir un soutien aux intervenants, aux gestionnaires et aux bénévoles dans la gestion de leur propre stress.

En rétablissement :

- Contribuer à l'élaboration du Plan de rétablissement;
- Contribuer aux activités de rétablissement dans son secteur d'activité;
- Assurer la démobilisation des ressources humaines;
- Mettre en place les activités de débriefage opérationnel;
- Contribuer à la production du bilan des opérations et à la rédaction du rapport d'événement;
- Contribuer, au besoin, à la révision et à l'adaptation du plan de sécurité civile ou de mesures d'urgence en fonction des apprentissages issus de l'expérience acquise;
- S'assurer que les intervenants et les gestionnaires reçoivent le soutien nécessaire pour la gestion de leur propre stress, et ce, en concertation avec la Direction des ressources humaines de l'établissement.

3.3 LES RESPONSABILITÉS DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTION GÉNÉRALE ¹³

En matière de sécurité civile, la PDG du CISSS du Bas-Saint-Laurent doit :

- Entretien d'une culture de sécurité civile au sein de son établissement et auprès des partenaires;
- S'assurer de l'atteinte des objectifs de la Mission santé prévus au Plan national de sécurité civile, à la Politique ministérielle de sécurité civile du MSSS et au Plan régional de sécurité civile-Mission santé ainsi que de la mise en place des moyens pour contrôler la qualité des services;
- Intégrer les préoccupations de sécurité civile de niveau stratégique au Conseil d'administration d'établissement (CAE) et au comité de direction de l'établissement;
- Voir au respect des modalités prévues à l'entente de gestion entre le CISSS du Bas-Saint-Laurent et le ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de sécurité civile;
- Approuver le Plan régional de sécurité civile-Mission santé (PRSC-MS).

Par rapport à chacune des dimensions de la sécurité civile (PPIR) :

En prévention :

- Approuver les priorités de sécurité civile recommandées par le Ministère, l'ORSC et les municipalités de son territoire, en fonction des risques menaçant la clientèle de son établissement et la population de son territoire;
- S'assurer de la collaboration de son établissement quant au développement et à la mise à jour des schémas de sécurité civile des municipalités ou des MRC de son territoire.

En préparation :

- S'assurer que les membres du comité de direction de l'établissement connaissent les rôles et responsabilités attendus d'eux en situation de sinistre;
- S'assurer que son établissement est préparé à assumer ses responsabilités, à accomplir ses fonctions dans le cadre de sa mission, à agir d'une façon adéquate, coordonnée et cohérente face à une éventuelle situation menaçant ou atteignant l'intégrité de la santé et le bien-être de la population;
- S'assurer que les activités de son établissement seront maintenues en situation de sinistre;
- Favoriser et faciliter les liens de collaboration de son établissement avec les partenaires.

¹³ Ce niveau de responsabilités est partagé avec le directeur responsable du Service régional de sécurité civile et de mesures d'urgence

En intervention :

- Déployer et diriger les activités du comité de gestion stratégique de l'établissement lors d'un sinistre;
- Donner les orientations stratégiques et voir aux affaires politiques du CISSS en lien avec le sinistre;
- Informer les membres du CA du CISSS des orientations stratégiques et des opérations en cours;
- Donner son approbation aux opérations, soutenir le directeur de la logistique ainsi que le coordonnateur et les autres membres du comité de sécurité civile-Mission santé;
- S'assurer du maintien des activités essentielles de son établissement;
- Autoriser, au besoin, les budgets pour des ressources supplémentaires.

En rétablissement :

- S'assurer du rétablissement des activités courantes de l'établissement;
- S'assurer de l'évaluation de la réponse de la Mission santé et de la production de bilans;
- S'assurer que le Plan régional de sécurité civile-Mission santé soit révisé à la lumière des bilans;
- Transmettre le rapport d'événement au Ministère.

3.4 LES RESPONSABILITÉS DU COORDONNATEUR RÉGIONAL DE SÉCURITÉ CIVILE ET MESURES D'URGENCE DU CISSS DU BAS-SAINT-LAURENT

Les responsabilités générales qui relèvent du coordonnateur régional de sécurité civile et mesures d'urgence sont de :

- Planifier, diriger et contrôler les activités de sécurité civile et de mesures d'urgence du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Coordonner l'élaboration et la mise à jour du PRSC-MS du CISSS du Bas-Saint-Laurent en concertation avec les coordonnateurs locaux et les partenaires, le tout en fonction de la Mission santé et des orientations ministérielles en la matière;
- Prévoir les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles nécessaires au bon fonctionnement du PRSC-MS;
- Participer aux travaux de la Table nationale des coordonnateurs régionaux-MS du MSSS;
- Assurer la diffusion et l'implantation régionale des orientations gouvernementales, ministérielles et régionales;
- Établir des liens avec les organismes communautaires régionaux pouvant être concernés par les activités de la Mission santé;
- Contribuer aux travaux entourant l'agrément de l'établissement en matière de sécurité de la clientèle et de la population.

Par rapport à chacune des dimensions de la sécurité civile (PPIR) :

En prévention :

- Coordonner la mise en place du processus de gestion des risques de sinistre;
- Documenter les vulnérabilités associées à ces risques;
- Proposer à la direction du CISSS la mise en place des mesures de prévention ou d'atténuation appropriées et s'assurer de leur réalisation.

En préparation :

- Animer et coordonner les activités de la coordination régionale de sécurité civile et de mesures d'urgence-Mission santé du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- S'assurer de la mise en place et du bon fonctionnement des comités locaux de sécurité civile et de mesures d'urgence présents dans les différentes installations du réseau régional et soutenir leurs travaux;
- Assurer la représentation de la Mission santé lors des différents travaux de sécurité civile au niveau régional, dont l'ORSC;
- Mettre en place un système de garde régionale 24/7 comprenant une valise de garde informatisée, une équipe de gestionnaire de garde, un calendrier de garde, un mécanisme de mise en alerte, des protocoles d'intervention et des bottins (personnel, partenaires, fournisseurs, etc.);
- Voir à la mise en place des activités appropriées dans les volets de santé physique, santé publique, soins et services sociaux particuliers, psychosocial, maintien des activités, communication et logistique;
- S'assurer de l'arrimage entre la sécurité civile et les mesures d'urgence dans les installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Mettre en place un programme de développement et de maintien des compétences en matière de sécurité civile et de mesures d'urgence (activités d'information, de formation, programme d'exercices, etc.).

En intervention, lors d'un sinistre de niveau local :

- Recevoir l'alerte donnée par la personne de garde et s'assurer que le coordonnateur local et le directeur-adjoint exécutif concernée sont avisés de la situation;
- S'assurer que le comité local de sécurité civile du secteur touché est en mesure de répondre aux exigences de la situation et de mettre en place les services prévus à la Mission santé;
- Apporter le soutien requis;
- Déterminer le cycle de coordination en fonction des partenaires impliqués;
- Assurer la liaison avec le comité local, la PDG, l'Organisation régionale de sécurité civile et la direction des mesures d'urgence et de la sécurité civile de Santé Québec.

En intervention, lors d'un sinistre de niveau régional¹⁴:

- Aviser, déployer et coordonner les activités du comité régional de sécurité civile-Mission santé;
- Offrir le soutien nécessaire aux CLSCMU-MS concernés;
- Participer aux travaux du comité de gestion stratégique relativement aux interventions en cours;
- S'assurer, selon l'ampleur de la situation, du déploiement du Centre régional de coordination et, s'il y a lieu du Poste de commandement (PC) santé;
- Assurer, selon les besoins, la convergence des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles;
- S'assurer de la mise en place des interventions et des services spécifiques à la Mission santé;
- Assurer la liaison avec les CLSCMU-MS, la PDG, l'ORSC et la Direction des mesures d'urgence et de la sécurité civile de Santé Québec;
- Voir à ce que les intervenants et les gestionnaires aient accès à du soutien pour la gestion de leur propre stress.

En rétablissement :

- Voir à l'élaboration d'un Plan de rétablissement;
- Coordonner les activités de rétablissement;
- Assurer la démobilisation des ressources;
- Mettre en place les activités de débriefing opérationnel;
- S'assurer que les intervenants et les gestionnaires reçoivent le soutien nécessaire pour la gestion de leur propre stress, et ce, en concertation avec la Direction des ressources humaines;
- Faire le bilan de la réponse de la Mission santé et en tirer des recommandations;
- Produire le rapport d'événement;
- Assurer, au besoin, la mise à jour du PRSC-MS en fonction des apprentissages issus de l'expérience acquise;
- Transmettre le rapport d'événement à l'ORSC et au MSSS.

¹⁴ Un sinistre est de niveau régional lorsque l'installation n'a pas les ressources suffisantes pour répondre aux exigences de la situation ou lorsque le sinistre déborde du territoire couvert par le comité local.

3.5 LES RESPONSABILITÉS DU VOLET MAINTIEN DES ACTIVITÉS

Le responsable du maintien des activités a pour principale fonction d'assurer le maintien des services et des systèmes essentiels à la continuité des activités courantes de l'établissement en cas de sinistre interne ou externe dans son territoire. Plus particulièrement, il s'agit des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles de l'installation qui sont nécessaires pour assurer le bon fonctionnement des opérations en sécurité civile de l'établissement et pour maintenir les activités du réseau de la santé et des services sociaux.

Les responsabilités générales qui relèvent du volet maintien des activités sont :

- Participer aux travaux du comité de gestion stratégique;
- Participer aux activités du comité local de sécurité civile-Mission santé de son installation;
- S'assurer que le PRSC-MS de l'établissement et les plans de mesures d'urgence permettent une réponse adéquate du réseau en matière de maintien des activités;
- Mettre sur pied et coordonner les travaux d'une équipe de volet maintien des activités, au besoin;
- Assurer, au niveau local, la coordination opérationnelle du volet maintien des activités;
- Participer à la détermination des besoins en ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles nécessaires au bon fonctionnement de son volet;
- Contribuer, au besoin, au plan de convergence intra régionale;
- Contribuer à l'élaboration et à la mise en place du Plan de rétablissement.

3.6 LES RESPONSABILITÉS DU VOLET SANTÉ PHYSIQUE

La santé physique regroupe trois volets spécifiques, soit les services préhospitaliers d'urgence (SPU), les services hospitaliers (code orange) et les soins de santé de première ligne.

Les buts du volet santé physique sont de:

- Sauver le plus de vie possible;
- Réduire au maximum la morbidité chez les victimes d'un sinistre.

Le volet santé physique a pour responsabilité spécifique d'offrir les soins de santé physique incluant :

- L'arrimage des services préhospitaliers d'urgence;
- La réception massive de victimes (Code orange) à l'urgence du CH;
- Les activités de décontamination;
- Les soins hospitaliers;
- Les soins de santé de première ligne dans les centres de services aux sinistrés ou dans le milieu (soins infirmiers, consultation médicale et services de pharmacie pour la population sinistrée, etc.).

3.7 LES RESPONSABILITÉS DU VOLET SANTÉ PUBLIQUE

Les buts du volet santé publique sont de:

- Identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population;
- Mettre en place les mesures nécessaires à la protection de la santé de la population.

Les responsabilités spécifiques du volet santé publique en contexte de sinistre sont de :

- Réaliser les activités de vigie sanitaire et de surveillance;
- Réaliser, au besoin, une enquête épidémiologique;
- Mettre en place des interventions de prévention et de protection de la santé de la population qui tiennent compte des inégalités sociales de santé;
- Fournir une expertise-conseil lors d'urgences en santé environnementale et en maladies infectieuses;
- Collaborer avec le secteur de la prévention et le contrôle des infections pour la mise en place de mesures lorsque requis.

3.8 LES RESPONSABILITÉS DU VOLET PSYCHOSOCIAL

Les buts du volet psychosocial sont de:

- Minimiser les impacts psychosociaux du sinistre chez les personnes sinistrées;
- Faciliter un retour à la vie normale des sinistrés, de leur famille, des communautés, de la population et des intervenants.

Les responsabilités générales qui relèvent du volet psychosocial sont de:

- Activer les cinq fonctions du volet psychosocial : Coordination, supervision, repérage, intervention et conseil;
- Mettre en place les interventions psychosociales immédiates (IPI) :
 - Prise de contact avec les personnes sinistrées;
 - Restauration des sentiments de sécurité et de confort;
 - Intervention de stabilisation.
- Mettre en place les interventions psychosociales transitoires (IPT) :
 - Les activités d'information;
 - La séance d'information psychosociale (SIP);
 - Le suivi psychosocial;
 - La réponse téléphonique;
 - La réponse informatique;
 - Le débriefage psychologique.
- Élaborer et déployer le plan de rétablissement psychosocial.

3.9 LES RESPONSABILITÉS DU VOLET SOINS ET SERVICES SOCIAUX PARTICULIERS

Le but du volet soins et services sociaux particuliers est:

- D'assurer la prise en charge des personnes sinistrées qui sont évacuées de leur milieu de vie, dont l'état de santé ne leur permet pas d'être accueillies dans un centre municipal de services aux sinistrés.

Les responsabilités générales qui relèvent du volet soins et services sociaux particuliers sont¹⁵ :

- Voir à l'identification des personnes vulnérables¹⁶ de la région, celles hospitalisées, hébergées en résidences privées pour aînés (RPA), en ressources non institutionnelles (RNI) ou ambulatoires, pour qui des soins et des services particuliers doivent être prévus en cas de sinistre;
- Identifier la capacité d'accueil des différentes installations du CISSS dans le cas de l'arrivée massive de personnes sinistrées provenant d'une autre installation (CH, CHSLD, RAC, CR, etc.) ou institution de la région (RPA, etc.), à la suite d'une évacuation;

¹⁵ Interventions qui doivent se faire en étroite collaboration avec les programmes cliniques concernés.

¹⁶ Il s'agit des clientèles ayant une santé fragile et celle défavorisée au plan socioéconomique.

- Activer les interventions spécifiques à son volet lorsque des personnes vulnérables sont évacuées de leurs milieux de vie:
 - Identifier la clientèle de l'installation ou du secteur évacué;
 - Préciser le profil et les besoins de ces clientèles;
 - Identifier la capacité d'accueil de ces clientèles dans les autres installations du CISSS ou dans les autres ressources d'hébergement du RLS;
 - Contribuer à la relocalisation de ces clientèles.
- Voir à l'arrimage entre les besoins de la clientèle évacuée et les ressources pouvant les accueillir.

3.10 LES RESPONSABILITÉS DU VOLET COMMUNICATION

Le but du volet communication est:

- D'assurer les activités de communication de la Mission santé aux personnes sinistrées, à leurs proches, à la population, aux médias, aux partenaires de la sécurité civile, aux gestionnaires et au personnel du réseau de la santé et des services sociaux.

Les responsabilités générales qui relèvent du volet communication sont :

- Préparer la stratégie et le plan de communication du CISSS du Bas-Saint-Laurent en regard de l'événement;
- Tenir les activités de communication auprès des médias traditionnels et des médias sociaux en lien avec la Mission santé et des différents volets du plan de sécurité civile du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Participer aux activités de la Mission communication (relevant d'Urgence Québec), de l'ORSC ou de l'OMSC;
- Tenir, au besoin, des activités de sensibilisation et d'information aux médias (breffage de presse).

3.11 LES RESPONSABILITÉS EN MESURES D'URGENCE DANS UNE INSTALLATION

Les mesures d'urgence concernent les activités de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement (PPIR) en regard des événements pouvant survenir à l'intérieur d'une installation matérielle. Il s'agit principalement des aléas en lien avec les codes de couleur (incendie, évacuation, alerte à la bombe, etc.) ou autres (pénurie d'eau, panne électrique, etc.). Bref, toute situation qui survient et qui peut porter atteinte à la sécurité des personnes, à l'intégrité et au bon fonctionnement des installations, qui perturbe la dispensation des soins et des services et qui nécessite le déploiement de mesures particulières pour répondre aux exigences de la situation.

Relevant d'une personne qui est présente et qui connaît très bien son installation, soutenue activement par les techniciens en prévention des incendies du CISSS du Bas-Saint-Laurent, le responsable local de mesures d'urgence (RLMU) a pour fonction:

En préparation :

- Collaborer à l'identification des facteurs de risques propres à l'installation et à son environnement;
- Voir à l'identification des responsables de secteurs de son installation;
- Se doter d'un schéma d'alerte propre à son installation, selon le modèle régional;
- Collaborer, sous la gouverne du technicien en prévention des incendies, à l'élaboration et à la révision des protocoles qui y sont associés;
- Collaborer à la préparation et à la réalisation du programme de formation et d'exercices;
- Participer aux réunions du comité local de SC-MU de son installation.

Lorsqu'un événement survient :

- Recevoir et mettre en alerte les acteurs clés;
- S'assurer que le Poste de commandement est déployé à l'entrée de l'installation et que les opérations sont gérées de concert avec les services d'urgence présents sur place (incendies, policiers, paramédicaux, etc.);
- Assurer la liaison avec le comité local de sécurité civile et mesures d'urgence de son installation et avec la CRSCMU-MS du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Mettre en place les interventions prévues aux protocoles en pareilles circonstances.

Lors du rétablissement :

- Contribuer au débriefage opérationnel, à la production du rapport d'événement et à la mise en place des recommandations issues de l'expérience acquise;
- Collaborer à la révision et à la mise à jour des protocoles.

Pour chaque installation dont le CISSS est le propriétaire¹⁷, en plus du RLMU et de son adjoint, nous devons compter sur la présence d'employés en nombre suffisant, capables d'appliquer rapidement et efficacement les protocoles en vigueur ou certaines consignes de sécurité.

¹⁷ La responsabilité du plan de mesures d'urgence d'un édifice dont le CISSS du Bas-Saint-Laurent est locataire relève du propriétaire de l'édifice.

SECTION 4

LA MISE EN ALERTE, MOBILISATION ET DÉPLOIEMENT DES SITES DE COORDINATION

TABLE DES MATIÈRES

4.	LA MISE EN ALERTE, MOBILISATION ET DÉPLOIEMENT DES SITES DE COORDINATION	57
4.1	Le système de garde.....	57
4.2	Les phases d'alerte, de mobilisation et d'intervention.....	59
4.3	Les schémas de mise en alerte.....	61
4.4	Le rappel au travail.....	62
4.5	La mise en alerte de partenaires.....	62
4.6	Les moyens de mise en alerte	62
4.7	Le déploiement logistique des sites de gestion des opérations	63

4. LA MISE EN ALERTE, MOBILISATION ET DÉPLOIEMENT DES SITES DE COORDINATION

Le déploiement du PRSC-MS nécessite la mise en place de systèmes fiables et efficaces qui permettent d'alerter et de mobiliser les ressources dans les meilleurs délais. Lorsque requis, le déploiement rapide des sites de coordination (Centre de coordination, Centre d'opération, Poste de commandement, etc.) est essentiel pour la bonne marche des opérations.

4.1 LE SYSTÈME DE GARDE

Le système de garde en place au sein du CISSS du Bas-Saint-Laurent permet de recevoir et de mettre en alerte les acteurs concernés par le sinistre. À partir d'un numéro unique, le 418 727-4549, il est possible de joindre le cadre de garde 24/7. Afin de soutenir son rôle, la personne de garde peut compter sur une valise de garde informatisée, disponible à l'adresse : <https://cisssbsl.vdg.quebec/>. De plus, afin de parer à une panne informatique ou à l'inaccessibilité à Internet dans certaines zones du territoire, la valise de garde est également disponible en version mobile sur l'appareil mobile (cellulaire ou tablette) du cadre de garde.

La valise de garde contient les éléments suivants :

- Le calendrier de la garde régionale en sécurité civile et mesures d'urgence;
- Le calendrier de garde de la santé publique;
- Le schéma régional de mise en alerte;
- Les procédures opérationnelles en sécurité civile (alerte, sinistre local, sinistre régional);
- Les procédures opérationnelles en mesures d'urgence pour chacune des installations;
- Les bottins des membres de chacun des huit (8) comités locaux de sécurité civile et mesures d'urgence;
- Les schémas de mises en alerte spécifiques à chacun des huit (8) comités locaux SC;
- Les schémas de mises en alerte des responsables des mesures d'urgence des installations du réseau régional;
- Le bottin du comité régional de sécurité civile-MS;
- Le bottin du comité de direction du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Le bottin de l'équipe de garde régionale;
- Le bottin de l'ORSC;
- Le bottin de l'OSCQ;
- Le bottin des coordinations de sécurité civile-Mission santé des régions du Québec;
- Le bottin des membres du personnel pouvant être requis en cas de sinistre;
- Le bottin des fournisseurs d'équipements, de matériels, de fournitures et de transport;
- Le bottin des coordonnateurs municipaux de sécurité civile de la région;
- Le bottin des autres partenaires (commission scolaire, SQ, CPE, etc.);
- Le bottin des organismes communautaires de la région;
- La liste des entreprises ambulancières de la région;
- Les procédures en lien avec les aéroports de la région (Mont-Joli et Rimouski);
- Les procédures lors d'une panne téléphonique majeure;
- La liste des installations de la région;
- Le canevas d'un journal des opérations.

Structure de la valise de garde

La valise de garde est structurée de la même façon que la structure organisationnelle en sécurité civile et mesures d'urgence du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Ainsi, en plus des protocoles régionaux, on retrouve les protocoles pour chacune des installations du réseau régional :

- Sécurité civile de l'installation locale;
- Mesures d'urgence des CH;
- Mesures d'urgence des CHSLD;
- Mesures d'urgence des CLSC;
- Mesures d'urgence des installations en déficience (CR);
- Mesures d'urgence des installations jeunesse (CPEJ).

4.2 LES PHASES D'ALERTE, DE MOBILISATION ET D'INTERVENTION

Tableau 3 : Les phases d'alerte, de mobilisation et d'intervention

PHASE	DESCRIPTION	RÉACTION ATTENDUE
VEILLE ACTIVE	Ensemble des mesures spéciales prises pour se tenir informer face à un facteur de risque de sinistre particulier. La veille active permet de mettre en place un mécanisme de vigile particulier et de préparer des plans d'intervention adaptés.	- Suivre l'évolution de la situation; - Aviser les acteurs clés et les partenaires de la situation; - Demeurer joignable en tout temps.
PRÉ-ALERTE	Avertissement ou signal visant à informer les personnes concernées qu'un sinistre est appréhendé ou s'est produit alors que les impacts sur la Mission santé sont incertains (ex. : embâcle important sur une rivière).	- Agir en fonction de la situation en cours ou se préparer à faire face à la situation en informant les intervenants selon les procédures en cours.
ALERTE	Avertissement ou signal visant à informer les personnes concernées qu'un sinistre s'est produit et que celui-ci nécessite le déploiement du PRSCMU-MS.	- Activer le PRSCMU-MS; - Alerter le comité local de sécurité civile de l'installation concernée; - Alerter, au besoin, le comité régional de sécurité civile; - Alerter la PDG du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
MOBILISATION	Ensemble des opérations permettant un déploiement optimal des ressources requises sur le terrain et dans les instances de coordination.	- Mobiliser les ressources nécessaires au déploiement des opérations du PRSC-MS; - Déployer les sites de gestion des opérations requis par la situation en cours; - Assurer la liaison avec l'ORSC, l'OMSC, la CMSC du MSSS, etc.
INTERVENTION	Ensemble des mesures prises lors du sinistre pour préserver la vie, la santé et le bien-être de la population, pour assurer les soins de santé et services sociaux et pour préserver les biens.	- Intervenir lors d'un sinistre en fonction des rôles et responsabilités du PRSC-MS, tout en s'assurant, dans la mesure du possible, du maintien des services réguliers du réseau régional de services.
DÉMOBILISATION	Avis indiquant aux intervenants que la situation de sinistre est terminée.	- Informer les intervenants et les partenaires de la démobilisation.
RÉTABLISSEMENT	Intervention visant à favoriser un retour à la vie normale pour les personnes sinistrées et à permettre la reprise des activités habituelles de l'établissement.	- Déployer les mesures et le soutien nécessaires au rétablissement des personnes sinistrées; - Préparer le Plan de rétablissement; - Restaurer les services habituels de l'établissement.

PHASE	DESCRIPTION	RÉACTION ATTENDUE
BILAN	Activité tenue peu de temps après la fin des opérations de rétablissement visant à identifier les points forts et les points à améliorer au PRSC-MS.	- Tenir des activités de débriefage opérationnel avec les instances de la sécurité civile du CISSS du Bas-Saint-Laurent; - Réviser le PRSC-MS et les procédures opérationnelles en fonction des recommandations; - Organiser les activités d'information ou de formation des intervenants et des gestionnaires en conséquence.

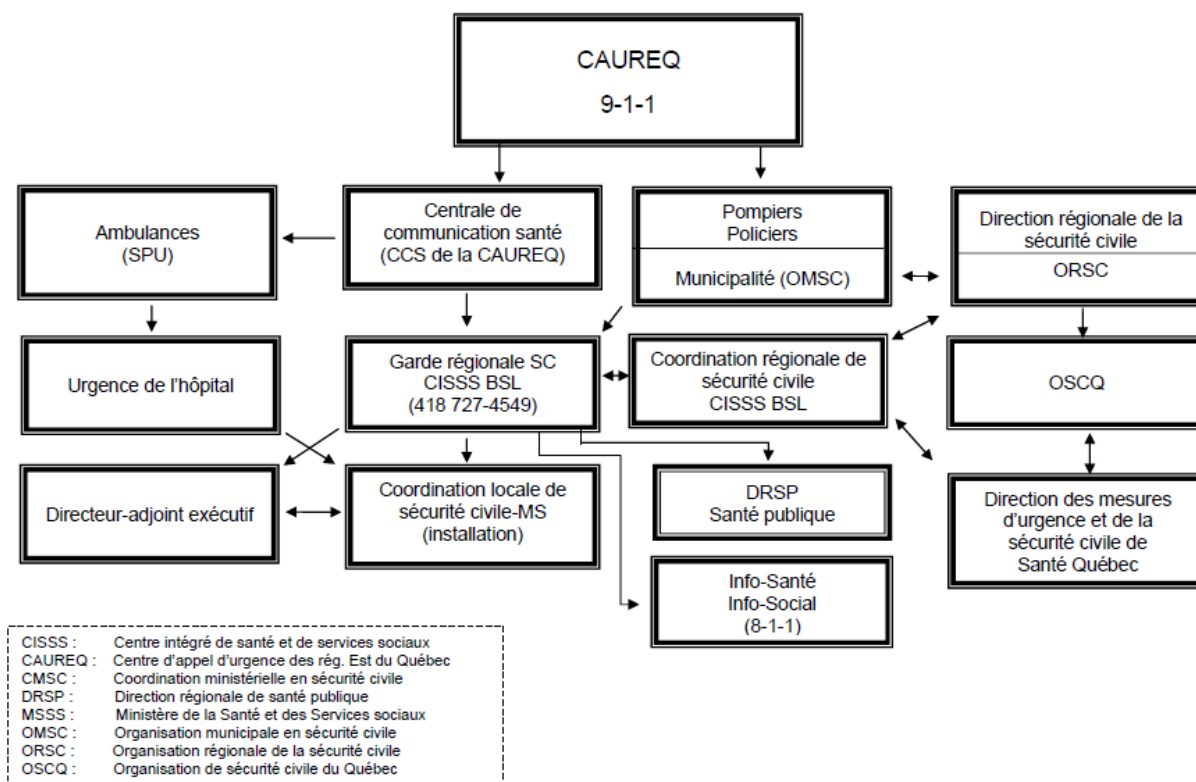
4.3 LES SCHÉMAS DE MISE EN ALERTE

À la suite de la réception d'une alerte, il est important d'aviser rapidement les acteurs clés de la situation afin que les interventions attendues de la Mission santé soient mises en place rapidement. Ainsi, nous pouvons compter sur quatre niveaux d'alerte.

Tableau 4 : Types de schéma d'alerte

Types de schéma	Particularités
Schéma régional	Permet d'alerter rapidement le comité local de sécurité civile et de mesures d'urgence, les membres du comité de direction, les partenaires régionaux concernés par la situation ainsi que la CMSC du MSSS.
Schéma local de sécurité civile	Déoulant du schéma régional, il permet d'alerter les membres du CLSCMU-MS de l'installation concernée par le sinistre.
Schéma spécifique d'un volet	Déoulant du schéma local, le schéma d'un volet permet d'alerter les intervenants et le personnel d'un volet en particulier du CLSCMU-MS.
Schéma en mesures d'urgence d'une installation	Déoulant du schéma local SC, le schéma en mesures d'urgence ¹⁸ permet d'alerter les acteurs clés de l'installation lorsqu'un code de couleur, ou autre aléa, est déclenché.

Figure 6 : Schéma de mise en alerte en sécurité civile-Mission santé



¹⁸ Pour le code rouge (incendie) dans les CH, CHSLD et autres milieux de soins hébergeant des clientèles, le processus d'alerte tient compte des normes en vigueur pour ce type de bâtiment, où le panneau d'alarme doit être à double signal.

4.4 LE RAPPEL AU TRAVAIL

Selon l'ampleur de la situation, il peut être nécessaire de rappeler au travail certains gestionnaires, professionnels ou employés afin de venir en aide au personnel présent ou, le cas échéant, le relayer. Ainsi, lorsque de la main-d'œuvre supplémentaire est requise, chaque responsable de volet détermine ses besoins en ressources humaines. Il doit convenir, avec la personne responsable des ressources humaines, au sein du volet maintien des activités, de la façon de rappeler au travail le personnel requis dans les circonstances. Des fiches de listes d'appels servant au rappel au travail d'un grand nombre d'employés sont déposées dans la valise de garde à cette fin.

Chaque CLSCMU-MS du territoire possède une liste du personnel de ses installations qui peut être avisé et mobilisé rapidement pour répondre aux exigences de la situation en cours.

4.5 LA MISE EN ALERTE DE PARTENAIRES

Selon la nature de l'événement, des impacts et des besoins, il peut être nécessaire d'alerter certains partenaires en soutien au déploiement de la Mission santé. Par exemple :

- Sûreté du Québec;
- Centres de services scolaires, écoles, etc.;
- Centres de la petite enfance;
- Organismes communautaires;
- Fournisseurs de services (téléphonie, restauration, messagerie, etc.), de matériel (eau, etc.) et d'équipement (génératrice, etc.);
- Services de transport;
- Etc.

La plupart seront joints par le biais de l'OMSC ou de l'ORSC alors que certains doivent être sollicités directement par la coordination régionale ou locale du PRSCMU-MS. À cette fin, les coordonnées de ces partenaires doivent être maintenues à jour dans les bottins de la valise de garde régionale.

4.6 LES MOYENS DE MISE EN ALERTE

Différents moyens sont disponibles pour la mise en alerte :

- Diffuseur automatisé de messages textes et de courriels relié à la valise de garde informatique;
- Diffuseur automatisé d'appels téléphoniques relié à la valise de garde informatique;
- Système téléphonique : Il est important que chacune des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent puisse compter sur des lignes téléphoniques fixes afin de pallier une éventuelle panne des systèmes informatiques ou électriques;
- Système d'appel général intégré au système téléphonique de l'installation;
- Téléavertisseurs;
- Téléphones cellulaires;
- Radios de type « walkie-talkie »;
- Courrier électronique;
- De personne à personne.

4.7 LE DÉPLOIEMENT LOGISTIQUE DES SITES DE GESTION DES OPÉRATIONS

Afin de gérer adéquatement les responsabilités dévolues à la Mission santé lors d'un sinistre, il est nécessaire de pouvoir compter sur des sites de coordination des opérations adaptés au contexte de la sécurité civile et des mesures d'urgence. Il s'agit du :

- Centre régional de coordination;
- Centre local de coordination;
- Poste de commandement.

Des systèmes téléphoniques et informatiques destinés au coordonnateur, aux responsables de volet, etc. sont disponibles sur place.

Le déploiement du Centre local de coordination-Mission santé (CLC-MS) relève de la personne responsable du soutien logistique. Ainsi, elle peut compter sur une procédure de déploiement ainsi qu'une liste et une trousse de matériels nécessaires à son bon fonctionnement. La collaboration des services informatiques est nécessaire pour l'installation et le bon fonctionnement des systèmes téléphoniques et informatiques.

4.7.1 LE CENTRE RÉGIONAL DE COORDINATION-MISSION SANTÉ

Situé au local 117, dans les bureaux administratifs situés au 288, rue Pierre-Saindon, à Rimouski, le Centre régional de coordination (CRC) permet aux membres du comité régional de sécurité civile et mesures d'urgence-Mission santé (CRSCMU-MS) de gérer les opérations de nature régionale et de soutenir les membres du comité local de sécurité civile et de mesures d'urgence-Mission santé (CLSCMU-MS). Le Centre régional de coordination est en lien avec le comité de gestion stratégique du CISSS, l'Organisation régionale de sécurité civile (ORSC), la Coordination ministérielle en sécurité civile (CMSC) du MSSS ainsi qu'avec le comité local de sécurité civile et de mesures d'urgence-Mission santé (CLSCMU-MS) concerné par la situation.

4.7.2 LE CENTRE LOCAL DE COORDINATION-MISSION SANTÉ

Chaque comité local de sécurité civile et de mesures d'urgence-Mission santé (CLSCMU-MS) peut compter sur un Centre local de coordination (CLC-MS) situé dans un local de son installation. Il s'agit du lieu à partir duquel le comité local de sécurité civile et de mesures d'urgence-Mission santé (CLSCMU-MS) fournit le soutien aux intervenants sur le terrain et consolide les informations à transmettre au Centre régional de coordination. En plus d'être en lien avec le Centre régional de coordination, il assure la liaison avec l'Organisation ministérielle (OMSC) concernée par la situation. Toutes les informations relatives aux opérations y convergent.

Tableau 5 : Coordonnées des centres locaux de coordination-Mission santé

Comité local de coordination	Coordonnées du centre local de coordination-Mission santé
	Local
Kamouraska	Salle 262, CLSC à Saint-Pascal
Rivière-du-Loup	Salle 400, Pavillon Alphonse Couturier du CHRGP
Témiscouata	Salle 129-Gérald Marquis, Hôpital Notre-Dame-du-Lac
Basques	Salle 402, Centre hospitalier Trois-Pistoles
Rimouski-Neigette	Salle GR-015, Hôpital régional de Rimouski
Mitis	Salle 193, Centre hospitalier La Mitis
Matane	Salle 2311, Hôpital de Matane
Matapédia	Salle A1-133, Hôpital d'Amqui

4.7.3 LE POSTE DE COMMANDEMENT-SANTÉ (PC-SANTÉ)

Lors d'un sinistre externe, le PC-Santé est le lieu mis en place par un comité local de sécurité civile-Mission santé pour gérer les actions de ses intervenants sur le terrain. Alors que le lieu d'un centre local de coordination-Mission santé est déjà prévu d'avance, la localisation d'un poste de commandement-Santé (PC-Santé) sera déterminée en fonction de l'endroit où est situé le sinistre. Il est normalement situé, dans un secteur sécuritaire, à proximité des PC mis en place par les autres missions de la sécurité civile et la municipalité, et ce, près du site du sinistre. L'ampleur, l'étendue, la durée et la nature du sinistre peuvent par ailleurs nécessiter la mise sur pied, par le comité local, de plusieurs postes de commandement.

Le PC-Santé relève directement du comité local de sécurité civile-MS. Ce dernier délègue un coordonnateur du PC-Santé, qui assumera le bon déroulement des opérations sur le terrain. Afin d'assurer une intervention efficace, l'échange d'information entre le PC-Santé et le CLC-MS se doit d'être constant, fluide et efficace.

SECTION 5

LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE ET LA RÉCEPTION MASSIVE DE BLESSÉS À L'URGENCE D'UN CH DE LA RÉGION

TABLE DES MATIÈRES

5. LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE ET LA RÉCEPTION MASSIVE DE BLESSÉS À L'URGENCE D'UN CH DE LA RÉGION (CODE ORANGE)	66
5.1 L'organisation et fonctionnement des services préhospitaliers et de l'urgence d'un CH lors d'une arrivée massive de blessés (code orange).....	66
5.2 L'alerte spécifique au code orange	68
5.3 L'organisation des activités	70
5.4 La décontamination.....	72
5.5 Les rôles et responsabilités	73
5.6 La liste des documents de soutien	74

5. LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE ET LA RÉCEPTION MASSIVE DE BLESSÉS À L'URGENCE D'UN CH DE LA RÉGION (CODE ORANGE)

5.1 L'ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS ET DE L'URGENCE D'UN CENTRE HOSPITALIER (CH) LORS D'UNE ARRIVÉE MASSIVE DE BLESSÉS (CODE ORANGE)

5.1.1 LE CONTEXTE

Lorsque survient un sinistre dans la communauté avec de multiples blessés ou qu'une installation du RSSS est sinistrée, l'urgence du CH doit être en mesure de recevoir et d'offrir les soins urgents aux personnes qui se présentent d'elle-même ou qui sont amenées par les services préhospitaliers d'urgence (SPU).

Outre le volet de la santé physique, qui se déploie d'emblée lors d'un code orange, plusieurs autres volets de la Mission santé sont alors mis à contribution pour gérer le déferlement de victimes à l'urgence : services psychosociaux, soins et services sociaux particuliers, santé publique, communication, maintien des activités ainsi que la logistique.

On retrouvera ici une description des services préhospitaliers (SPU) et des urgences présentes dans la région. Chaque urgence possède son propre code orange, en fonction de sa mission et des caractéristiques qui lui sont propres.

5.1.2 LA PORTÉE

Le code orange d'un CH comprend les mécanismes d'urgence en prévision des situations suivantes :

- Arrivée de six (6) blessés¹⁹ ou plus à l'urgence d'un CH de la région;
- Décontamination de personnes ayant été exposées à des matières de type CBRNE;
- Mobilisation d'une équipe médicale ad hoc afin de procéder à une intervention médicale sur un site d'accident.

Note : Considérant l'importance d'assurer une cohérence entre les services préhospitaliers d'urgence (SPU) et l'urgence d'un CH, en ce qui a trait à l'arrivée massive de blessés à l'urgence (code orange), sont regroupées ici, dans la même section, les activités de chacun de ces volets.

¹⁹ Au Bas-Saint-Laurent, dès que 6 personnes sont blessées lors d'un sinistre ou d'une tragédie majeure, les préposés aux appels urgents de la CAUREQ (911) avisent la garde régionale SC-MU et l'urgence du CH concerné de la situation, afin de lui permettre de se préparer en conséquence. En fonction des ressources disponibles et du niveau d'activité sur place, il revient à l'urgence du CH concerné de déterminer s'il y a lieu d'annoncer le déclenchement du « code orange » dans son installation.

5.1.3 LE PROFIL DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (SPU)

La région du Bas-Saint-Laurent peut compter sur un réseau de services préhospitaliers d'urgence comprenant 40 véhicules ambulanciers répartis sur tout le territoire.

Tableau 6 : Profil des services préhospitaliers d'urgence

Installations	Positionnement des véhicules	Nombre	CH référence ²⁰	Nombre civières	Types d'urgence
Kamouraska	La Pocatière	2 (Plus 1 de remplacement)	La Pocatière	7	Primaire
	St-Pascal	1	La Pocatière	7	Primaire
			Rivière-du-Loup	9	Secondaire
	St-Alexandre	1	Rivière-du-Loup	9	Secondaire
Rivière-du-Loup	Rivière-du-Loup	3 (plus 1 de remplacement)	Rivière-du-Loup	9	Secondaire
	St-Cyprien	1	Trois-Pistoles	3	Stabilisation
			Rivière-du-Loup	9	Secondaire
			Rivière-du-Loup	9	Secondaire
Témiscouata	Squatec	1	N-Dame-du-Lac	5	Primaire
			Rimouski	12	Secondaire
			Trois-Pistoles	3	Stabilisation
			Rivière-du-Loup	9	Secondaire
	Cabano	1	N-Dame-du-Lac	5	Primaire
			Rivière-du-Loup	9	Secondaire
	Notre-Dame-du-Lac	2 (plus 1 de remplacement)	N-Dame-du-Lac	5	Primaire
			Rivière-du-Loup	9	Secondaire
	Rivière-Bleue	1	Notre-Dame-du-Lac	5	Primaire
			Rivière-du-Loup	9	Secondaire
			Pohénégamook	3	Stabilisation
Basques	Trois-Pistoles	2	Trois-Pistoles	3	Stabilisation
			Rimouski	12	Secondaire
			Rivière-du-Loup	9	Secondaire
Rimouski-Neigette	Rimouski	6 (plus 2 de remplacement)	Rimouski	12	Secondaire
	St-Fabien	1			
Mitis	Mont-Joli	3 (plus 1 de remplacement)	Rimouski	12	Secondaire
Matane	Matane	3 (plus 1 de remplacement)	Matane	7	Primaire
			Rimouski	12	Secondaire
Matapédia	Amqui	3 (plus 1 de remplacement)	Amqui	6	Primaire
			Matane	7	Primaire
			Rimouski	12	Secondaire
	Sayabec	1	Amqui	6	Primaire
			Matane	7	Primaire
			Rimouski	12	Secondaire

²⁰ Les CH de référence sont déterminés selon le profil des blessés et les corridors de services préhospitaliers (stabilisation, primaire, trauma, etc.).

5.1.4 LA CAPACITÉ D'ACCUEIL DES SERVICES D'URGENCE DANS LES CH DE LA RÉGION

Dans la région du Bas-Saint-Laurent, nous pouvons compter sur la présence de trois (3) services d'urgence primaire, deux (2) secondaires ainsi que deux (2) urgences de stabilisation. Chaque urgence a la capacité de s'adapter rapidement lorsque déferle un grand nombre de blessés vers l'hôpital. Ainsi, en plus de compter sur l'équipe présente à l'urgence, il est nécessaire de mobiliser des effectifs supplémentaires pour répondre aux exigences de la situation. Par exemple : Omnipratiques, services infirmiers, préposés aux bénéficiaires, chirurgie, inhalothérapie, imagerie médicale, laboratoire, radiologie, orthopédie, anesthésie, médecine interne, gynécologie, pharmacie, ORL, ophtalmologie, urologie, psychiatrie, soins intensifs, intervention psychosociale, soutien administratif, etc.

Pour gérer cette arrivée massive d'usagers, la salle d'urgence et les autres services du CH doivent assurer l'espace nécessaire pour accueillir et prendre en charge les nouveaux arrivants, et ce, dans un délai approximatif de 30 à 60 minutes.

Selon le nombre de blessés et la gravité des blessures, il est possible que les corridors de dessertes des services ambulanciers soient modifiés pour répondre aux exigences de la situation. Aussi, les ambulances qui répondent à d'autres urgences non reliées à ce sinistre pourront également être déviées vers d'autres établissements afin d'assurer la sécurité du patient et la qualité des soins.

5.2 L'ALERTE SPÉCIFIQUE AU CODE ORANGE

L'activation d'un code orange, dans un service d'urgence d'un CH de la région, peut être enclenchée à la suite d'une alerte provenant du Centre de communication santé (9-1-1), de la garde régionale en sécurité civile et mesures d'urgence ou de la première ambulance arrivée sur les lieux d'un sinistre. Il se peut également que certaines victimes d'un sinistre se rendent par elles-mêmes au CH ou soient transportées par des proches de la victime ou des témoins de l'événement.

Comme c'est la pratique en situation normale, les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) informent l'urgence lorsqu'ils se dirigent vers le CH avec un ou plusieurs blessés.

L'entité qui déclenche le code orange doit transmettre à l'urgence du CH les informations concernant la nature du sinistre, le nombre prévu de blessés ou de sinistrés, le délai probable d'arrivée des premières ambulances ainsi que le profil des clientèles (rouge, jaune, vert ou noir) et la nature de leurs blessures.

5.2.1 L'ÉVALUATION DU NIVEAU D'ÉVÉNEMENT

Après avoir été avisé de l'arrivée massive de blessés à l'urgence, il est important de faire une évaluation plus approfondie de l'événement, afin d'être en mesure d'ajuster le fonctionnement de l'urgence et de requérir les ressources nécessaires pour répondre aux exigences de la situation. Par exemple :

- Lieu de l'événement;
- Début de l'événement;
- Nature de l'événement (naturel ou anthropique): accident de la route, naufrage, accident ferroviaire, accident d'avion, inondation, temps violent, séisme, incendie, attentat, fusillade, matières dangereuses, etc.;
- Nombre et profil des blessés;
- Nature des blessures et atteintes des fonctions vitales : respiration, pouls, conscience, saignement, polytraumatisme, brûlures, etc.

L'assistant du supérieur immédiat (ASI) et le médecin en service à l'urgence évaluent l'impact possible de l'événement sur le fonctionnement de l'urgence du CH. Ils déterminent le niveau de l'événement, à savoir :

- Niveau I : 6 à 10 blessés
- Niveau II : 11 à 15 blessés
- Niveau III : 16 à 20 blessés
- Niveau IV: 21 blessés et plus

5.2.2 LA MISE EN ALERTE SPÉCIFIQUE AU CODE ORANGE ET MOBILISATION DES EFFECTIFS NÉCESSAIRES

Déoulant du volet santé physique, l'équipe du code orange peut compter sur un processus de mise en alerte, par le biais d'un système d'appel pyramidal, spécifique au déploiement du Code orange. Système qui est disponible à l'urgence du CH. Les personnes suivantes peuvent jouer un rôle dans le processus d'alerte :

- L'ASI ou le chef de l'urgence;
- Le coordonnateur local de la sécurité civile;
- Le responsable du volet santé physique;
- Le coordonnateur du code orange;
- Le coordonnateur médical du code orange.

5.2.3 LA CIRCULATION ET CONTRÔLE DES ACCÈS

Il est important que soit mis rapidement en place un plan de circulation et de contrôle d'accès, particulièrement à l'urgence, à l'entrée des ambulances et à la porte de l'entrée principale, afin d'éviter la congestion des voies de circulation et l'accès non autorisé des personnes aux aires de traitement. Les personnes attitrées à la sécurité assurent le contrôle d'accès à ces endroits.

Les portes d'accès de l'urgence doivent être fermées à toute circulation, sauf aux cas d'urgence habituels non reliés au sinistre en cours.

Pour leurs parts, les parents et les proches des victimes se présentent d'abord à l'entrée principale, pour ensuite être accompagnés par un agent de sécurité (ou autre employé affecté au contrôle d'accès) vers le local dédié spécifiquement aux proches et aux familles; où ils pourront recevoir les informations pertinentes et obtenir le soutien des intervenants psychosociaux requis dans les circonstances.

Par ailleurs, ce sont les policiers de la Sûreté du Québec qui contrôleront les accès aux terrains et au CH. Ils dirigeront les familles ainsi que les représentants des médias vers l'entrée qui leur est réservée.

5.2.4 LE POSTE DE COMMANDEMENT (PC) DU CODE ORANGE

Lors d'un code orange, le poste de l'urgence deviendra le PC du code orange. Il sera en étroite liaison avec le responsable du volet santé physique situé au Centre local de coordination de l'installation ainsi qu'avec le PC santé situé sur le site même du sinistre. C'est de cet endroit que convergent toutes les informations essentielles au bon déroulement des opérations à l'urgence de l'hôpital.

Le Poste de commandement du Code orange (poste de l'urgence) est sous l'égide de l'ASI jusqu'à l'arrivée sur place du coordonnateur du code orange.

5.3 L'ORGANISATION DES ACTIVITÉS

Le Service de l'urgence, dirigé par la personne coordonnatrice du Code orange, doit organiser adéquatement l'arrivée et le traitement des victimes, et ce, afin que la réception d'un grand nombre de sinistrés se déroule bien.

L'aménagement des zones suivantes doit être envisagé :

- Aire d'accueil et de triage pour blessures majeures dans le corridor conduisant à l'urgence (prévoir une réserve de 25 dossiers réassemblés dans le garage des ambulances);
- Inscription des sinistrés;
- Aires d'évaluation, de diagnostic et de traitement pour les blessures mineures (zone verte), les blessés non ambulatoires stables (zone jaune), les blessures graves (zone rouge);
- Aire de décontamination;
- Brancardage;
- Aire pour le rassemblement des dépouilles (zone noire);
- Circulation externe et interne.

Aviser les services d'imagerie et le laboratoire du lancement du code orange.

La responsable du volet des communications doit organiser le déploiement des lieux suivants :

- Aire pour le Centre de renseignements aux proches et aux familles;
- Aire pour les journalistes.

5.3.1 LA RELOCALISATION DES USAGERS DE L'URGENCE

Lors d'un sinistre externe, les stratégies d'aménagement des lieux consistent à :

- 1- Donner congé à toutes les personnes gardées en observation à l'urgence, c'est-à-dire celles qui peuvent partir sans danger immédiat;
- 2- Transférer les usagers en observation de l'urgence vers :
 - Site 1 : Tous les lits disponibles dans le centre hospitalier;
 - Site 2 : Unité de chirurgie d'un jour;
 - Site 3 : En surplus sur les unités tel que décrit dans les plans de débordement de l'hôpital.

Une équipe nursing devra être assignée à cet ou ces emplacements.

Les personnes ambulatoires qui sont déjà à l'urgence en attente pourraient être rencontrées par le médecin qui est dédié aux blessés mineurs (vert). Dépendamment de leur évaluation, certaines personnes pourraient être dirigées vers un autre CH de la région ou encore d'une autre région.

5.3.2 LA RÉCEPTION DES BLESSÉS

Le processus de réception des blessés doit tenir compte des éléments suivants :

Blessés non ambulatoires : L'arrivée des blessés non ambulatoires s'effectue par l'entrée des ambulances attenante au Service de l'urgence du CH. Il est toutefois possible que des usagers sévèrement blessés arrivent par d'autres moyens que par ambulance (véhicules privés, taxis, autobus, etc.).

Blessés ambulatoires : L'arrivée des blessés ambulatoires se fait par l'entrée principale et ils sont dirigés par le personnel dédié au contrôle des accès vers la zone d'accueil pour le triage.

5.3.3 LA RÉCEPTION DES PERSONNES DÉCÉDÉES

Les personnes qui décèdent au cours du trajet ambulancier seront transportées, dans un premier temps, à l'urgence, puis dirigées vers un local qui servira de morgue temporaire.

5.3.4 LE TRIAGE

Alors que les usagers qui arrivent par ambulance sont préalablement triés sur le site du sinistre par les techniciens ambulanciers paramédics, il est nécessaire que l'urgence du CH organise sa propre aire de triage afin de prioriser la prise en charge des blessés.

5.3.5 L'ENREGISTREMENT

Après le triage, les blessés sont enregistrés par la personne préposée à l'admission, qui ouvrira un dossier temporaire dans le respect du guide des normes de saisie des données démographiques (DSMSSSER-GU-0012), l'aide-mémoire de l'annexe 6 vient résumer la procédure à employer.

5.3.6 LES AIRES DE TRAITEMENT

Les aires de traitement destinées à l'évaluation, au diagnostic et au traitement des blessés sont déterminées selon le niveau de gravité des blessés. Leur localisation tient compte de l'équipement médical et du personnel disponibles à ces endroits. Les aires de traitement sont organisées selon la catégorie de blessés à soigner :

Catégorie **ROUGE** : Blessés instables;

Catégorie **JAUNE** : Blessés stables, mais non ambulatoires;

Catégorie **VERT** : Blessés légers;

Catégorie **NOIR** : Les personnes décédées à leur arrivée ou en cours de soins.

5.3.7 LE BRANCARDAGE ET TRANSPORT

Une équipe doit être assignée aux activités de brancardage et de transport. Cette équipe est ultimement responsable d'acheminer les blessés des aires d'évaluation vers les aires de traitement ou de diagnostic.

5.4 LA DÉCONTAMINATION

Bien que la prévalence des événements (acte terroriste, accidents industriels, etc.), pouvant impliquer des matières dangereuses²¹ soit relativement faible dans la région, il est tout de même important que les CH du réseau régional prévoient des procédures pour accueillir et pour traiter les personnes contaminées. Même si les services d'urgence présents sur le site d'un sinistre peuvent faire une décontamination grossière des personnes blessées avant qu'elles soient transportées au CH, l'expérience a démontré que les services d'urgence ne peuvent, en toutes circonstances, isoler les personnes à la suite d'un événement de grande envergure. Par conséquent, il est envisageable que les personnes contaminées se présentent d'elles-mêmes à l'urgence du CH, n'ayant pu être décontaminées directement sur le site de l'événement.

Le processus de décontamination a pour objectifs de :

- Décontaminer les personnes, réduire la morbidité et la mortalité;
- Protéger le personnel, les usagers, les visiteurs et les installations physiques contre la contamination secondaire;
- Protéger l'environnement.

²¹ Chimique, biologique, réactif, nucléaire ou explosif (CBRNE)

Chaque urgence de la région doit prévoir un mécanisme de décontamination, comprenant les éléments suivants²² :

- Les ressources humaines et matérielles requises;
- L'organisation physique des lieux de décontamination;
- Les soins d'urgence préalable à la décontamination;
- La décontamination des patients, préalablement décontaminés sur le site par les services d'urgence;
- La décontamination des patients non décontaminés sur le site;
- La décontamination primaire (déshabillage et rinçage);
- La décontamination secondaire (Lavage et brossage);
- La décontamination pédiatrique;
- L'utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI);
- La récupération des eaux usées.

5.5 LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Outre le personnel soignant, l'équipe du code orange comprend un certain nombre de personnes ayant des rôles et des responsabilités spécifiques à assumer :

ASSISTANT DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT (ASI) : Dès la réception de la mise en alerte, l'assistant du supérieur immédiat (ASI) initie le déploiement du code orange. En collaboration avec l'équipe du Service de l'urgence, il procédera à une série d'actions visant l'arrivée massive de blessés. À l'arrivée du coordonnateur du code orange, il lui délèguera son rôle de coordination tout en demeurant en support à ce dernier.

MÉDECIN DE L'URGENCE (COORDONNATEUR MÉDICAL DU CODE ORANGE) : Le médecin de l'urgence évalue le caractère médical de l'avis de sinistre externe et fait mobiliser les spécialistes requis selon la nature de la situation.

Il coordonne l'intervention médicale, évalue l'état des blessés et indique les soins requis. Il s'assure de répartir les effectifs médicaux selon leur champ de spécialisation aux aires de traitement. Précisons qu'à sa discrétion, le médecin de l'urgence peut déléguer son rôle de coordination à l'un de ses collègues dès son arrivée à l'urgence.

COORDONNATEUR DU CODE ORANGE : Le coordonnateur du code orange assure l'organisation et la coordination des activités de traitement et de diagnostic de l'urgence. Il mobilise et demande des ressources humaines auprès du responsable du volet santé physique, qui sollicite le responsable du volet maintien des activités, dont les ressources humaines, au sein du comité local de la sécurité civile, afin que ce dernier déploie les ressources requises.

Le coordonnateur du code orange demande les fournitures et le matériel de brancardage et de transport nécessaires aux activités de l'urgence auprès du responsable du volet santé physique.

Enfin, il coordonne les actions effectuées par les membres de son équipe dans l'organisation des aires d'accueil, de triage, d'enregistrement et de traitement.

²² Cf. Guide de planification pour la décontamination de personnes en centre hospitalier, MSSS, 2021.

ÉQUIPE MÉDICALE : En circonstance exceptionnelle, le CH peut être sollicité pour dépêcher sur les lieux d'un sinistre une équipe médicale (avec personnel infirmier, médecin et inhalothérapeute) pour évaluer ou soulager une ou des personnes incarcérées dans des décombres d'édifices ou de véhicules lourds. Le transport sécuritaire de cette équipe et la disponibilité du matériel nécessaire doivent être prévus à cet effet.

5.6 LA LISTE DES DOCUMENTS DE SOUTIEN

Voici une liste, non exhaustive, de documents en soutien au déploiement d'un code orange dans un CH de la région. Le contenu de ces documents est en fonction des particularités de chacune des urgences :

- Avis de sinistre externe;
- Enregistrement des blessés;
- Fiche de triage START;
- Inventaire du code orange;
- Registre des présences zone ROUGE;
- Registre des présences zone JAUNE;
- Registre des présences zone VERTE;
- Registre des présences zone NOIRE;
- Plan d'aménagement du Service de l'urgence lors d'un code orange;
- Plan de débordement;
- Procédures – Banque de sang;
- Trousses médicales de soutien.

SECTION 6

LE VOLET SANTÉ PHYSIQUE²³

TABLE DES MATIÈRES

6. LE VOLET SANTÉ PHYSIQUE	76
6.1 L'organisation des soins de santé de première ligne dans un Centre de services aux sinistrés.....	76
6.2 Les rôles et responsabilités	77
6.3 Les soins infirmiers	78
6.4 Les soins médicaux	78
6.5 Les services de pharmacie.....	79
6.6 La logistique et équipement d'aide à la mobilité.....	79
6.7 La composition de l'équipe des soins de santé de première ligne	81
6.8 L'organisation des soins de santé.....	81
6.9 Les soins à domicile	84
6.10 Le portrait des besoins des clientèles vulnérables.....	84
6.11 La prévention des problèmes de santé publique liés à l'hygiène et à la salubrité	85
6.12 La liste des ressources et du matériel	85

²³ Certains thèmes abordés dans la présente section sont extraits de :

- GENEST, S. & Gravel, F. *L'organisation des services de santé de première ligne lors d'un sinistre : Une approche concertée*, document de travail, MSSS, 2003.
- Guide d'opérationnalisation de la mission santé du Plan national de sécurité civile, MSSS, 2015;

6. LE VOLET SANTÉ PHYSIQUE

6.1 L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE DANS UN CENTRE DE SERVICES AUX SINISTRÉS (CSS)

Les soins de santé de première ligne relèvent du volet santé physique. La personne qui en est responsable fait partie de l'équipe du volet santé physique.

Lorsque des citoyens sont évacués de leur domicile, il est de la responsabilité de la municipalité d'ouvrir un Centre de services aux sinistrés (CSS). Les services offerts par la municipalité sont de cinq (5) ordres : inscription, information, alimentation, hébergement et vêtements. Soulignons que les municipalités ont habituellement des ententes de collaboration avec la Croix-Rouge concernant la dispensation de ces services pour les premières 72 heures.

Les personnes évacuées peuvent présenter un état de santé qui nécessite des soins de santé de première ligne. Ainsi, afin d'éviter que ces personnes ne viennent consulter les services de santé au CLSC ou au CH, qui sont déjà fortement sollicités par les impacts du sinistre en cours, il est convenu d'offrir les soins de santé de première ligne dans la communauté, soit à domicile, dans les Centres de services aux sinistrés, avec ou sans hébergement ou autres lieux d'hébergement (Hôtel, etc.).

Pour sa part, le CISSS du Bas-Saint-Laurent doit s'entendre avec les autorités municipales concernant les facilités matérielles quant à l'implantation des soins de santé de première ligne dans les Centres de services aux sinistrés. Sur place, l'organisation des soins doit prévoir les aires suivantes :

- Les services infirmiers;
- L'aire de consultation médicale;
- L'aire d'observation;
- Un secteur d'attente;
- Une salle pour l'équipe interdisciplinaire;
- Une salle pour l'équipe d'intervenants psychosociaux.

Ces services visent deux types de clientèles :

- Les personnes sinistrées ayant des problèmes de santé, préexistant à la survenue du sinistre;
- Les personnes ayant des problèmes de santé occasionnés par les impacts du sinistre, mais ne nécessitant pas d'hospitalisation.

6.2 LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Actions attendues du responsable des soins de santé de première ligne dans un Centre de services aux sinistrés (CSS) ou autres lieux d'hébergement temporaire.

En préparation :

- Prévoir la composition de l'équipe dédiée aux soins de santé de première ligne : infirmiers, infirmiers auxiliaires, médecins, préposés aux bénéficiaires (PAB) ou auxiliaires aux soins de santé et de services sociaux (ASSS);
- Identifier les besoins en termes de mobilier, téléphonie, système informatique, autres outils, matériels et fournitures;
- Monter une liste d'outils, de matériels et de fournitures nécessaires à la dispensation des soins de santé de première ligne;
- Préparer un plan type en regard du déploiement et de la configuration physique des services de santé dans un CSS;
- Préparer et maintenir à jour une trousse d'outils, de matériels et de fournitures médicales;
- S'assurer de la collaboration des pharmacies du RLS quant à la fourniture de médicaments, ou autres, en cas de sinistre.

Lors de l'ouverture d'un Centre de services aux sinistrés :

- Participer aux travaux du volet santé physique du Comité local de sécurité civile et mesures d'urgence de son installation;
- Procéder à l'organisation des soins de santé de première ligne dans un Centre de services aux sinistrés (triage, évaluation, plan de soins, etc.);
- Orienter la clientèle vulnérable ou à risque vers le volet soins et services sociaux particuliers;
- Surveiller les problématiques de santé publique en regard des conditions d'hygiène et de salubrité dans le CSS et faire les liens et recommandations nécessaires auprès des partenaires des autres volets, entre autres, santé publique;
- Contribuer à la préparation du retour à la maison en toute sécurité pour les personnes sinistrées en collaboration avec le volet soins et services sociaux particuliers.

6.3 LES SOINS INFIRMIERS

Les soins infirmiers visent l'accueil des personnes ayant des problèmes de santé, l'évaluation des besoins et la dispensation des soins de santé de première ligne. Le soutien d'infirmiers auxiliaires, de préposés aux bénéficiaires (PAB), ou d'auxiliaires aux soins de santé et de services sociaux peut être requis en pareilles circonstances.

Le niveau de déploiement des soins de santé de première ligne dépendra de l'ampleur et de la durée de l'événement. Ainsi, si le sinistre nécessite seulement l'ouverture d'un Centre de services aux sinistrés pour quelques heures, une équipe de soins infirmiers de base sera fort probablement suffisante pour répondre aux besoins. Cependant, si les besoins en termes de soins et services de santé sont substantiels ou que la municipalité doit déployer les services d'hébergement pour une longue période, il pourra alors être nécessaire de faire appel à un plus grand nombre d'intervenants et même de constituer éventuellement une équipe de soins plus spécialisée.

6.4 LES SOINS MÉDICAUX

Dans le cas d'un sinistre d'envergure, c'est-à-dire de longue durée et qui nécessite l'évacuation d'un grand nombre de gens, il pourra être nécessaire d'offrir des services de consultations médicales au sein du Centre de services aux sinistrés. L'objectif étant toujours d'éviter que les personnes évacuées aillent consulter les services dans les installations du CISSS.

Voici certains éléments à considérer quant au déploiement des services médicaux :

- Il est nécessaire d'identifier les services médicaux qui pourraient avoir été affectés par le sinistre et prévoir des mesures de relèvement en conséquence;
- Toujours évaluer l'ampleur des besoins avant de statuer sur la nécessité d'envoyer un médecin sur place;
- Selon le lieu de l'événement et la disponibilité des effectifs médicaux, envisager la sollicitation des médecins des cliniques médicales privées et des GMF du territoire, ou des territoires limitrophes;
- Si la situation l'exige, d'autres médecins pourraient alors se joindre pour former une équipe médicale dédiée au Centre de services aux sinistrés;
- Contrairement aux services infirmiers, les services médicaux sont normalement disponibles uniquement le jour, selon un horaire établi en fonction des besoins;
- La personne sinistrée qui sollicite les services médicaux sera d'abord rencontrée par l'infirmier, qui procédera à l'évaluation de la demande;
- Les services médicaux seront dispensés en coordination avec l'ensemble des services de santé de 1^{re} ligne.

6.5 LES SERVICES DE PHARMACIE

Parmi les personnes qui trouveront refuge au Centre de services aux sinistrés, certaines d'entre elles n'auront pas les médicaments ou les produits nécessaires au maintien de leur autonomie, de leur santé ou encore essentiels pour leurs soins d'hygiène. Afin d'éviter de gérer ce genre de situation dans « le feu de l'action », les responsables des pharmacies communautaires ainsi que les GMF doivent être rencontrés afin de leur transmettre l'information requise en cas de sinistre sur notre territoire et afin de les sensibiliser sur une éventuelle collaboration en cas d'une situation extrême relevant de la sécurité civile.

Concernant les personnes qui auront amené leurs médicaments avec elles, il faudra prévoir un système de garde sécuritaire de ces médicaments afin d'éviter la perte, le vol, le trafic ou encore qu'ils se retrouvent entre les mains d'enfants. Un système de gestion souple et de distribution pourrait être envisagé en fonction de la vulnérabilité et du niveau d'autonomie de la clientèle.

Les responsables locaux des services de santé de 1^{re} ligne doivent préparer une trousse de matériel, de fournitures et d'équipements nécessaires au déploiement des services de santé de 1^{re} ligne dans un CSS. Une liste, contenant un certain nombre de médicaments sans ou sous ordonnance médicale, doit également être disponible afin d'assurer rapidement l'approvisionnement lorsque requis.

6.6 LA LOGISTIQUE ET ÉQUIPEMENT D'AIDE À LA MOBILITÉ

Lorsque vient le temps de déployer les soins de santé de première ligne, les professionnels de la santé doivent compter sur une organisation de services qui respecte certaines logistiques nécessaires à la prestation des soins.

À cette fin, il est important de compter sur une personne responsable de la logistique entourant le déploiement de ces services. Il peut s'agir d'une adjointe administrative qui a comme responsabilité de :

En phase préparation :

- Prévoir des procédures de déploiement logistique des services de santé de 1^{re} ligne;
- Monter et assurer la mise à jour des listes de matériel, fournitures et équipements.

Lorsque survient un sinistre :

- Voir à la logistique entourant le déploiement des services de santé de 1^{re} ligne (exemples : envoyer des directives par courriel ou autres, mise à jour de liste clientèle, s'il y a lieu, etc.).

6.6.1 L'ÉQUIPEMENT D'AIDE À LA MOBILITÉ

Afin de favoriser l'accès au Centre de services aux sinistrés aux personnes ayant un problème de santé, une déficience quelconque ou ayant une mobilité réduite, et pour être en mesure de prodiguer les soins d'hygiène ou de santé, on doit prévoir une liste de matériel pour faciliter l'organisation des soins. Les équipements suivants pourraient être utiles :

- Banc de bain;
- Marchette;
- Fauteuil roulant;
- Chaise d'aisance;
- Bassine;
- Canne;
- Etc.

Il est à noter que les aides techniques proposées visent à pallier à un besoin temporaire ou à être utilisées par des personnes dont le sinistre impute une contrainte (ex.: certaines personnes âgées peuvent avoir besoin d'une marchette pour se rendre aux toilettes). Le service régional des aides techniques, relevant de la Direction de la logistique, peut être sollicité pour fournir ce matériel.

6.6.2 LES FOURNITURES DIVERSES

Parmi les personnes qui trouveront refuge au Centre de services aux sinistrés, certaines d'entre elles n'auront pas les fournitures essentielles pour leurs soins d'hygiène. Afin que ces personnes puissent se les procurer, une collaboration pourrait être établie avec le Service des approvisionnements ou avec une pharmacie communautaire.

6.6.3 LA GESTION DES DOSSIERS

Tel que prévu au Code des professions, les professionnels doivent tenir un dossier pour tous les actes qu'ils posent dans le cadre de leur pratique. Considérant la difficulté d'identifier rapidement les clientèles impactées et de récupérer rapidement leur dossier, il faut prévoir des documents vierges que l'on retrouve habituellement dans un dossier d'utilisateur : dossiers vierges, fiches d'inscription, questionnaires d'évaluation, notes d'évolution, formulaire autorisant l'échange d'information, etc. Se référer au guide des normes de saisie des données démographiques (DSMSSSER-GU-0012), l'aide-mémoire de l'annexe 6 vient résumer la procédure à employer.

6.6.4 LES QUARTS DE TRAVAIL

Afin d'éviter l'épuisement chez le personnel, il est alors recommandé de prévoir un plan de relève des effectifs. Un arrimage entre les responsables du volet santé physique ainsi que du volet maintien des activités sera fait en ce sens.

6.7 LA COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE SOINS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE

Relevant du volet santé physique, la personne responsable des services de santé de 1^{re} ligne fait partie intégrante de l'équipe du volet santé physique. L'équipe des services de santé de 1^{re} ligne est composée des personnes suivantes :

- Le responsable des services de santé de 1^{re} ligne;
- L'adjoint aux services de santé de 1^{re} ligne;
- La personne dédiée à la logistique;
- L'adjoint dédié à la logistique;
- Le responsable des SAD;
- L'adjoint des SAD;
- Un médecin;
- Un médecin adjoint;
- Une personne des services pharmaceutiques et un adjoint (pharmacien de garde);
- Un PAB ou ASSS;
- Un adjoint PAB ou ASSS.

6.8 L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ

Cette étape consiste à planifier l'organisation des soins de santé au sein d'un Centre de services aux sinistrés. Six (6) actions devraient être mises en place par les professionnels de la santé, il s'agit de :

- Établir un triage lors de l'inscription;
- Organiser les aires dédiées aux services de santé;
- Organiser les services des professionnels à l'intérieur du Centre de services aux sinistrés;
- Organiser la logistique des activités de santé physique;
- Surveiller et référer les problématiques de santé publique.

Précisons que certaines implications peuvent relever de la responsabilité du CLSCMU-MS, s'inscrivant ainsi dans le prolongement de son mandat, alors que d'autres interventions visent à apporter un soutien à la municipalité dans les obligations qu'elle doit assumer auprès de ses citoyens dans le cadre de ses services aux sinistrés.

6.8.1 LE TRIAGE LORS DU PROCESSUS D'INSCRIPTION DES PERSONNES SINISTRÉES

Lors de l'accueil des sinistrés dans le Centre de services aux sinistrés, ceux-ci seront inscrits par le service d'inscription et de renseignement de la municipalité. Cependant, il est pertinent qu'un intervenant santé soit présent lors de cette opération afin de déterminer s'il y a des personnes qui présentent des problèmes de santé.

Ce triage a trois (3) objectifs :

- 1- Identifier le plus précocement possible tout problème de santé urgent tel que des personnes blessées nécessitant une intervention médicale urgente (angine instable, diabète débalancé, etc.);
- 2- Permettre de planifier rapidement et adéquatement la réponse aux besoins de soins et services de santé (ex. : soins primaires, médicaments, mise à jour de la prescription, consultation médicale, relocalisation dans une autre ressource d'hébergement, etc.);
- 3- Permettre de déterminer rapidement si des personnes n'ont pas une condition de santé adéquate pour séjourner dans un Centre de services aux sinistrés.

Pour les personnes présentant des besoins de soins et de services de santé particuliers, par exemple des personnes légèrement confuses ou des personnes souffrant d'allergies alimentaires, il faudrait idéalement prévoir un système d'identification, tel le port d'un bracelet d'identification.

Il peut être nécessaire de prévoir un formulaire dédié à la cueillette d'information pour chacun des patients ayant des besoins de soins de santé de première ligne.

6.8.2 L'ORGANISATION DES AIRES DÉDIÉES AUX SOINS ET SERVICES DE SANTÉ

Plusieurs aires de services doivent être minimalement prévues : une aire pour les services infirmiers, un bureau de consultations médicales ainsi qu'une aire d'observation, un secteur d'attente, une salle d'intervention pour l'équipe interdisciplinaire et une salle d'intervention psychosociale. Il sera aussi important de prévoir des espaces respectant la confidentialité.

Le choix des aires de travail pour l'organisation des soins de services de santé devra être fait en collaboration avec les responsables des services aux sinistrés de la municipalité. Ceux-ci devront s'assurer de la logistique pour l'organisation des aires.

6.8.2.1 LES SOINS INFIRMIERS

Cet endroit accueille des gens présentant des problèmes de santé, à l'évaluation des soins et à la prestation des soins primaires. Cet espace devra minimalement contenir un lit d'observation, une table ou bureau de travail, des chaises et un meuble pour contenir le matériel médical. Considérant l'importance du respect des normes d'hygiène, cet espace devrait contenir un lavabo ou du moins être situé à proximité d'une source d'eau.

Cet espace minimal correspond à la surface standard des salles de triage d'urgence et devra être plus vaste si plus de deux infirmières y travaillent. Il faudra également prévoir deux ou trois chaises à l'extérieur de ce local, près de celui-ci, pour faire office de salle d'attente.

6.8.2.2 LE BUREAU DE CONSULTATIONS MÉDICALES

Espace réservé à l'usage des médecins pour recevoir les personnes qui feront l'objet d'une référence à la suite de l'évaluation de l'infirmière. Il faut prévoir un espace suffisant pour contenir un lit ou une table d'examen, un bureau de travail, un éclairage d'appoint et des chaises. Considérant l'importance du respect des normes d'hygiène, cet espace devrait également contenir un lavabo.

6.8.2.3 L'AIRE D'OBSERVATION

L'aire d'observation est un endroit pour garder alitées les personnes présentant des problèmes de santé demandant une certaine surveillance pour une courte période. Ce lieu sera préférablement connexe à celui des soins infirmiers, afin d'assurer une visibilité constante des personnes alitées. L'espace de la salle d'observation sera défini en fonction du nombre de lits qu'on y mettra. Il faudrait compter environ 15 mètres carrés pour chaque personne alitée. L'aire d'observation devra être localisée à proximité des salles avec une visibilité pour l'observation.

6.8.2.4 L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

Lors d'un sinistre, il peut y avoir plusieurs professionnels de la santé et des bénévoles qui aideront les personnes. Il doit donc y avoir une planification des soins qui tienne compte des besoins de la clientèle et des disponibilités des ressources médicales.

L'équipe peut être composée de divers intervenants, dont : médecins, personnel infirmier, PAB, ASSS, nutritionniste, intervenants psychosociaux, inhalothérapeute, physiothérapeute, ergothérapeute, etc.

6.8.2.5 LA SALLE D'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE

La salle d'intervention psychosociale permet aux intervenants psychosociaux de rencontrer, en toute confidentialité, les personnes demandant un soutien psychosocial.

6.9 LES SOINS À DOMICILE

Déjà bien implantés dans tous les secteurs de la région, les soins à domicile (SAD) du CISSS doivent s'adapter aux conditions particulières provoquées par le sinistre. En plus de la clientèle déjà bénéficiaire des SAD, certaines personnes peuvent voir leurs conditions sociosanitaires se détériorer à cause des impacts du sinistre; comme ce fut le cas lors du grand verglas (1998), des inondations dans la Vallée-du-Richelieu en 2011 et celles du printemps 2017. Il s'agit d'adapter les SAD afin d'éviter que cette clientèle n'aboutisse dans les services « intra-muros » du RSSS.

Actions attendues de la personne responsable des soins à domicile :

En phase préparation :

- Participer aux travaux de l'équipe du volet santé physique et du volet soins et services sociaux particuliers;
- Identifier les personnes qui bénéficient déjà des SAD et pour qui le niveau de vulnérabilité et de dépendance aux SAD fait en sorte que ces services devront être adaptés advenant la survenue d'un sinistre;
- Prévoir l'adaptation des SAD afin de répondre aux besoins de personnes vulnérables qui pourraient être impactées par le sinistre.

Lorsque survient un sinistre :

- Repérer la clientèle vulnérable qui reçoit des SAD et qui est impactée par le sinistre;
- Contribuer à la mobilisation des ressources humaines nécessaires à la prise en charge des personnes sinistrées qui ont besoin de SAD;
- Adapter les SAD en fonction des impacts et des besoins des personnes sinistrées.

6.10 LE PORTRAIT DES BESOINS DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES

La planification des services autour des clientèles à risque et vulnérables est complexe. Le portrait de ces clientèles pourrait être fait à partir des listes d'usagers recevant des soins à domicile ou à partir de données sociodémographiques. De plus, on pourrait identifier des secteurs dans la municipalité où l'on retrouve une forte proportion de personnes âgées vivant seules ou en résidence de type chambre et pension, ou encore de jeunes familles en difficulté ou autres clientèles selon les impacts de l'événement.

Lors du sinistre, une cueillette de données sommaires pourra alors être effectuée à l'aide d'un formulaire conçu à cet effet. Ainsi les clientèles spécifiques pourront être référées auprès des responsables du volet soins et services sociaux particuliers pour une prise en charge rapide.

6.11 LA PRÉVENTION DES PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE LIÉS À L'HYGIÈNE ET À LA SALUBRITÉ

Concernant l'application des mesures d'hygiène, il est important que les intervenants rappellent aux personnes sinistrées les règles élémentaires à cet égard et que des mesures soient prises afin de favoriser le respect de ces règles. Par exemple, les facilités favorisant le lavage des mains, le changement de couches, le port de masques, la prise de douche, etc.

Par ailleurs, les préposés à l'entretien des Centres de services aux sinistrés, qui peuvent parfois être bénévoles, ne connaissent pas nécessairement les meilleures pratiques en prévention des infections. Il est donc important de les sensibiliser, voire les former, à cet égard. Les responsables de l'hygiène et de la salubrité ainsi que les infirmières dédiées à la prévention et au contrôle des infections de l'établissement peuvent être impliqués dans cette démarche.

6.12 LA LISTE DES RESSOURCES ET DU MATÉRIEL

Voici une liste des ressources et du matériel à prévoir pour le déploiement des soins de santé de première ligne :

- Liste des cliniques médicales de la région;
- Liste des pharmacies communautaires et d'établissements de la région;
- Liste de matériel et d'équipements à apporter;
- Liste de médicaments.

SECTION 7

LE VOLET SANTÉ PUBLIQUE

7. INTERVENIR SOUS LA GOUVERNE DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE ET LA DIRECTION RÉGIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE	87
7.1 La prévention, la protection et la surveillance de la santé de la population	88
7.2 Les mesures de protection populationnelle.....	90
7.3 Les plans particuliers d'intervention	90

7. INTERVENIR SOUS LA GOUVERNE DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE (2001) ET LA DIRECTION RÉGIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le volet santé publique a toute son importance en regard de l'intervention de la Mission santé en cas de sinistre. En effet, certains aléas peuvent en eux-mêmes constituer une menace importante à la santé publique. Qu'il s'agisse de penser aux pandémies de la COVID-19, d'influenza, aux maladies respiratoires sévères infectieuses, aux contaminations des sources d'approvisionnement en eau potable, etc. Dans ces circonstances, les autorités de la santé publique, régionale ou nationale, doivent jouer un rôle de premier plan et pouvoir compter sur l'étroite collaboration du volet santé publique du CISSS.

Dans cette section, d'entrée de jeu, il sera question de la gouverne qu'impose la Loi sur la santé publique, avant d'aborder *La vigie et la surveillance* ainsi que les *Mesures de contrôle et de protection*.

Lorsque survient un sinistre, le volet santé publique du CISSS du Bas-Saint-Laurent doit tenir compte du contexte particulier que lui impose la Loi sur la santé publique (LSP, chapitre S-2.2, 2001). En effet, la LSP impose des devoirs et accorde des pouvoirs d'intervention au directeur de la santé publique, et ce, en fonction du type de sinistre ou de menaces (réelles ou appréhendées) touchant une population. Les pouvoirs d'enquête, d'inspection, d'ordonnance et de mobilisation sont sous la responsabilité du directeur régional de la santé publique et ultimement du directeur national de la santé publique, lorsque l'événement déborde du territoire régional ou des capacités de la région impactée.

En vertu de la LSP (art. 97, 117, 123.6, 124), le directeur de la santé publique, lorsqu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser une enquête ou protéger la santé de la population, a le pouvoir de mobiliser un établissement de santé et de services sociaux. En pareille circonstance, l'établissement doit alors respecter les dispositions légales et intervenir sous la gouverne de la LSP et de la Direction régionale de la santé publique.

Le Plan d'action régional de santé publique (2016-2020) prévoit que la Direction régionale de la santé publique, apporte son soutien dans le cadre du Plan régional de sécurité civile-MS, en ce qui a trait à l'évaluation du risque, la préparation, la mobilisation et la gestion, en cas d'accidents industriels, d'urgence environnementale ou d'événements climatiques extrêmes. La Direction régionale de la santé publique a inscrit le renforcement des capacités de santé publique à faire face à de futures pandémies ou à d'autres menaces d'envergure au sein de ses priorités régionales pour 2023-2025.

Les aspects de santé publique peuvent nécessiter une collaboration entre le volet de santé publique du PRSC-MS et le ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques ainsi que le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation.

7.1 LA PRÉVENTION, LA PROTECTION ET LA SURVEILLANCE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

Le Plan de sécurité civile du MSSS précise que la prévention consiste à établir des mesures soutenues qui concourent à éliminer les risques de sinistres, à réduire les probabilités d'occurrence des aléas ou à atténuer leurs effets potentiels tant au regard des impacts sur les personnes que pour le maintien des services essentiels en cas de sinistre.

Partie intégrante de la fonction protection, la vigie permet d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population sinistrée. Elle permet aux décideurs et aux intervenants d'agir pour ajuster les services en fonction des menaces à la santé publique. En ce sens, selon le Programme national de santé publique 2015-2025, la fonction de protection consiste notamment à :

« Détecter tôt et évaluer les situations qui présentent des risques pour la santé attribuables à des agents biologiques, chimiques ou physiques, notamment par l'exercice d'une vigie continue, contrôler ces risques lorsqu'ils représentent une menace pour des individus, des groupes ou la population, ainsi que participer à la conception et à la mise en place de mesures d'urgence en collaboration avec divers partenaires. »

Les menaces peuvent provenir d'un aléa impliquant des risques chimiques, biologiques, radioactifs ou nucléaires, ou provenir des impacts indirects de cet aléa :

Tableau 7 : Éléments à surveiller selon le type d'aléa

TYPES D'ALÉA	EXEMPLES D'ÉLÉMENTS À SURVEILLER
Accident industriel ou de transport	- Contamination chimique de l'eau, de l'air ou du sol
Accident nucléaire ou radiologique	- Irradiation externe - Contamination interne - Contamination externe
Canicule : chaleur accablante, chaleur extrême	- Insolation - Déshydratation - Coup de chaleur - Crampe - Évanouissement
Contamination ou pénurie d'eau	- Maladie hydrique
Évacuation en toutes circonstances (incendie de forêt, inondation, etc.)	- Conditions d'hygiène et de salubrité dans les Centres de services aux sinistrés avec hébergement - Conditions de réintégration du domicile après l'évacuation (eau potable, aliments contaminés, moisissures, etc.)
Épidémie, pandémie	- Maladie respiratoire sévère infectieuse, influenza, etc. - Propagation des virus et des bactéries - Manifestations cliniques inhabituelles liées aux activités de vaccination
Froid extrême	- Engelure - Hypothermie - Intoxication au monoxyde de carbone - Aggravation de certaines maladies : asthme, bronchite chronique ou emphysème
Panne électrique	- Hypothermie - Intoxication par les appareils d'appoint (génératrice, poêle au gaz, etc.) - Contamination des aliments - Maladie hydrique
Phénomènes sociaux	- Effondrement des systèmes démocratiques - Pertes d'emplois massives
Technologiques	- Intelligence artificielle

Enfin, la fonction **surveillance** permet de suivre en continu et à plus long terme l'état de santé de la population et ses déterminants, par exemple pour repérer les populations les plus vulnérables à un sinistre ou encore pour identifier ses impacts au long cours.

Ainsi, selon le Plan de sécurité civile du MSSS, la Mission santé est constituée de six (6) grands volets dont un concerne spécifiquement les services de santé publique : vigie et surveillance, enquête épidémiologique, mesures de protection populationnelle et expertise d'urgence sanitaire.

7.2 LES MESURES DE PROTECTION POPULATIONNELLE

La protection de la santé publique exige de l'équipe du volet santé publique une vigilance constante pour agir rapidement en situation d'urgence sanitaire. Selon l'ampleur de la situation, cette fonction vise notamment à :

- Planifier des activités relatives à l'atténuation des impacts de l'aléa;
- Élaborer, diffuser et suivre des protocoles d'intervention spécifiques à la situation en cours;
- Collaborer avec l'équipe du volet communication dans le processus de diffusion des informations aux personnes sinistrées, aux intervenants, aux partenaires et à la population en général sur les mesures de prévention et sur les façons de se protéger;
- Mettre en place les services de dépistage, d'évaluation, de vaccination, de prophylaxie et de traitement.

7.3 LES PLANS PARTICULIERS D'INTERVENTION

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent peut compter sur deux plans particuliers d'intervention :

- **Le Plan local de lutte contre la pandémie d'influenza-Mission santé**, développé par l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, dans le cadre de la lutte contre le virus pandémique de la Grippe H1N1 de 2009. Ce plan comprend la mise en place de cliniques de vaccination massive de type POD (Point of distribution);
- **Le Plan régional contre la chaleur**, élaboré par la Direction régionale de santé publique (2018). Ce plan précise les activités de surveillance et d'intervention que la DSPu doit assumer en cas de chaleur extrême;
- **Le Plan d'action régional encadrant les épisodes d'Altération de la qualité de l'air liée aux feux de végétation**, élaboré par la Direction régionale de santé publique (2023). Ce plan précise les activités de surveillance et d'intervention que la DSPu doit assumer lorsque la qualité de l'air se dégrade;
- **Le Plan régional en cas d'inondation**, élaboré par la Direction régionale de santé publique (2018). Ce plan précise les activités de surveillance et d'intervention que la DSPu doit assumer auprès de la clientèle de son territoire.
- **Le Plan de mobilisation des ressources et partenaires** de santé publique en cas de réponse à une menace d'envergure conformément aux articles 12 et 97 de la Loi sur la santé publique.

SECTION 8

LES SOINS ET SERVICES SOCIAUX PARTICULIERS

8.	LES SOINS ET SERVICES SOCIAUX PARTICULIERS	92
8.1	La définition des clientèles	93
8.2	Le processus d'évaluation et de planification	97
8.3	La prise en charge des clientèles.....	98
8.4	La planification du retour dans son milieu de vie	100

8. LES SOINS ET SERVICES SOCIAUX PARTICULIERS

Portée du volet soins et services sociaux particuliers :

Assurer la prise en charge des personnes sinistrées qui sont évacuées de leur milieu de vie, dont l'état de santé ne leur permet pas d'être accueillies dans un centre municipal de services aux sinistrés.

Le volet soins et services sociaux particuliers peut être déployé lors de l'une ou l'autre des situations suivantes :

- 1- Une installation du CISSS du Bas Saint-Laurent (CH, CHSLD, CR, RAC, etc.) ou une ressource non institutionnelle (RI-RTF), où sont hébergées des clientèles vulnérables, est évacuée en raison d'un sinistre interne comme un incendie (code rouge), une émanation toxique (code brun), une alerte à la bombe (code noir), etc. Le volet soins et services sociaux particuliers s'arrime alors avec les mesures d'évacuation, de mises à l'abri et de prise en charge de ces clientèles, tel que prévu aux plans de mesures d'urgence (code vert) de ces installations.
- 2- Un sinistre survient dans la communauté et des clientèles ont besoin d'un soutien particulier, compte tenu de leur niveau de vulnérabilité. Il peut s'agir de personnes vivant dans une résidence pour personnes âgées, de personnes en convalescence, de personnes ayant des limitations physiques, intellectuelles ou mentales, etc.

La réponse du volet soins et services sociaux particuliers demande une action coordonnée de plusieurs services et unités administratives de l'installation concernée. L'arrimage avec les partenaires du réseau régional ainsi qu'avec les partenaires de sécurité civile, tant régional que local, est essentiel. Comme il peut y avoir plusieurs municipalités sur le territoire impacté par un même sinistre, une collaboration des conseillers en sécurité civile de l'Organisation régionale en sécurité civile et des MRC peut être nécessaire.

Le volet soins et services sociaux particuliers s'opérationnalise principalement dans la communauté selon des moyens variés en fonction des endroits où les personnes sinistrées se retrouvent et peuvent être rejointes.

Les endroits susceptibles d'être des lieux d'intervention terrain sont notamment :

- Centres de services aux personnes sinistrées;
- Domiciles des sinistrés;
- Lieux de relocalisation temporaire;
- Lieux d'hébergement.

Le volet soins et services sociaux particuliers doit être disponible dans les Centres de services aux sinistrés de concert avec les activités des volets soins de santé de première ligne et psychosocial.

8.1 LA DÉFINITION DES CLIENTÈLES

Afin d’être en mesure de planifier efficacement son intervention auprès des clientèles vulnérables, mais aussi afin de pouvoir apporter son soutien à la municipalité dans la dispense et la mise en œuvre des services aux sinistrés dont celle-ci a la responsabilité, il est nécessaire d’identifier les clientèles vulnérables inscrites. Cette étape est cruciale et tributaire des interventions qui seront réalisées subséquemment pour venir en aide aux personnes sinistrées, dont la condition, ou l’état de santé est vulnérable.

En contexte de sécurité civile, nous pouvons identifier les personnes vulnérables à partir de trois catégories :

- Les clientèles défavorisées;
- Les clientèles fragilisées;
- Les clientèles exposées au sinistre.

Nous insistons sur le fait que cette catégorisation vise à nous permettre de repérer les personnes sinistrées le plus dans le besoin. Il est possible qu’une personne se retrouve à la fois défavorisée, fragilisée et exposée; tandis qu’une autre peut être exposée et fragilisée à la fois ou encore exposée et défavorisée. Il ne s’agit donc pas d’une classification qui se veut exclusive de l’une des catégories par rapport à l’autre.

La distinction des clientèles vulnérables est la suivante :

8.1.1 LES CLIENTÈLES DÉFAVORISÉES

En raison de leurs conditions économiques et sociales, certaines personnes et certaines communautés sont moins favorisées que d’autres pour affronter les impacts d’un sinistre. Ces personnes peuvent vivre de façon isolée ou se retrouver dans un espace géographique ou un secteur précis du territoire reconnu pour sa pauvreté. Il s’agit de personnes qui ont peu de biens matériels et de ressources financières. Leur pauvreté économique entraîne une vulnérabilité aux plans de la santé physique et mentale (Organisation mondiale de la santé, Consortium international d’épidémiologie psychiatrique, 2000), social et culturel.

Voici des éléments de défavorisation sur lesquels une attention particulière doit être portée :

- La pauvreté financière (niveau de revenu, dettes, biens matériels, etc.);
- L’indice de défavorisation et de disparité socioéconomique;
- La composition des ménages (statut marital, personne seule, famille monoparentale, nombre d’enfants, présence de personnes déficientes ou malades, etc.);
- Le niveau de scolarité;
- L’isolement géographique;
- Les facteurs liés au milieu de vie : Qualité du logement, sans domicile fixe, milieu institutionnel (CHSLD, RNI, etc.), insalubrité;
- Etc.

8.1.2 LES CLIENTÈLES FRAGILISÉES

Il s'agit de personnes, au préalable, fragiles et plus sensibles en raison de leur état de santé ou de la présence d'une déficience. Leurs conditions physique, intellectuelle et mentale les rendent vulnérables à tous les facteurs de stress. On sait que bon nombre de ces personnes peuvent être facilement déstabilisées par les changements dans leur entourage, dans leurs conditions de vie et leur état de santé. Imaginons lorsqu'elles sont victimes d'une catastrophe ou simplement évacuées de leur milieu de vie.

Outre les gens malades physiquement, mentalement ou présentant une déficience, nous reconnaissons que les enfants, les personnes en perte d'autonomie et les personnes seules sont plus vulnérables.

Plusieurs autres facteurs de fragilisation doivent aussi être pris en considération : Le déséquilibre émotif, l'instabilité conjugale et familiale, les antécédents psychiatriques, les problèmes de surconsommation de psychotropes, la victimisation, l'appartenance à un groupe ethnique, l'analphabétisme, la marginalisation, etc.

L'arrivée d'un sinistre risque d'atteindre davantage ces personnes, de faire surgir leur fragilité et de les faire basculer dans un « état de crise psychosociale, psychopathologique ou post-traumatique »

Voici les groupes de personnes pour lesquels nous devons porter une attention particulière :

- Personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle;
- Personnes ayant une maladie chronique;
- Personnes en convalescence;
- Personnes ayant des problèmes de santé mentale;
- Femmes enceintes;
- Proches aidants;
- Personnes alcooliques ou toxicomanes;
- Enfants négligés, abusés;
- Femmes victimes de violence;
- Victimes d'agressions sexuelles;
- Victimes d'actes criminels.

À partir de ces facteurs de fragilisation, il y a lieu, en phase de préparation, de déterminer la façon de procéder pour identifier rapidement la liste des personnes impactées par le sinistre et qui ont un état de santé fragile. Pour ce faire, on peut s'appuyer sur :

- La liste des clientèles qui ont consulté depuis les deux dernières années à partir de : I-CLSC ou autres systèmes de collecte de données sur les clientèles (ex. : Medi-Patient, RSIPA, SYMO, PIJ, etc.);
- La liste des clientèles (charge de cas des intervenants);
- La liste des clientèles des établissements qui hébergent des personnes avec des besoins spéciaux;
- CHSLD de la région;
- Centre de crise;
- RI, RTF pour personnes âgées, en déficience et en santé mentale;
- Résidences privées pour les aînés (RPA);
- La liste des clientèles des organismes communautaires;
- La liste des personnes handicapées et à mobilité réduite établie par les services des mesures d'urgence des municipalités, s'il y a lieu;
- Les clientèles inscrites (hébergement court terme et résidence d'assistance continue (RAC).
- Les clientèles enregistrées par le biais du 8-1-1 option 1 (Info-santé) et les clientèles du 8-1-1 option 2 (Info-Social).

8.1.3 LES CLIENTÈLES EXPOSÉES AUX IMPACTS DU SINISTRE

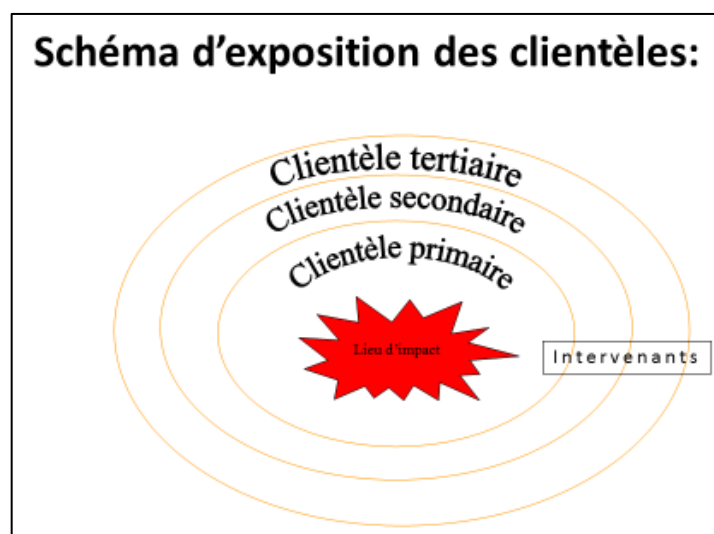
Il s'agit des personnes directement ou indirectement frappées par le sinistre. Il est reconnu que les réactions des personnes sinistrées peuvent varier selon le degré d'exposition à l'événement. Plus l'exposition est grande, plus les réactions risquent d'être intenses et de se prolonger dans le temps. Plus les pertes sont importantes, plus l'exposition traumatique est intense, plus les réactions risquent d'être sévères et le processus d'adaptation et de rétablissement d'autant compliqué.

Nous pouvons situer les victimes selon quatre niveaux d'exposition aux impacts du sinistre :

Tableau 8 : Niveaux d'exposition aux impacts du sinistre

CLIENTÈLE PRIMAIRE	La clientèle primaire regroupe toutes les personnes qui ont vécu directement l'événement traumatisant. Ce sont les survivants et les témoins directs du sinistre ou de la tragédie.
CLIENTÈLE SECONDAIRE	La clientèle secondaire regroupe les personnes qui ont à assumer la perte d'une personne proche, décédée lors du sinistre ou de la tragédie. Ce sont les familles en deuil. Également, toute personne (conjoint, enfant, parent, ami) émotivement près d'une personne sinistrée qui est affectée par l'expérience traumatisante vécue par celle-ci.
CLIENTÈLE TERTIAIRE	La clientèle tertiaire regroupe toute personne parmi la population qui se retrouve affectée par l'expérience traumatisante ou par la signification de l'événement. Cette clientèle n'a pas subi de pertes directes et n'a pas été exposée directement à l'élément traumatisant, mais en ressent tout de même les impacts.
LE PERSONNEL DE LA SÉCURITÉ CIVILE (intervenants)	Il s'agit ici du personnel de la sécurité civile qui, par leurs fonctions, se retrouve exposé à des facteurs pouvant mettre en danger leur vie ainsi que leur intégrité physique ou psychologique : - Le personnel opérationnel (secouristes, policiers, pompiers, ambulanciers, équipes de sauvetage et de brancardage, les premiers répondants, le personnel des urgences et les préposés aux restes des défunts); - Le personnel de la santé et des services sociaux et leurs partenaires; - Les partenaires des autres missions; - Les différents gestionnaires; - Les bénévoles. Nous pouvons également classer le personnel de la sécurité civile en fonction de leur degré d'exposition : primaire, secondaire et tertiaire.

Figure 7 : Schéma d'exposition des clientèles



En plus des personnes recevant déjà des services du CISSS du Bas-Saint-Laurent, il est important de porter une attention particulière aux personnes qui ne sont pas connues du réseau régional de services. Il s'agit des personnes que l'on peut retrouver dans les Centres de services aux sinistrés ou dans leur milieu de vie. On peut les rejoindre par le porte-à-porte ou en se rendant dans les lieux publics. Elles peuvent également être référées par les partenaires.

Pour ce faire, l'établissement doit se donner des lignes de conduite permettant de :

- Obtenir le plus de renseignements précis possible, au début et pendant l'événement, quant au nombre de sinistrés, la nature et la gravité des conséquences (l'information reçue est parfois imprécise et même contradictoire);
- Disposer d'une liste des sinistrés desservis, facile à consulter et indiquant un moyen de les rejoindre tout au long de l'événement;
- Convenir préalablement d'ententes entre le CISSS et les partenaires du RLS, notamment les organismes communautaires, les ressources intermédiaires, les services de réadaptation, les résidences privées pour aînés, etc.;
- Établir des procédures de communication avec les sinistrés, les proches, le public et les médias en concertation avec la coordination en sécurité civile de l'établissement et le volet communication.

8.2 LE PROCESSUS D'ÉVALUATION ET DE PLANIFICATION

Le volet soins et services sociaux particuliers doit effectuer le suivi requis auprès de la clientèle et les orienter vers la ressource la plus apte à les prendre en charge. Un processus d'évaluation et de référence des clientèles doit être prévu afin d'identifier les besoins spécifiques et les corridors de services appropriés. Ainsi, des critères et des modalités de référence et de suivi doivent être établis par les services concernés de l'établissement en collaboration avec les partenaires du RLS. L'évaluation doit tenir compte du transfert des activités des services de soutien à domicile dans les centres de services aux sinistrés et dans les lieux d'hébergement temporaires auprès des clientèles déjà desservies par ces services.

La planification des activités tient compte des besoins de la clientèle et des disponibilités des ressources. Ceci permettra de répondre le plus efficacement possible aux besoins des sinistrés ayant des problèmes de santé ou sociaux importants. Des moyens visant à assurer le partage d'information et la complémentarité des rôles et des responsabilités doivent être mis en œuvre (ex. : table de concertation, comité de suivi, etc.).

Il est souhaitable d'établir des ententes de services et de collaboration avec les partenaires impliqués, et ce, dans le respect des cadres juridiques en vigueur.

Sur le plan des outils de travail, le répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS), actualisé régulièrement, est à la disposition des intervenants du volet soins et services sociaux particuliers.

Aussi, l'offre de service des différents programmes du CISSS et des partenaires du réseau de même que les politiques et procédures pertinentes sont à la disposition des intervenants.

Voici les grandes lignes de la démarche d'évaluation et de planification des services :

- 1- Identifier les clientèles (niveau de défavorisation, exposition et de fragilité);
- 2- Identifier les impacts (les conséquences du sinistre);
- 3- Déterminer les besoins (biopsychosocial, AVQ, AVD, mobilité, etc.);
- 4- Déterminer les services requis (selon les besoins ci-dessus mentionnés);
- 5- Déterminer la capacité du CISSS ou d'autres ressources à répondre aux besoins en matière de santé et de services sociaux.

Un formulaire de cueillette des besoins est présenté au tableau 9 de la présente section.

8.3 LA PRISE EN CHARGE DES CLIENTÈLES

La prise en charge des clientèles vulnérables consiste à établir le contact avec les personnes sinistrées et leurs proches afin de bien les identifier et d'évaluer leurs besoins. Dès les premiers instants d'un sinistre, cette activité demande une proactivité dans le milieu tant auprès des sinistrés, de leurs proches, de la population, de la municipalité et des autres partenaires. Cette activité doit être soutenue par une stratégie de communication adaptée à la situation.

On retrouvera à la figure 8 de la présente section, un organigramme sur l'évacuation de la population. Précisons également que les partenaires du RLS, notamment les pharmacies communautaires et les cliniques médicales, sont susceptibles d'être en contact avec ces personnes et pourraient être des sources de référence.

8.3.1 LA CAPACITÉ D'ACCUEIL

La capacité d'accueil doit tenir compte de l'état de santé et des besoins de la clientèle en fonction des places disponibles dans les différentes ressources de la région :

En CH : En hospitalisation dans les différents CH de la région;

En CHSLD : Lits de surplus dans les différents CHSLD de la région;

En RPA : Possibilité en hébergement court terme, selon les places disponibles;

EN RI, RTF et CR : Possibilité en hébergement ressources intermédiaires personnes âgées, ressources intermédiaires ou de type familial en santé mentale ou en centre de réadaptation.

Dès le début du sinistre, il est important d'établir rapidement une liste des lits disponibles dans le RLS (cf. tableau 10), afin d'être en mesure d'orienter rapidement les personnes vulnérables qui ont besoin d'un milieu de vie offrant des soins et de services adaptés à leur condition.

8.3.2 LES BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES

Afin de prendre en charge les clientèles vulnérables évacuées de leur milieu de vie personnel ou institutionnel, le volet maintien des activités doit être sollicité pour combler les besoins en ressources humaines, notamment pour la planification d'un plan de relève ainsi que pour les besoins matériels et les ressources financières.

8.3.2.1 LES RESSOURCES HUMAINES

- Déterminer le nombre de ressources humaines et le titre d'emploi nécessaire pour s'assurer de la qualité et d'un continuum de services pour la prise en charge de ces clientèles vulnérables et déployer les appels pyramidaux, si nécessaire;
- Interpeller les personnes-ressources provenant des autres installations du réseau régional;
- Interpeller, au besoin, les ressources de la communauté ou d'organismes partenaires.

8.3.2.2 LES RESSOURCES MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES

- Déterminer les adaptations et le matériel manquant et les procurer à la clientèle vulnérable le plus tôt possible selon les besoins identifiés (ex. : lits adaptés, orthèses, aides à la marche, adaptations autres);
- Interpeller, si requis, les ressources de la communauté, ou des organismes partenaires, qui pourraient offrir de l'aide financière ou matérielle afin de combler les besoins des usagers, tels :
 - Croix-Rouge;
 - Pharmacies communautaires;
 - Cliniques spécialisées (ophtalmologiste, denturologiste, podiatrie, etc.);
 - Centres d'action bénévole;
 - Municipalités.

8.4 LA PLANIFICATION DU RETOUR DANS SON MILIEU DE VIE

Selon le type de sinistre, que l'on pense principalement à une inondation ou à n'importe quelle situation ayant provoqué une panne électrique, la salubrité des lieux et des aliments peut porter atteinte à la santé des personnes. À cet effet, des règles concernant le retour sur les lieux ont été établies par les autorités de la sécurité civile et de la santé publique²⁴.

Lorsque les autorités municipales, après avoir reçu un avis favorable de la Régie du bâtiment, permettront le retour à domicile, le CISSS pourrait contribuer au processus prévu au plan de réintégration, notamment pour :

- Offrir un accompagnement psychosocial;
- Évaluer les besoins en soins de santé et en services psychosociaux;
- Inventorier les besoins en aide domestique ou en aide de la vie quotidienne selon les besoins ciblés;
- Acheminer les demandes d'aide aux organisations compétentes.

Il s'agit d'une phase d'intervention particulièrement importante qui vise à diminuer le stress ressenti et à favoriser le processus d'adaptation des personnes vulnérables. Ces précautions sont valables, peu importe le lieu où a séjourné la clientèle (dans un Centre de services aux sinistrés, chez de la famille ou dans un établissement de santé).

8.4.1 LE TRANSPORT POUR LE RETOUR DANS LE MILIEU DE VIE

Le transport des clientèles doit s'arrimer avec la « Mission transport » du Plan régional de sécurité civile ainsi qu'avec la municipalité.

Il est important de choisir le mode de transport en fonction des besoins particuliers de la clientèle. Le choix du transport se fait en fonction du mode plus léger au plus lourd:

- Automobile avec la famille ou un proche aidant;
- Services d'accompagnement du Centre d'action bénévole (CAB);
- Taxi ou taxi adapté, avec l'utilisateur seul ou avec la famille ou un proche aidant ou un intervenant accompagnateur;
- Transport par autobus;
- Ambulance.

²⁴ Document « Réintégrer son domicile, sachez quoi faire pour réintégrer votre résidence en toute sécurité après l'avoir évacué » disponible sur le site d'Urgence Québec : www.urgencequebec.gouv.qc.ca.

Tableau 9 : Formulaire cueillette des besoins

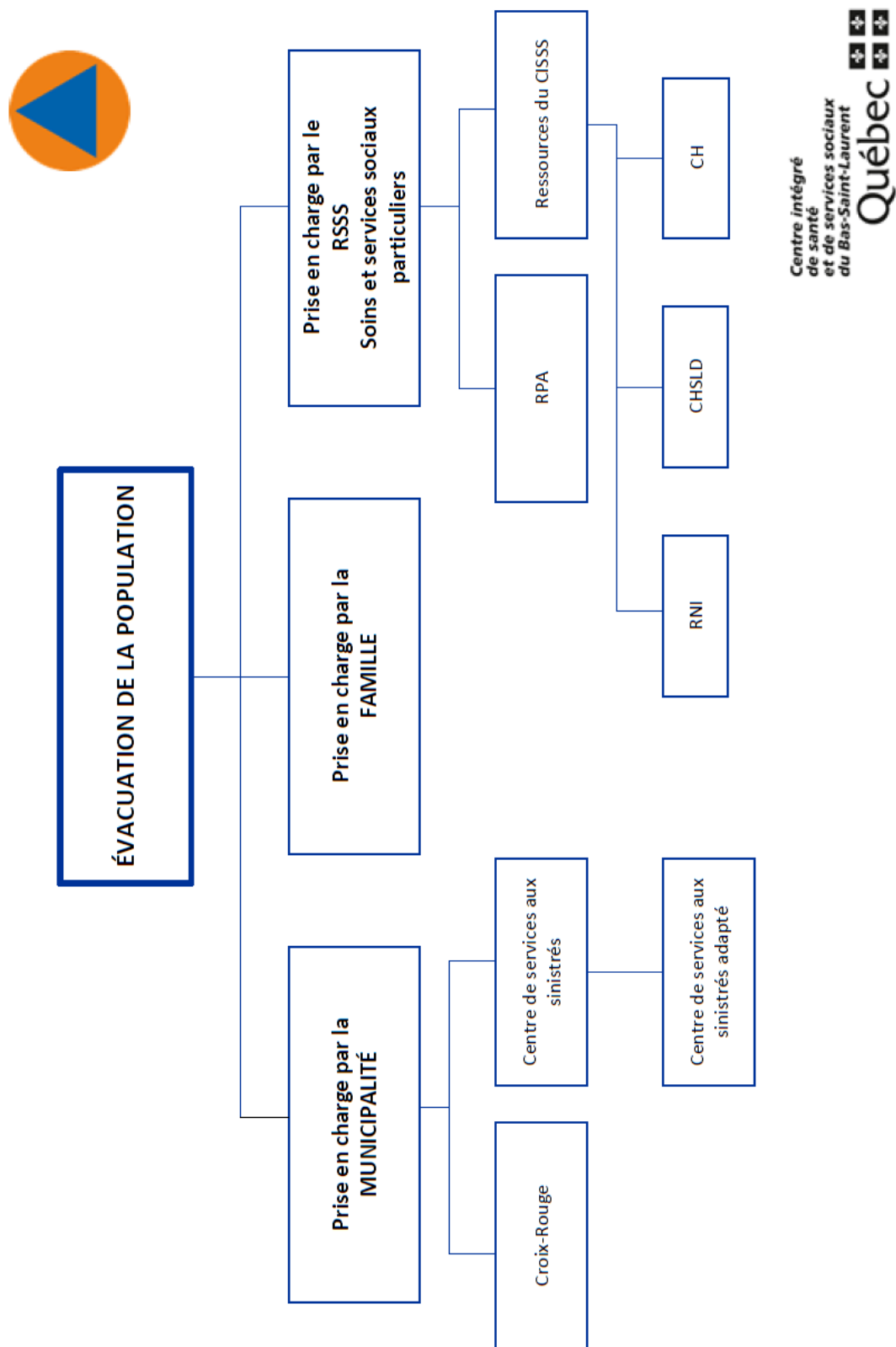


SÉCURITÉ CIVILE SOINS ET SERVICES SOCIAUX PARTICULIERS

CUEILLETTE DES BESOINS

NOM	PROFIL	BESOINS	RESSOURCES DISPONIBLES ACTUELLEMENT	AUTRES RESSOURCES REQUISES	REMARQUES
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Figure 8 : Organigramme évacuation de la population





SÉCURITÉ CIVILE	SOINS ET SERVICES SOCIAUX PARTICULIERS
-----------------	--

PROCESSUS D'ÉVALUATION – CAPACITÉ D'ACCUEIL

[illegible]

LÉGENDE

	Centre hospitalier = CH	Centre d'hébergement soins longue durée = CHSLD	Ressource intermédiaire/ressource type familial = RI/RTF	Résidence personnes âgées = RPA
--	-------------------------	---	--	---------------------------------

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
Québec

SECTION 9

LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX²⁵

9.	LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX.....	105
9.1	L'importance du processus d'évaluation et de planification des services psychosociaux....	107
9.2	Les fonctions du volet psychosocial	108
9.3	L'intervention psychosociale immédiate	110
9.4	L'intervention psychosociale transitoire	115
9.5	Les interventions psychosociales de rétablissement	119
9.6	La trousse d'outils psychosociaux	122

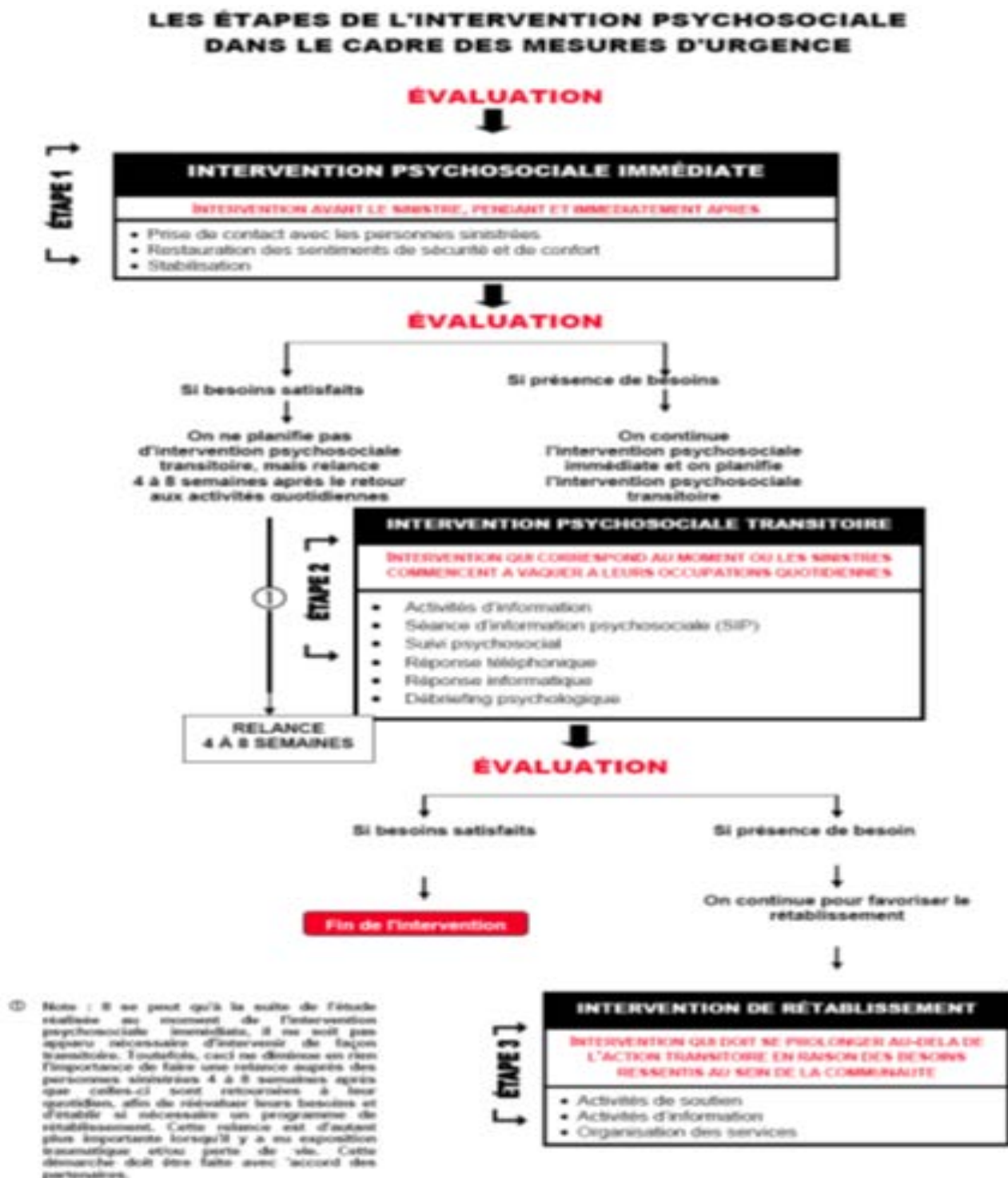
²⁵ cf. MSSS, *L'intervention psychosociale en contexte de sécurité civile*, MSSS, 2013, Document inédit

9. LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX

Lorsque survient un sinistre, ou une tragédie ayant des impacts majeurs, le CISSS doit compter sur des services psychosociaux aptes à répondre aux besoins des personnes touchées. Pour le volet psychosocial, il y a trois (3) étapes d'intervention :

- L'intervention psychosociale immédiate (IPI), qui se situe dans les 24 à 72 premières heures après le début de l'événement;
- L'intervention psychosociale transitoire (IPT), se situe à partir du moment où le danger est écarté et que les personnes sinistrées recommencent à vaquer à leurs activités de la vie quotidienne;
- Le rétablissement psychosocial.

Figure 9 : Les étapes de l'intervention psychosociale



Devant l'ampleur des besoins psychosociaux et la complexité de la situation provoquée par le sinistre, il est nécessaire d'adapter la gestion des services psychosociaux du CISSS au contexte particulier de la sécurité civile.

Cela consiste essentiellement à :

- Déployer, dans la mesure du possible et prioritairement, les intervenants psychosociaux ayant une bonne connaissance des clientèles impactées dans leur secteur habituel d'intervention. Ceci favorisera une meilleure adaptation de l'intervention psychosociale en fonction des particularités de ces clientèles et de leur milieu d'appartenance. Il s'agit de s'assurer que les intervenants connaissent bien la réalité du milieu, d'éviter la perte d'information et on diminuera le fait que les personnes sinistrées aient à répéter leur histoire à plusieurs intervenants psychosociaux différents;
- Tenir compte du rôle particulier du volet psychosocial, qui consiste à répondre essentiellement aux besoins psychosociaux provoqués spécifiquement par le sinistre;
- Travailler en étroite collaboration avec certains partenaires incontournables comme la municipalité, le coroner, le CAVAC, la Sûreté du Québec, les services spécialisés, les groupes d'entraide et de bénévoles, les organismes communautaires, etc.;
- Être « proactif », afin de rejoindre là où elles se trouvent, les personnes sinistrées, qui ont plutôt tendance à ne pas solliciter d'aide en pareille circonstance;
- Adopter une approche polyvalente de l'intervention, qui se veut globale, communautaire et préventive.

9.1 L'IMPORTANCE DU PROCESSUS D'ÉVALUATION ET DE PLANIFICATION DES SERVICES PSYCHOSOCIAUX

Pour supporter la réalisation du processus d'évaluation à chacune de ces étapes de l'intervention, on peut compter sur un guide produit par le MSSS à cet effet²⁶. Les principales étapes consistent à :

- 1- Obtenir une bonne description de l'événement;
- 2- Définir les clientèles;
- 3- Définir les impacts psychosociaux du sinistre;
- 4- Définir les besoins issus des impacts;
- 5- Définir les stratégies d'intervention;
- 6- Identifier les ressources disponibles pour appliquer les stratégies d'intervention;
- 7- Réévaluer les besoins périodiquement afin d'ajuster l'intervention psychosociale en conséquence.

²⁶ *Guide sur l'évaluation et la planification des services psychosociaux en contexte de sinistre* (MSSS, 2012)

9.2 LES FONCTIONS DU VOLET PSYCHOSOCIAL

Un déploiement et un fonctionnement optimal du volet psychosocial nécessitent la mise en place de certaines fonctions particulières de ce volet : coordination, supervision, repérage, conseil et intervention.

9.2.1 LA FONCTION COORDINATION

La coordination du volet psychosocial relève du gestionnaire responsable de ce volet et de son adjoint. Les activités principales de la fonction coordination²⁷ consistent à :

- Assurer la coordination tant à la phase de préparation et d'intervention que lors du rétablissement;
- Se doter d'un système de mise en alerte et de mobilisation spécifique au volet psychosocial;
- Voir au processus d'évaluation et de planification des activités psychosociales, à partir de l'outil conçu à cet effet;
- Activer et soutenir la fonction supervision clinique;
- Tenir compte de la disposition et de la motivation d'agir des intervenants;
- Adopter une perspective interorganisationnelle en tenant compte des dimensions verticales et transversales de la coordination tant pour l'ensemble de la Mission santé en sécurité civile qu'auprès des autres partenaires;
- Faire preuve d'un leadership dynamique qui s'inscrit à la fois dans une perspective de travail d'équipe;
- Définir clairement le rôle et les responsabilités attendus de chacun des intervenants;
- Voir à l'élaboration et à l'application d'une politique de retrait relative aux intervenants dont le dysfonctionnement ne leur permet pas d'assumer leur rôle convenablement;
- Voir aux processus de communication et d'information spécifiques aux dimensions psychosociales, et ce, en étroite collaboration avec la fonction-conseil et le volet communication de la Mission santé;
- Mettre en place des conditions propices à la gestion du stress des intervenants et des gestionnaires, dont les conditions de travail, qui tiennent compte des éléments spécifiques au contexte d'un sinistre.

²⁷ Se référer à la section 3 pour connaître l'ensemble des rôles et responsabilités du gestionnaire responsable du volet psychosocial.

9.2.2 LA FONCTION SUPERVISION

La supervision, appliquée à l'intérieur du volet psychosocial, vise deux objectifs :

- Soutenir les intervenants quant à la pertinence et la qualité des interventions psychosociales;
- Prévenir et atténuer l'apparition d'atteintes psychosociales chez les intervenants et les gestionnaires impliqués (vécu personnel et professionnel).

La personne assumant la responsabilité de la fonction supervision ainsi que son adjoint sont membres de l'équipe du volet psychosocial. On peut se référer au guide de formation produit par le MSSS sur « *L'initiation à la pratique de la supervision clinique en contexte de sécurité civile* » (MSSS, 2007), pour connaître l'ensemble des activités de cette fonction.

9.2.3 LA FONCTION REPÉRAGE

Le repérage de la clientèle s'avère essentiel dans la dispensation des services psychosociaux. Il s'agit de s'assurer que les personnes impactées par le sinistre reçoivent les bons services en fonction de leur niveau de vulnérabilité :

- Les personnes défavorisées au plan économique;
- Les personnes fragilisées sur le plan de leur santé;
- Les personnes exposées directement ou indirectement à l'événement.

Le repérage doit s'inscrire dans un processus continu et adapté qui tient compte de l'évolution des besoins des personnes sinistrées. Il peut être nécessaire d'assurer une liaison étroite avec le volet soins et services sociaux particuliers.

La personne assumant la responsabilité de la fonction repérage ainsi que son adjoint sont membres de l'équipe du volet psychosocial. Elle agit à titre de pivot pour recevoir et transmettre l'information sur la clientèle vulnérable.

9.2.4 LA FONCTION-CONSEIL

La fonction-conseil vise à émettre des conseils sur les dimensions psychosociales du sinistre. Il s'agit de répondre au besoin d'information sur le sujet chez les personnes suivantes :

- Intervenants psychosociaux y incluant ceux de la ligne téléphonique, les gestionnaires du CISSS et de l'ensemble des personnes impliquées dans le cadre des activités de la Mission santé;
- Partenaires de la sécurité civile et les leaders du milieu;
- Les médias d'information;
- Les personnes sinistrées, leurs proches et la population en général.

Puisqu'il s'agit de communiquer de l'information, cette fonction doit s'arrimer étroitement avec le volet communication de la Mission santé et bien entendu avec la Mission communication du PNSC.

La fonction-conseil doit, entre autres, alimenter le porte-parole du CISSS sur les aspects psychosociaux de l'événement. Les principaux messages à livrer concernent les éléments suivants :

- Les impacts du sinistre au plan psychosocial;
- Les réactions psychosociales chez les personnes sinistrées et la normalité de ces réactions;
- Les besoins des personnes sinistrées à court, moyen et long terme;
- Les services mis en place par le CISSS et le réseau de la santé et des services sociaux pour répondre à ces besoins ainsi que les mécanismes pour y avoir accès;
- L'importance de la solidarité sociale et de l'entraide en tant que levier favorisant une meilleure résilience de la communauté;
- Les impacts que peuvent également ressentir les intervenants et les gestionnaires impliqués, leurs besoins et les moyens à leur disposition pour gérer leur stress.

Afin de soutenir cette fonction, le MSSS a produit plusieurs fiches psychosociales destinées aux personnes sinistrées et aux intervenants.

Ces fiches, qui peuvent être adaptées selon les besoins et la situation, sont disponibles sur Internet au <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/types/fiche-psycho sociale> .

9.2.5 LA FONCTION INTERVENTION

Il s'agit de s'assurer du déploiement des interventions psychosociales pendant les différentes phases d'un sinistre.

9.3 L'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE IMMÉDIATE (IPI)

Dès que survient un sinistre, malgré la forte incertitude quant à la situation, les intervenants psychosociaux se déploient dans les lieux où l'on retrouve les personnes impactées par l'événement. Ils doivent préalablement avoir reçu l'autorisation des autorités en place pour ce faire. À ce stade-ci, les principales interventions à réaliser consistent à :

- Prendre contact avec les personnes sinistrées;
- Contribuer à la restauration des sentiments de sécurité et de confort;
- Intervenir auprès des personnes fortement déstabilisées.

9.3.1 LA PRISE DE CONTACT AVEC LES PERSONNES SINISTRÉES

Alors que le contexte peut être plus ou moins chaotique et marqué par une forte incertitude, les intervenants psychosociaux doivent être proactifs dans leur approche auprès des personnes sinistrées. Ils doivent notamment amorcer le processus de repérage et de prise en charge des personnes les plus impactées par le sinistre.

On doit **prioriser les clientèles suivantes** :

- Celles qui ont connu un haut niveau d'exposition traumatique ou qui ont subi des pertes importantes;
- Les personnes évacuées et relocalisées;
- Les familles avec de jeunes enfants;
- Les personnes ayant une santé fragile;
- Les personnes défavorisées;
- Les personnes seules, plus particulièrement les enfants;
- Les personnes ayant des comportements atypiques (confuses, désorientées, paniquées, agressives, apathiques, etc.);
- Les adolescents avec un profil de « trouble de conduite »;
- Les personnes qui peuvent avoir des idéations suicidaires ou d'agression envers autrui;
- Celles qui manifestent un haut niveau de culpabilité et de honte;
- Les personnes ayant un profil de consommation abusive d'alcool ou d'autres psychotropes. Il peut s'agir d'un problème préexistant ou exacerbé par le sinistre;
- Les personnes défavorisées au plan économique;
- Celles qui ont des problèmes de santé, une déficience, etc.;
- Les personnes pour qui l'événement représente une rupture importante dans une étape de vie (un mariage, une promotion, un voyage, un anniversaire important, une entrée à l'école, etc.);
- Le personnel opérationnel.

Aspects organisationnels à considérer :

- Être autorisé;
- Être visible et bien s'identifier : Porter le dossard et la carte d'identité;
- S'assurer d'intervenir en contexte sécuritaire;
- Avoir sur soi des fiches d'information psychosociales;
- Rester en contact régulier avec le gestionnaire responsable du volet psychosocial ou le superviseur;
- Tenir un journal de bord où sera consigné :
 - Un résumé des interventions et des démarches réalisées;
 - Les noms et les coordonnées des personnes repérées, pour qui un suivi psychosocial ou une référence seraient indiqués.

Endroits de prise de contact :

- Centre de services aux sinistrés ouvert par la municipalité;
- Centre hospitalier : urgence, salle des familles et des proches, etc.;
- Hôtels ou motels où les personnes évacuées sont relogées temporairement;
- À proximité des lieux du sinistre;
- Domiciles;
- Lieux publics;
- Tout autre endroit où peuvent se retrouver les personnes sinistrées et leurs proches;
- Contact téléphonique, lorsqu'il est difficile d'avoir un contact de personne à personne.

Interventions à privilégier auprès des familles:

- Contribuer à la réunion des membres d'une même famille;
- Porter une attention particulière aux enfants séparés de leurs parents. Tenir compte de la LPJ, s'il y a lieu;
- Tenir les parents et les amis de la personne sinistrée au courant des mesures prises pour l'aider (en respectant les règles de confidentialité en vigueur);
- Fournir régulièrement des renseignements exacts et vérifiables. Faute de données officielles, les parents et les amis s'emparent des rumeurs qui circulent;
- Identifier un seul intervenant responsable de la liaison avec les membres de la famille. S'il y a trop de personnes en communication avec eux, ceux-ci se sentiront confus et incertains;
- Reconnaître les peurs, la colère et l'angoisse des proches;
- Garder les médias à l'écart des membres de la famille pour ne pas intensifier leur stress. Informer les personnes sinistrées et leurs proches de leurs droits vis-à-vis les médias et des impacts éventuels;
- Prévoir des endroits sûrs, tranquilles et privés où les membres de la famille peuvent se réunir;
- Respecter les coutumes et les mœurs quant aux valeurs familiales;
- Demander qu'une seule personne représente la famille dans le cas où certains membres d'une famille seraient perturbateurs. Cette personne servira de porte-parole et d'agent de liaison pour la famille.

9.3.2 LA RESTAURATION DES SENTIMENTS DE SÉCURITÉ ET DE CONFORT

Les personnes sinistrées ont besoin d'être rassurées quant à ces questions et particulièrement en ce qui concerne leur sécurité et celle de leur proche. Toute intervention psychosociale ne pourra atteindre ses objectifs tant que le sentiment de sécurité et de confort ne sera pas minimalement restauré chez les personnes nouvellement sinistrées. C'est particulièrement le cas lorsque des personnes sont évacuées de leur domicile et relocalisées temporairement dans un Centre de services aux sinistrés ou dans des milieux hôteliers.

Bien que la question de la sécurité relève des forces policières et que celle des besoins de base est de la responsabilité de la municipalité, il s'agit de besoins fondamentaux qui interpellent aussi la Mission santé et le volet psychosocial. Les soins de santé de première ligne et le volet maintien des activités ont notamment un rôle à jouer quant à l'accès aux aides matérielles dans le Centre de services aux sinistrés.

Voici des interventions favorables à la restauration des sentiments de sécurité et de confort :

- Voir à ce que les personnes sinistrées soient dans un environnement sécuritaire et confortable (endroit calme et à l'abri du danger, repas disponibles, services de santé, installations sanitaires accessibles et autres besoins de la vie quotidienne). Si ce n'est pas le cas, les intervenants informent leur supérieur de la situation, qui fera les représentations nécessaires afin de corriger la situation;
- Recommander les personnes, ayant des problèmes de santé ou des blessures mineures, présentant des limitations ou des besoins particuliers, au service de santé de 1^{re} ligne, normalement disponible au Centre de services aux sinistrés. Dans la mesure du possible, éviter que ces dernières se rendent à l'hôpital pour y recevoir des soins mineurs. Leur condition physique doit être évaluée par les professionnels du service de santé disponibles sur place. Au besoin, les intervenants psychosociaux peuvent les accompagner;
- S'assurer que les aides matérielles comme les fauteuils roulants, marchettes, sièges d'aisance et autres (AVQ, médication, oxygène, etc.) soient disponibles au besoin. Si ce n'est pas le cas, informer votre supérieur de la situation et assurer un suivi plus étroit auprès des personnes ayant des besoins particuliers;
- Donner de l'information juste sur la situation. Le fait de renseigner sur les étapes à venir, sur les services disponibles, les réactions normales, le processus d'adaptation, etc., contribue à la restauration du sentiment de sécurité et de contrôle. L'information agit comme un antidote face à l'incertitude et au chaos;
- Favoriser l'entraide en encourageant les personnes les plus calmes à supporter les personnes les plus affectées. Les adultes responsables peuvent, par exemple, voir à tenir les enfants occupés. Le fait de permettre aux personnes de s'impliquer activement, dans des activités concrètes, favorise également la restauration du sentiment de sécurité et de contrôle;
- Accorder une attention particulière aux enfants seuls ou séparés de leurs parents. Tentez prioritairement de les mettre en contact avec leurs parents ou avec une personne significative (famille, ami, gardienne, enseignante, etc.). Tenir compte de la LPJ, s'il y a lieu;

- Voir à la mise en place d'un environnement calme pour les enfants. Cela permettra de les tenir occupés et les mettre à l'abri des réactions des personnes les plus affectées. Pour ce faire, on peut solliciter le soutien des services de garde ou du milieu de l'éducation. Le fait de mettre en place une routine entourant les occasions de jeux ou les activités éducatives pour les enfants contribue à la restauration du sentiment de sécurité et de contrôle chez les enfants et leurs parents;
- Assurer la protection des personnes sinistrées de toutes situations qui pourraient leur faire revivre le sinistre, particulièrement celles qui auraient été exposées à un aléa de nature traumatique ainsi que les enfants. Dans la mesure du possible, il est indiqué de les protéger des contacts avec les journalistes. Insistez sur le fait qu'une trop grande exposition aux images diffusées par les chaînes de télévision pourrait accroître leur réaction et maintenir l'insécurité;
- Favoriser le respect des valeurs culturelles, familiales et religieuses quant à la façon de réagir dans les circonstances;
- Accorder une attention particulière aux personnes suivantes :
 - Celles qui ont perdu un être cher;
 - Celles dont un proche a disparu ou manque à l'appel;
 - Celles qui ont subi des pertes importantes;
 - Celles qui ont été fortement exposées au sinistre.

De par leur situation, ces personnes vivent sans doute une grande souffrance et doivent profiter d'un support ou d'un accompagnement psychosocial particulier.

- Offrir une information psychosociale sur :
 - Les réactions de stress d'ordre physique, cognitif, émotionnel et comportemental;
 - La normalité de la plupart de ces réactions;
 - L'autosoins;
 - Les moyens de soutenir ses proches;
 - Les services disponibles.

9.3.3 LA STABILISATION DES PERSONNES FORTEMENT « PERTURBÉES »

Alors que la plupart des personnes sinistrées réussissent à gérer convenablement leurs réactions, malgré leurs intensités, certaines peuvent être grandement accablées, désorientées, agitées, anxieuses, « paniquées », dissociées ou présenter des comportements atypiques. Bien que ce soit de rares cas, ces personnes peuvent avoir besoin d'une intervention « de stabilisation » pour leur permettre de retrouver un fonctionnement minimal. Voici des interventions favorables à la stabilisation d'une personne fortement « perturbée »:

- Impliquer l'intervenant si la personne a un plan de service dans un établissement du réseau. L'intervenant assurera le suivi avant l'événement dans le processus de stabilisation;
- Vérifier si la personne avait un problème de santé mentale et que la survenue de l'événement l'a empêchée de prendre sa médication;
- Tenter d'identifier le ou les facteurs qui pourraient expliquer l'intensité de ces réactions;
- Donner de l'information sur la situation et les mesures en place;
- Envisager l'utilisation des techniques de respiration, de relaxation et de visualisation afin d'amener la personne à retrouver un calme relativement fonctionnel;
- Offrir un soutien et des conseils aux proches de la personne afin de les habiliter à accompagner et à supporter la personne.

Dans les cas de désorganisation persistante, il peut être indiqué de faire appel à des services spécialisés comme médecin, psychologue ou psychiatre.

9.4 L'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE TRANSITOIRE (IPT)

L'intervention psychosociale transitoire (IPT) se situe au moment où le danger est écarté et que les personnes sinistrées recommencent à vaquer à leurs activités de la vie quotidienne.

Il est très important à cette étape-ci de procéder à une démarche d'évaluation rigoureuse de la situation à partir du « *Guide sur l'évaluation et la planification des services psychosociaux en contexte de sinistre* ». Cette responsabilité relève de la fonction coordination qui peut en partager certains éléments avec le superviseur clinique et les intervenants.

Certaines situations peuvent nécessiter une attention particulière de la part du volet psychosocial :

- L'annonce de décès;
- La démarche d'identification des corps;
- S'il y a enquête policière;
- Les contraintes liées à l'enquête du coroner;
- La relocalisation;
- Le retour sur les lieux à la suite d'une évacuation;
- Les funérailles;
- L'annonce par les autorités de mauvaises nouvelles;
- La fermeture d'entreprises;
- L'absence prolongée de services de base;
- Les incertitudes technologiques et scientifiques;
- L'intrusion médiatique;
- Etc.

9.4.1 LES ACTIVITÉS D'INFORMATION PSYCHOSOCIALE

Les personnes sinistrées sont à la recherche d'informations fiables qui leur permettent de comprendre leurs réactions, les facteurs favorables ou défavorables, au processus d'adaptation, de connaître les services disponibles, etc. À cet égard, le volet psychosocial doit tenir ses propres activités d'information psychosociale, en concertation avec le volet communication de la Mission santé et la Mission communication en tant que telle.

Sous la responsabilité de la « fonction-conseil » du volet psychosocial, le déploiement de ces activités doit s'inscrire dans la démarche suivante :

- 1- Identifier la clientèle à joindre (personnes sinistrées, proches, partenaires, intervenants, population, médias, etc.);
- 2- Déterminer l'information à transmettre en fonction de l'évolution de la situation et des besoins;
- 3- Déterminer les moyens de communication privilégiés :
 - a. Les médias écrits, radio, télévision;
 - b. Les assemblées publiques d'information destinées aux personnes sinistrées;
 - c. Les fiches psychosociales (voir section 10.5.4 fonction-conseil);
 - d. La production de bulletin d'information;
 - e. Le Web et les médias sociaux;
 - f. Etc.

9.4.2 LE SUIVI PSYCHOSOCIAL

Un certain nombre de personnes (surtout les plus vulnérables et les plus impactées) auront besoin d'un suivi pour les soutenir devant les difficultés psychosociales rencontrées : stress, fatigue, problèmes financiers, de logement, tensions interpersonnelles, multiples démarches, deuil, trauma, trouble de l'adaptation, etc.

Afin d'offrir le soutien requis, l'équipe du volet psychosocial doit envisager trois (3) options, et ce, en fonction de l'évaluation des besoins et des ressources disponibles :

- 1- Suivi offert par les membres de l'équipe du volet psychosocial;
- 2- Référence aux programmes courants du CISSS;
- 3- Mise sur pied d'une équipe dédiée spécifiquement au sinistre.

Dans le cas où les besoins dépassent les capacités de l'équipe psychosociale en place, on doit avoir recours au soutien des autres installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent, qui pourra faire converger des ressources provenant d'autres installations. Pour les sinistres de grande envergure et de longue durée, le soutien du MSSS pourrait être nécessaire. Le recrutement d'intervenants retraités peut également être envisagé.

9.4.3 LA SÉANCE D'INFORMATION PSYCHOSOCIALE (SIP)

Comme son nom l'indique, *la séance d'information psychosociale* est une rencontre structurée d'information en groupe qui vise à répondre aux besoins des personnes sinistrées de se réunir dans les moments qui suivent un sinistre. Elle permet d'informer les participants sur l'événement, les réactions psychosociales et leur normalité, sur la gestion du stress, les services disponibles, etc. Ce type d'activité, pratiquée habituellement dans la première semaine suivant l'événement, facilite également le repérage des personnes les plus vulnérables.

Il est important de souligner que la SIP n'est pas une séance de débriefage ou de psychothérapie et ne se veut pas un substitut à ces traitements psychologiques.

Afin de faciliter la mise en place de cette activité, on peut compter sur le *Guide pour la tenue d'une séance d'information psychosociale en contexte de sinistre*, produit par le MSSS.

9.4.4 L'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE TÉLÉPHONIQUE

Dès que survient un sinistre, il est important que l'établissement fournisse un numéro de téléphone afin que la population puisse notamment connaître les services disponibles en lien avec le sinistre. Cette ligne, qui n'est pas dédiée uniquement aux aspects psychosociaux du sinistre, relève de la responsabilité du volet communication (voir section 10). Toutefois, il appartient au responsable du volet psychosocial de s'arrimer avec le responsable du volet du maintien des activités pour déployer des ressources nécessaires afin de répondre adéquatement à ce service. Ce type de service connaît un très fort achalandage au début, mais s'estompe graduellement, du fait que la situation se fait de moins en moins chaotique et que les besoins d'information sont répondus.

Afin de répondre adéquatement aux questions d'ordre psychosocial et d'orienter les appelants qui sollicitent un soutien psychosocial, il y a lieu de prévoir un mécanisme de référence à la ligne 8-1-1 (24/7) du Service Régional Info-Santé et Info-Social (SRISIS) du Bas-Saint-Laurent.

Par ailleurs, dans un souci de cohérence et d'arrimage entre l'équipe du volet psychosocial et le SRISIS, il y a lieu d'établir des processus entourant les échanges d'information et les mécanismes de référence, et ce, dans le respect des règles de confidentialité en vigueur.

9.4.5 L'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE ET LE WEB

Il est bien connu que dès que survient un sinistre, les gens ont tendance à se précipiter sur les différentes plates-formes disponibles sur Internet pour s'informer de la situation et connaître les consignes à respecter en pareilles circonstances. Pour les aspects psychosociaux, il s'agit de s'assurer que les informations pertinentes sont disponibles rapidement sur le site Web, la page Facebook et l'intranet du CISSS. À cet égard, la responsabilité du volet psychosocial consiste à fournir les contenus d'ordre psychosocial alors que le volet communication en assure la diffusion.

On retrouve également sur le Web certains sites Internet ayant un lien particulier avec la sécurité civile, les mesures d'urgence et certaines dimensions psychosociales d'un sinistre :

- Fiches psychosociales produites par le MSSS:
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/types/fiche-psychosociale>
- Urgence Québec : <https://www.quebec.ca/securite-situations-urgence>
- Ministère de la Sécurité publique :
<https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/accueil.html>
- Centre d'étude sur le stress humain: www.stresshumain.ca/
- Documents de référence du volet psychosocial:
<https://www.ciass-bsl.gouv.qc.ca/vivre-en-sante/securite-civile>

9.4.6 LE DÉBREFFAGE PSYCHOLOGIQUE

Le débriefage psychologique est une intervention qui s'inscrit dans un continuum de services à mettre en place auprès des personnes ayant subi une exposition traumatique, selon les critères de l'État de stress aigu (ÉSA) et de l'État de stress post-traumatique (ÉSPT) du DSM-5 (APA, 2013).

Le débriefage psychologique doit être considéré comme une intervention spécialisée, pratiquée uniquement par des cliniciens aguerris dans l'intervention post-traumatique. Le débriefage doit être accompagné d'un suivi systématique des clientèles, permettant d'offrir d'autres services de soutien psychosocial et de traitement, par le biais d'un suivi clinique individuel ou de groupe. À la lumière de certaines mises en garde, soulevées par des études sur le sujet, on doit considérer les recommandations émises à cet égard.

9.5 LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES DE RÉTABLISSEMENT

Le ministère de la Sécurité publique du Québec définit le rétablissement comme « l'ensemble des décisions et des actions prises à la suite d'un sinistre pour restaurer les conditions sociales, économiques, physiques et environnementales de la collectivité et réduire les risques de sinistre » (MSP, 2007).

Le rétablissement constitue la troisième et la dernière étape de l'intervention psychosociale. Il vise la restauration des conditions psychosociales des individus, des familles, des groupes et des communautés touchées par un sinistre.

L'intervention psychosociale de rétablissement repose sur les éléments suivants :

- L'évaluation et la planification;
- La nécessité de demeurer proactif;
- Les activités de relance;
- Les interventions communautaires;
- Les interventions microsociales;
- Une équipe dédiée spécifiquement au rétablissement.

L'équipe du volet psychosocial doit apporter **une attention particulière à certains groupes de clientèles plus vulnérables** : les enfants, les personnes ayant été exposées à l'élément traumatique, les familles nombreuses, les personnes vulnérables sur le plan de leur santé, les démunis, celles ayant subi des pertes importantes, les personnes nécessitant des services de réadaptation, les minorités visibles, les personnes ayant des antécédents de santé mentale, les alcooliques et autres toxicomanes, les personnes marginalisées, etc.

9.5.1 L'ÉVALUATION DES BESOINS ET LA PLANIFICATION DES SERVICES PSYCHOSOCIAUX

Afin de bien documenter les besoins réels à cette phase du sinistre, on doit mettre à jour le processus d'évaluation et de planification, par le biais du guide prévu à cet effet²⁸. Ainsi, c'est par la réactivation du processus d'évaluation psychosociale que le CISSS pourra déterminer le niveau et le type de services à mettre en place pendant la phase de rétablissement.

Cette démarche doit reposer sur deux dimensions sociales :

- **L'évaluation macrosociale** : Permet d'avoir une vue d'ensemble des impacts du sinistre au plan collectif et sociocommunautaire : pertes économiques et financières, perturbation des services essentiels (école, CPE, santé et services sociaux, etc.), délocalisation, fragilisation des réseaux d'entraide, perturbation des services de loisirs, des activités culturelles, bouleversement des services municipaux, etc. Cette démarche peut se faire par la mise sur pied d'un comité des besoins communautaires, regroupant des représentants des organismes et des forces vives de la communauté;
- **L'évaluation microsociale** : Permet de documenter les besoins spécifiques des familles et des personnes sinistrées. Pour ce faire, on peut compter sur certains outils d'évaluation comme: *Le questionnaire d'évaluation des impacts psychosociaux chez une personne sinistrée*, qui peut être adapté aux particularités de l'événement, *l'Échelle révisée d'impact de l'événement* (IES-R, Weiss, Mamar & Brunet, 2003) et la *Mesure du stress psychologique* (MSP-9, Lemire et Tessier, 2003).

9.5.2 LA NÉCESSITÉ DE DEMEURER PROACTIF

Alors que les impacts d'un sinistre sont habituellement assez visibles à court ou à moyen terme, ils se manifestent de façon plus ou moins évidente à plus long terme. Il est important de souligner que la majorité des personnes sinistrées n'auront pas besoin de soutien psychosocial à long terme. Cependant, une certaine proportion, les personnes les plus vulnérables et les plus impactées pourraient en avoir besoin, mais elles n'auront pas tendance à demander de l'aide par elles-mêmes, d'où la nécessité de demeurer proactif au plan psychosocial.

La démobilisation de la plupart des autres missions et le désintéressement des médias peuvent donner l'impression que tout est rentré dans l'ordre. Pourtant, chez certaines victimes, la durée, l'apparition et même l'augmentation de l'intensité des réactions psychosociales peuvent être constatées sur des périodes variant de quelques mois à plusieurs années. Après la phase héroïque et une certaine période de latence, en plus de devoir faire leur deuil, les personnes sinistrées se retrouvent souvent dans un labyrinthe de démarches à réaliser, qu'elles peuvent percevoir comme insurmontable sans un soutien approprié.

Au plan psychosocial, le fait de demeurer proactif s'inscrit dans une perspective de prévention tertiaire auprès des personnes sinistrées.

²⁸ Guide pour l'évaluation et la planification des services psychosociaux en contexte de sinistre (MSSS, 2012)

9.5.3 LES ACTIVITÉS DE RELANCE

S'inscrivant dans une logique d'évaluation et d'intervention proactive, les activités de relance permettent de bien documenter les besoins et les interventions à mettre en place.

Le processus de relance permet de :

- Évaluer les besoins psychosociaux de la communauté, des familles et des individus;
- Repérer les personnes ou les groupes qui ont encore besoin d'aide au plan psychosocial;
- Outiller les proches et les partenaires pour qu'ils soient en mesure de repérer et de soutenir les personnes qui pourraient présenter des problèmes d'adaptation;
- Offrir des conseils et un soutien aux personnes dans le besoin;
- Informer les personnes sinistrées, les proches et les partenaires sur les services psychosociaux disponibles et les mécanismes d'accès.

9.5.4 LES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES

Les interventions communautaires visent, dans la mesure du possible, la prise en charge par la communauté elle-même de ses propres besoins. Cela signifie que le CISSS en tant qu'acteur majeur du Réseau local de services, assume un rôle significatif dans la restauration des services sociocommunautaires, et ce, en étroite collaboration avec les partenaires du milieu. On comprendra que le service d'organisation communautaire du CISSS peut jouer un rôle majeur à cet égard. De plus, le réseau des éclaireurs constitué d'acteurs du CISSS et des partenaires communautaires ont aussi un grand rôle à jouer au rétablissement du milieu.

Les interventions communautaires à privilégier sont :

- 1- Mise sur pied d'un comité d'évaluation des besoins psychosociaux, impliquant les acteurs de la communauté;
- 2- Repérage dans les milieux de vie et les groupes du milieu;
- 3- Restauration des services communautaires;
- 4- Éducation populaire de type psychoéducatif;
- 5- Restauration des activités récréatives;
- 6- Défense de droits : soutenir les intérêts et défendre les droits des personnes sinistrées;
- 7- Reconstruction : voir à ce que les besoins des personnes sinistrées soient pris en compte;
- 8- Commémoration.

9.5.5 LES INTERVENTIONS MICROSOCIALES

Il s'agit ici d'adapter les interventions psychosociales amorcées lors de la phase transitoire ou encore de mettre sur pied de nouveaux services en fonction des besoins des familles et des individus spécifiquement à la phase de rétablissement.

Ce type d'intervention peut prendre l'une ou l'autre des formes suivantes :

1. Suivi individuel;
2. Suivi familial;
3. Suivi de groupe;
4. Intervention ponctuelle;
5. Groupe d'entraide;
6. Intervention téléphonique d'écoute ou de crise;
7. Services spécialisés de réadaptation physique;
8. Services de réadaptation en alcoolisme et en toxicomanie;
9. Consultation sociale et psychologique.

9.6 LA TROUSSE D'OUTILS PSYCHOSOCIAUX

9.6.1 LES FICHES PSYCHOSOCIALES POUR LA CLIENTÈLE

Le volet psychosocial possède une trousse d'outils pour supporter l'intervention :

- Un sinistre est arrivé;
- J'ai été confronté à un événement traumatique;
- Mon enfant a été confronté à un événement traumatique;
- En tant qu'intervenant, j'ai été confronté à un événement traumatique;
- Je suis en deuil à la suite d'un sinistre;
- La gestion du stress chez les intervenants, les gestionnaires et les bénévoles en contexte de sinistre.

Ces fiches, qui peuvent être adaptées selon les besoins et la situation, sont disponibles sur l'Internet au <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/types/fiche-psychosociale>.

9.6.2 LES OUTILS POUR LES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX

Divers outils sont accessibles pour les intervenants psychosociaux qui ont reçu la formation provinciale sur l'intervention psychosociale en contexte de sécurité civile. Ces outils sont disponibles dans la section sécurité civile de l'Intranet du CISSS Bas-Saint-Laurent sous l'onglet volet psychosocial.

SECTION 10

LE VOLET COMMUNICATION

10. LE VOLET COMMUNICATION	124
10.1 La mise en contexte.....	124
10.2 Les principes directeurs.....	126
10.3 L'organigramme du volet communication	126
10.4 La coordination du volet communication	127
10.5 Les rôles et responsabilités du volet communication	127
10.6 La gestion des relations de presse	131
10.7 Les communications stratégiques et auprès des partenaires externes.....	132
10.8 Les activités de communication à la population et aux personnes sinistrées	132
10.9 Les communications internes.....	135
10.10 Les publics cibles	136

10. LE VOLET COMMUNICATION

On retrouve ici les principales actions et activités de communication qui soutiennent le PRSC-MS du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Il constitue l'ensemble des recommandations, besoins et interventions en communication en situation d'urgence. Chaque année, le CISSS du Bas-Saint-Laurent doit répondre à plusieurs événements qui requièrent son implication. Chacune des interventions peut être considérée comme mineure ou majeure.

L'équipe du volet communication organise toutes les activités d'information destinées aux médias, aux familles des usagers, aux employés, aux gestionnaires, aux instances décisionnelles, aux personnes sinistrées et aux partenaires externes. Le processus de communication repose sur trois éléments : **la cueillette, le traitement et la diffusion** de l'information. Il s'agit d'une démarche dynamique qui doit s'ajuster continuellement à l'évolution de la situation.

10.1 LA MISE EN CONTEXTE

Le volet communication constitue l'un des fondements de la Mission santé. Il s'agit d'un volet transversal qui s'appuie sur tous les volets de la Mission santé, de ses instances décisionnelles ainsi que sur les partenaires du réseau et de la sécurité civile. Le processus de communication mis en place par la Mission santé doit s'inscrire dans une perspective stratégique de la plus haute importance.

À l'ère des communications, l'information constitue sans doute l'un des éléments les plus importants lorsque survient un sinistre. Elle est utile autant pour les décideurs et les intervenants, qui en ont besoin pour prendre des décisions et intervenir en conséquence, que pour les personnes sinistrées, leurs proches et la population dans son ensemble, qui ont besoin de se faire une représentation réaliste de la situation.

Le CISSS du Bas-Saint-Laurent doit tenir compte et s'arrimer aux plans de communication des autres partenaires de la Mission santé et de la sécurité civile, dont :

- La Mission communication : sous la responsabilité d'Urgence Québec, cette mission chapeaute les communications de l'ensemble des missions déployées sur le terrain. Son rôle consiste à planifier, conseiller, coordonner et soutenir le processus de communication. Elle assure l'expertise entourant le processus de communication, mais compte sur les autres missions pour ce qui est des contenus à diffuser. Urgence Québec peut préparer et animer les points de presse et alimenter le site Web « Urgences Québec » qui relève de sa responsabilité.
- L'Organisation de la sécurité civile du Québec (OSCQ) et l'Organisation régionale de la sécurité civile (ORSC) : de par leurs responsabilités dans la gestion des opérations, ces entités, de niveau national et régional, ont toujours un point communication à leur ordre du jour. Il va sans dire qu'elles possèdent beaucoup d'informations, qu'elles doivent traiter, valider et prioriser. Pour sa part, le Centre des opérations gouvernementales (COG) de l'OSCQ produit de nombreux rapports d'événement et des bulletins d'information destinés à l'ensemble des acteurs de la sécurité civile. En plus de recevoir l'information de toutes les missions et de la diffuser, le COG représente une excellente source d'information, fiable et valide.
- L'organisation municipale de la sécurité civile (OMSC) peut produire un bulletin d'information spécifique à l'événement ou diffuser de l'information dans son propre bulletin municipal, sur son site Web, etc. Le CISSS du Bas-Saint-Laurent peut profiter de ces plateformes pour y insérer de l'information spécifique à la Mission santé.
- Le MSSS et le comité régional de sécurité civile-Mission santé (CRSC-MS) : la Mission santé repose sur le CISSS du Bas-Saint-Laurent pour ce qui est des interventions de niveau local et régional. Par ailleurs, en plus de voir à la gestion des services qui relève de sa responsabilité (SPU, santé publique, Info-Santé et Info-Social, etc.) et assurer la liaison entre le CISSS du Bas-Saint-Laurent et le MSSS, le comité régional de sécurité civile-Mission santé (CRSC-MS) reçoit de nombreuses demandes des médias nationaux et régionaux et de la classe politique, d'où la nécessité d'arrimage entre les comités locaux et le comité régional du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

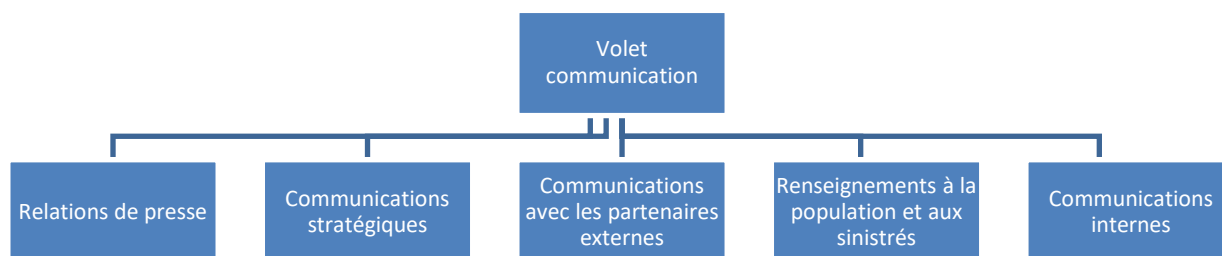
Le CISSS du Bas-Saint-Laurent doit s'inscrire dans ce processus de communication transversale, qui permet de présenter une image d'unité et de cohérence, si importante dans les circonstances.

10.2 LES PRINCIPES DIRECTEURS

- Le volet « communication » permet de cerner les interventions de communication lors d'un événement ou d'une crise interne ou externe susceptibles de se produire au Bas-Saint-Laurent;
- Le volet « communication » permet la mise en place de procédures d'intervention adaptées aux différentes situations d'urgence et de crise;
- Le volet « communication » est simple, concis, bien structuré et comporte suffisamment de détails pour assurer un accès rapide à de l'information critique lors de situations d'urgence ou de crise;
- Le volet « communication » devra, lorsque requis, être mis à jour par des membres de la Présidence-direction générale et de la Direction des communications, des relations publiques et des affaires juridiques. Celui-ci est facilement accessible et certaines informations peuvent être confidentielles;
- De la formation doit être donnée à tout nouvel employé embauché dans l'équipe des communications du CISSS du Bas-Saint-Laurent dans le but de comprendre les différents enjeux d'une gestion de crise et de s'approprier le document;
- Mettre en place des conditions qui permettent aux médias de remplir leur mandat, tout en protégeant le droit à la vie privée des sinistrés et les obligations professionnelles des intervenants;
- Garder un souci constant de la qualité de ses communications avec ses publics externes, internes, ainsi que résidents et usagers;
- Informer ses publics externes et demeurer à leur écoute afin d'harmoniser ses communications à leurs attentes.

10.3 L'ORGANIGRAMME DU VOLET COMMUNICATION

Figure 10 : Organigramme volet communication



10.4 LA COORDINATION DU VOLET COMMUNICATION

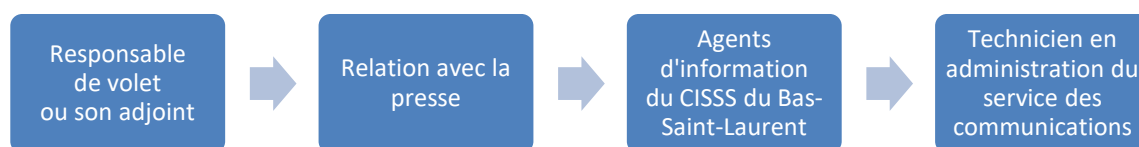
10.4.1 LES RENCONTRES D'ÉQUIPE DU VOLET COMMUNICATION

À priori, l'équipe des communications tiendra une rencontre virtuelle à l'aide de l'application Microsoft Teams.

10.4.2 LES RESPONSABLES ET LES ADJOINTS DU VOLET COMMUNICATION SELON LA MRC

On retrouve dans chacun des huit (8) comités locaux de SC-MU du CISSS du Bas-Saint-Laurent une personne responsable du volet communication, soutenu par un adjoint.

Figure 11 : Chaîne téléphonique volet communication



10.4.3 LE LIEU DE LA SALLE DE PRESSE

Au besoin, le CISSS du Bas-Saint-Laurent pourra déployer sa propre salle de presse dans l'une de ses installations pour accueillir les journalistes. Le lieu précis sera déterminé selon l'endroit de l'événement et les arrimages à convenir avec les autorités de la sécurité civile impliquées dans la gestion des opérations (Mission communication, ORSC, OMSC).

10.5 LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU VOLET COMMUNICATION

Le but du volet communication est d'assurer la communication aux personnes sinistrées, à leurs proches, à la population, aux gestionnaires, aux médias, au personnel du réseau de la santé et des services sociaux et aux partenaires.

10.5.1 LES RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES QUI RELÈVENT DU VOLET COMMUNICATION

- Préparer la stratégie et le plan de communication du CISSS du Bas-Saint-Laurent en regard de l'événement;
- Tenir les activités de communication auprès des médias traditionnels et des médias sociaux en lien avec la Mission santé et aux différents volets du plan de sécurité civile du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Participer aux activités de la Mission communication (relevant d'Urgence Québec), de l'ORSC ou de l'OMSC;
- Tenir, au besoin, des activités de sensibilisation et d'information aux médias (breffage de presse).

En phase prévention :

- Contribuer à l'analyse des risques présents au niveau local;
- Participer à l'identification des vulnérabilités associées à ces risques.

En phase préparation :

- Participer à la mise en place des processus d'alerte et de mobilisation au niveau de son volet en collaboration avec le comité local de sécurité civile;
- S'assurer que le PRSC-MS de l'établissement permette une diffusion de l'information adéquate tant à l'intérieur de l'établissement qu'auprès des partenaires (Urgence Québec, ORSC, CMSC, etc.) que des personnes sinistrées et de la population en général;
- Voir à ce que les membres du comité comprennent bien le rôle des porte-paroles et le principe de gestion des communications en contexte de sécurité civile ou de tragédie;
- Préparer des « modèles types » d'outils de communication prêts à être utilisés lors d'un sinistre (liste des médias et des journalistes, dépliants, feuillets, canevas de communiqués, etc.);
- Participer aux activités de maintien et de développement des compétences de son volet (exercices, formation des porte-paroles, etc.);
- Offrir des activités de sensibilisation et de formation (breffage de presse) aux médias de son territoire, et ce, en concertation avec les partenaires régionaux;
- Préparer un algorithme de diffusion qui tient compte de toutes les plateformes (internes, externes et nouvelles technologies);
- Mettre en place un système de veille des médias sociaux.

En phase intervention :

- Recevoir l'avis d'alerte selon la procédure du comité local de sécurité civile;
- Diffuser rapidement un court communiqué interne faisant état de la situation et des mesures mises en place;
- Diffuser rapidement un court communiqué externe faisant état de la situation, des mesures mises en place et des sources de renseignements pour la population;
- Contribuer à l'identification du porte-parole, le soutenir dans la préparation et le suivi de ses interventions;
- Collaborer avec le volet logistique du comité local de sécurité civile-Mission santé pour la transmission de l'information dans les installations;
- Participer aux travaux du comité local de sécurité civile - Mission santé de son installation;
- Voir à la mise en place d'une stratégie de communication appropriée pour une diffusion optimale de l'information en regard de la Mission santé, et ce, en concertation avec les partenaires du CISSS du Bas-Saint-Laurent, de l'ORSC (Urgence Québec), de l'OMSC, etc.;
- Assurer l'encadrement du processus de communication, collaborer aux points de presse, les demandes des médias, etc.;
- S'assurer que les différents volets de la Mission santé sont pris en compte dans la stratégie de communication de Services Québec et de l'OMSC;
- Superviser la participation du porte-parole lors de toutes activités de communication (assemblées publiques, points de presse, entrevues, etc.);

- Collaborer à la concertation des interventions entre le volet communication et les autres volets;
- Fournir les éléments d'information (état de situation, etc.) provenant de son volet et pertinents à la prise de décisions au sein du CRSC-MS ou du CLSCMU-MS concerné;
- Assurer une surveillance de la couverture médiatique de l'événement afin d'adapter la stratégie de communication en conséquence;
- Contribuer à l'analyse la plus adéquate possible de la situation et à l'élaboration d'une stratégie de communication permettant de prévenir la propagation des rumeurs et des distorsions de messages;
- Contribuer, au besoin, au plan de convergence intrarégionale;
- Assurer une circulation adéquate de l'information avec les partenaires internes et externes du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Mettre en œuvre l'algorithme de diffusion;
- Produire des documents d'information.

En phase rétablissement :

- Coordonner les communications des activités de rétablissement;
- Assurer la démobilisation des ressources et la mise en place des activités de débriefage opérationnel de son volet;
- Procéder à l'évaluation des activités de communication lors d'un événement et produire un bilan à cet effet, incluant un bilan médiatique;
- Contribuer, au besoin, à la révision et à l'adaptation du PRSC-MS en fonction des apprentissages issus de l'expérience acquise;
- Assurer un soutien aux porte-paroles;
- Diffuser et produire, le cas échéant, des documents d'information.

10.5.2 LA CUEILLETTE D'INFORMATION

Peu importe la phase d'intervention, la cueillette d'information est incontournable. Le contexte étant plutôt chaotique et marqué par une forte incertitude, le premier défi consiste à trouver des sources d'information fiables et valides. Par exemple :

- | | |
|--|--|
| ▪ La personne de garde; | ▪ Les bulletins du Centre des opérations gouvernementales (COG), qui fournissent constamment de l'information fiable et valide sur la situation; |
| ▪ La CAUREQ (9-1-1); | ▪ Les autorités policières; |
| ▪ La PDG et le PDGA; | ▪ Urgence Québec; |
| ▪ Le comité de direction; | ▪ Les médias d'information; |
| ▪ La municipalité; | ▪ Les sites Web; |
| ▪ L'urgence des CH; | ▪ Les médias sociaux; |
| ▪ Les responsables de volet et les intervenants déployés sur le terrain; | ▪ Etc. |
| ▪ L'OMSC ou l'ORSC où est traitée l'information officielle; | |

10.5.3 LE TRAITEMENT DE L'INFORMATION

Avant d'être diffusée, l'information recueillie doit être traitée adéquatement. Ce qui n'est pas toujours évident dans les premiers instants du sinistre. En effet, le CISSS du Bas-Saint-Laurent, qui se verra sollicité rapidement par les partenaires et les médias d'information, doit être en mesure de fournir un minimum d'information. Il se peut qu'en pareille circonstance, l'information soit rare ou qu'il y ait un déferlement de données, plus ou moins fiables, provenant d'un peu partout; ce qui compliquera le traitement de l'information. Le CISSS du Bas-Saint-Laurent peut alors publier un communiqué précisant qu'il est actif, que les soins de santé et les services sociaux sont déployés et que des précisions seront fournies lors d'un point de presse ultérieur tenu par les autorités de la sécurité civile.

Par la suite, le traitement de l'information consistera à préciser les éléments factuels de la Mission santé pouvant être diffusés. C'est-à-dire :

- Traiter l'information et les données provenant des divers secteurs de la Mission santé. Ces données peuvent être de nature technique, clinique, épidémiologique, logistique, administrative, etc. Elle peut concerner :
 - Les caractéristiques des personnes impactées, blessées, décédées (nombre, sexe, âge, lieux de traitement, nature des blessures, niveau de vulnérabilité, exposition traumatique, etc.);
 - Les besoins comblés et non comblés;
 - Les équipes impliquées;
 - Les actions de la Mission santé afin d'assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux;
 - L'adaptation psychosociale;
 - Les questions de santé publique;
 - La restauration et le maintien des services, etc.
- Préparer les états de situation pour usage interne (comité de coordination, comité de direction, CA, équipes de volet, porte-paroles, intervenants de la ligne téléphonique, etc.) et externe (ORSC, OMSC, etc.);
- Préparer les documents destinés aux porte-paroles de la Mission santé : lignes de presse, document de type « questions-réponses », etc.;
- Surveiller et documenter la couverture médiatique et recommander les ajustements en conséquence;
- Préparer les communiqués de presse et autres documents à diffuser (Web, intranet, bulletins d'information et autres supports d'information), lorsque requis;
- Préparer ou contribuer à la préparation des points de presse : breffage des porte-paroles, aspects techniques, etc.;
- Produire le plan de communication du CISSS du Bas-Saint-Laurent et, lorsque requis, contribuer à la préparation du plan de communication de l'ORSC ou de l'OMSC.

10.5.4 LA DIFFUSION DE L'INFORMATION

Il s'agit ici de démontrer que le CISSS du Bas-Saint-Laurent est actif, que les décisions sont prises et que des interventions sont mises en place pour répondre aux besoins de la situation.

Les personnes sinistrées, les partenaires internes et externes, les médias et la population en générale ont besoin d'une information précise et valide. Puisque l'information agit comme un « antidote » face aux chaos, aux rumeurs et à l'incertitude, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a un rôle de premier plan à jouer pour contrer ces phénomènes.

Bien qu'il ne soit pas seul dans l'arène des communications, le CISSS du Bas-Saint-Laurent doit être proactif et avoir son propre plan de communication. Ainsi, ce plan doit prévoir des activités de communication liées à la Mission santé du Plan local de sécurité civile (communications internes, externes, ainsi qu'aux personnes sinistrées, aux proches et à la population en général). Le tout doit, bien entendu, être arrimé avec les autres partenaires du réseau et de la sécurité civile.

10.6 LA GESTION DES RELATIONS DE PRESSE

Les relations de presse sont assumées par les responsables régionaux du volet communication, qui émanent de la Présidence-direction générale du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Centre des médias:

- Tenir la liste de presse à jour;
- Assurer une veille médiatique et proposer une stratégie et des activités médias;
- Contribuer aux activités de presse du CRSC et du CLSC-MU;
- Gérer les demandes médias;
- Planifier les entrevues avec les médias;
- Préparer les communiqués, les lignes de presse et les messages des porte-paroles;
- Encadrer et accompagner les porte-paroles;
- S'assurer que les communiqués et documents transmis respectent la ligne de presse et les stratégies de communication;
- Organiser les activités de presse : convocation, animation (si nécessaire) et préparation du matériel (en mesures d'urgence);
- Organiser les assemblées publiques;
- Accompagner les médias sur le lieu de l'événement;
- Communiquer les contenus pour la mise en ligne sur le site Web;
- Dresser un bilan électronique de la couverture médiatique;
- Réaliser l'analyse du bilan médiatique;
- Encadrer les journalistes dans leurs déplacements sur le site ou dans les installations afin d'éviter tout contact avec les victimes du sinistre. Il s'agit de leur empêcher l'accès. On peut recourir à la SQ au besoin;
- Sensibiliser les journalistes des impacts que peut avoir une couverture médiatique intrusive, surtout lors d'un événement de nature traumatique;
- Entretenir avec les médias des relations soutenues.

Les représentants officiels :

Les porte-paroles officiels aux différentes tribunes publiques, internes et externes seront :

- La Présidence-direction générale du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- La Présidence-direction générale adjointe du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- La Direction de la santé publique du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Le coordonnateur de la sécurité civile et des mesures d'urgence du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Le responsable des relations avec les médias du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Ils seront soutenus, selon l'événement, par un directeur, un médecin ou un autre expert.

10.7 LES COMMUNICATIONS STRATÉGIQUES ET AUPRÈS DES PARTENAIRES EXTERNES

Tout comme les relations de presse, les communications stratégiques sont assumées par les responsables régionaux du volet communication, qui émanent de la direction générale du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Responsabilités:

- Préparer les états de situation et transmission au MSSS et aux autres partenaires externes;
- Gérer et coordonner les activités de communications avec les partenaires identifiés;
- Préparer les états de situation et les transmettre aux partenaires locaux;
- Gérer et coordonner les activités de communications avec les partenaires identifiés;

10.8 LES ACTIVITÉS DE COMMUNICATION À LA POPULATION ET AUX PERSONNES SINISTRÉES

10.8.1 LES MEMBRES

- Responsable local du volet communication ou son adjoint;
- Agents d'information;
- Techniciens en administration;
- Agents administratifs.

10.8.2 LES ACTIVITÉS

10.8.2.1 LA LIGNE TÉLÉPHONIQUE DÉDIÉE À LA POPULATION

- S'assurer, auprès du responsable du volet maintien des activités, de la mise en fonction de la ligne téléphonique dédiée à la population;
- Informer les différents publics cibles de la disponibilité de la ligne téléphonique dédiée à la population pour les informer de la situation, en regard des responsabilités et des services offerts par le CISSS du Bas-Saint-Laurent dans le cadre de la Mission santé;
- S'assurer que la Direction des ressources informationnelles adapte le matériel à ce type de service;
- Prévoir un mécanisme de référence pour orienter :
 - Les personnes qui appellent pour offrir de l'aide;
 - Les personnes qui désirent faire un don;
 - Les personnes qui veulent s'enquérir de l'état d'un patient;
 - Les demandes des journalistes;
 - Les personnes qui ont besoin d'un soutien psychosocial.
- S'assurer que les intervenants dédiés à la ligne téléphonique sont à la fine pointe des informations sur l'évolution de la situation, les interventions mises en place, les services disponibles et les mécanismes d'accès;
- Prévoir des mécanismes de liaison entre le service téléphonique et l'équipe du volet psychosocial déployée sur le terrain;
- S'assurer que le journal de bord relevant des communications est complété;
- S'assurer que les intervenants de la ligne dédiée reçoivent le soutien requis dans l'accomplissement de leur mandat (supervision, breffage, désamorçage, démobilisation, rédaction de lignes de communication, etc.);
- S'assurer que l'horaire du service des communications est ajusté en fonction de l'évolution des besoins.

10.8.2.2 LE SITE WEB

- Rédiger les contenus destinés au site Web;
- Faire valider, avant la mise en ligne, toute nouvelle information par le responsable de volet, ainsi que par la coordination locale et régionale (dans la mesure du possible);
- Mettre en ligne la documentation pertinente.

10.8.2.3 LES MÉDIAS SOCIAUX

- Rédiger les contenus pour les différentes plateformes;
- Diffuser l'information;
- Assurer un suivi des commentaires sur les différentes plateformes;
- Alimenter les médias sociaux.

10.8.2.4 L'ÉDITION

- Rédiger les contenus des productions imprimées (affiches, publicités, etc.) et les faire valider;
- Assurer la liaison avec les fournisseurs (au besoin);
- Assurer la coordination de la réalisation graphique des productions;
- Assurer la coordination de la traduction, si nécessaire.

10.8.2.5 LA PRODUCTION VIDÉO

- Assurer la mise en ligne des contenus des points de presse, conférences de presse, au besoin.

10.8.3 LA PROTECTION DES PERSONNES SINISTRÉES CONTRE L'INTRUSION MÉDIATIQUE

Il est normal que les médias soient présents puisqu'ils ont un devoir d'information envers le public. Ils sont à l'affût des informations et permettent à la population et aux autorités de suivre l'événement.

Au nom du « droit du public à l'information », ils peuvent aussi envahir l'espace intime des sinistrés et des intervenants. On peut définir l'intrusion comme *« la présence dans l'environnement immédiat des sinistrés de facteurs externes qui perturbent leur intimité, leurs réactions émotives ou les services qui leur sont destinés »*.

Les études démontrent un lien direct entre le niveau de stress et le degré d'exposition aux images médiatiques. Le dilemme se situe entre le droit à l'information et le droit à la vie privée.

En pareilles circonstances, il faut mettre en place des conditions qui permettent aux médias de remplir leur mandat, tout en protégeant le droit à la vie privée des sinistrés et les obligations professionnelles des intervenants.

Voici quelques éléments de protection :

- S'assurer d'encadrer les journalistes qui se présentent sur le site ou dans l'établissement afin d'éviter tout contact avec les victimes. Au besoin, on peut recourir à la SQ pour leur interdire l'accès;
- Sensibiliser les journalistes des impacts que peut avoir une couverture médiatique intrusive, surtout lors d'un événement traumatogène. En effet, les personnes exposées directement à l'élément traumatique peuvent voir leurs symptômes de reviviscence, d'évitement, d'agitation et cognitifs s'exacerber face aux images projetées par les médias;
- Informer les personnes sinistrées et leurs proches du droit à la protection de leur vie privée et de leur intimité. Souvent, elles ne sont pas dans leur meilleur état, particulièrement dans les premiers instants, et sont peu conscientes des impacts que peut avoir une couverture médiatique intrusive, surtout à la suite d'une exposition traumatique. À cet égard, le Centre canadien de ressources pour les victimes de crime a produit un Guide d'interaction avec les médias, disponible au : https://crcvc.ca/wp-content/uploads/2012/02/Media_book-web_fre2013.pdf;
- Prodiger quelques trucs aux personnes sinistrées et à leurs proches, pour éviter de se retrouver dans les médias ou les outiller pour savoir quoi faire et ne pas faire en présence des journalistes;
- Éviter la surexposition aux bulletins d'information diffusés en continu dans les centres de services aux sinistrés.

10.9 LES COMMUNICATIONS INTERNES

10.9.1 LES MEMBRES

- Responsable du volet ou son adjoint;
- Agents d'information;
- Techniciens en administration;
- Agents administratifs.

10.9.2 LES ACTIVITÉS

- Informer le personnel et les médecins de la situation en utilisant les moyens d'information disponibles à l'interne (intranet, bulletin d'information, rencontre d'information, etc.);
- Alimenter les intervenants dédiés à la ligne téléphonique;
- Recueillir les attentes, opinions, réactions et suggestions des employés, les analyser, y répondre et en tenir compte, s'il y a lieu, dans l'organisation de ses activités;
- Adapter le site Web, l'intranet et les autres plateformes de communication de l'organisation;
- Utiliser le système de messagerie électronique et le journal interne;
- Tenir des rencontres d'information avec différents groupes, équipes, etc., des installations et du CISSS du Bas-Saint-Laurent.
- Informer le personnel et les médecins du rétablissement de la situation.

10.10 LES PUBLICS CIBLES

10.10.1 LES PUBLICS PRIMAIRES

- Les sinistrés et leurs proches;
- Les membres du comité de coordination de SC-MU impliqués dans les opérations;
- Le président du conseil d'établissement;
- Les directeurs et directeurs adjoints;
- Les directeurs-adjoint exécutif;
- Les gestionnaires;
- Le personnel;
- Les membres du Conseil des médecins, dentistes et des pharmaciens (CMDP);
- Info-Santé et Info-Social;
- La population;
- Les médias.

10.10.2 LES PUBLICS SECONDAIRES (SELON L'AMPLEUR DE L'ÉVÉNEMENT)

- Les cliniques médicales;
- Les différents partenaires (polices, pompiers, maire, etc.);
- Les pharmaciens d'office;
- Les organismes communautaires.

10.10.3 LE MILIEU TEMPORAIRE OU EN DÉPLACEMENT

- Les voyageurs et touristes;
- Les travailleurs étrangers saisonniers ou temporaires;
- Les aéroports locaux;
- Les agences de voyages.

10.10.4 LE MILIEU PROFESSIONNEL

- La Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST);
- Santé et sécurité au travail.

SECTION 11

LE VOLET MAINTIEN DES ACTIVITÉS

11. LE VOLET MAINTIEN DES ACTIVITÉS	138
11.1 La composition de l'équipe du volet maintien des activités	138
11.2 Le soutien d'autres ressources au besoin	139
11.3 Le soutien à la coordination et aux volets impliqués dans la prestation des services.....	140

11. LE VOLET MAINTIEN DES ACTIVITÉS

La présente section porte sur le maintien des services essentiels du CISSS du Bas-Saint-Laurent lorsque survient un sinistre dans la communauté et sur le soutien à apporter à la coordination et aux volets déployés dans le cadre de la prestation des services prévue au présent PRSC-MS.

Le but du volet maintien des activités est d'assurer le fonctionnement des services et des systèmes nécessaires à la continuité des activités du CISSS en cas de sinistre. Plus particulièrement, il s'agit du soutien logistique, des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles qui doivent contribuer au maintien ou au rétablissement de ces services.

La responsabilité de ce volet, présent au sein de chacun des huit (8) comités locaux de sécurité civile et de mesures d'urgence-Mission santé du CISSS du Bas-Saint-Laurent, est assumée par le responsable du maintien des activités concerné.

11.1 LA COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DU VOLET MAINTIEN DES ACTIVITÉS

Pour être en mesure de mener à bien ses activités, l'équipe de ce volet est composée des personnes suivantes :

- Le responsable du volet et son adjoint;
- Le responsable de la logistique du volet et son adjoint;
- Un représentant de la Direction des ressources humaines et son adjoint;
- Un représentant de la Direction de l'approvisionnement, de la logistique et de l'infrastructure et son adjoint (ressources matérielles);
- Un représentant de la Direction des ressources financières et son adjoint;
- Un représentant de la Direction des ressources informationnelles et son adjoint.

11.2 LE SOUTIEN D'AUTRES RESSOURCES AU BESOIN

La survenue d'un sinistre a nécessairement pour impact de placer le CISSS sous pression quant à la prestation de services. En plus d'assurer le maintien de ses services, il doit composer avec une forte augmentation des besoins provoquée par le sinistre. Dans le cas où une installation du CISSS se retrouverait débordée par l'ampleur du sinistre et qu'elle n'a pas les ressources pour répondre aux besoins de la situation, elle doit envisager les options suivantes:

- 1- Recourir au soutien des autres installations du réseau régional de services. On doit alors interpellier la coordination régionale de sécurité civile et mesures d'urgence-Mission santé du CISSS qui verra à établir un plan de convergence de ressources, en concertation avec les autres installations. Selon l'ampleur de la situation, d'autres régions du Québec pourraient également être sollicitées, par le biais de Santé Québec;
- 2- Établir un plan de contingence en vue d'adapter, de réduire, voire, interrompre certains de ses services pour un certain temps.

Éléments d'un plan de contingence :

- 1- Dresser la liste des services impactés par le sinistre;
- 2- À faire pour chaque service contingenté :
 - a. Identifier le niveau de tolérance à l'arrêt ou à la réduction du service (priorité de 0 à 3);
 - b. Déterminer le niveau (en %) de réduction du service;
 - c. Établir les modalités de cessation ou de réduction du service.
- 3- Prévoir un plan de restauration pour la reprise des services, incluant une séquence de priorisation.

11.3 LE SOUTIEN À LA COORDINATION ET AUX VOLETS IMPLIQUÉS DANS LA PRESTATION DES SERVICES

Afin de mener à bien ses activités, la coordination et les volets du PRSC-MS impliqués dans la prestation de services auprès des personnes sinistrées ont besoin de soutien en matière de ressources humaines, ressources matérielles, ressources financières et ressources informationnelles.

Tableau 11 : Soutien à la coordination et aux volets du PRSC-MS

SOUTIEN À LA COORDINATION ET AUX VOLETS DU PRSC-MS	
RESSOURCES HUMAINES	■ Convergence de ressources humaines (RH) à l'intérieur même de l'installation ■ Convergence entre installations du réseau régional, via la Coordination régionale de SC-MU ■ Soutien aux gestionnaires et aux intervenants déployés (repas, hébergement, gestion du stress, etc.) ■ Conditions de travail ■ Ententes syndicales ■ Contingence ■ Gestion des quarts de travail ■ Santé et sécurité au travail ■ Etc.
RESSOURCES MATÉRIELLES	■ Gestion des approvisionnements en fourniture, matériel et équipement, nécessaires au bon fonctionnement des sites de gestion des opérations ■ Gestion et adaptation des bâtiments ■ Entretien des lieux ■ Approvisionnement en eau, denrées alimentaires, etc. ■ Contingence ■ Etc.
RESSOURCES FINANCIÈRES	■ Modalités budgétaires ■ Reddition de compte ■ Assurances ■ Programmes de soutien financier (Sécurité civile, MSSS, Croix-Rouge, etc.) ■ Contingence ■ Etc.
RESSOURCES INFORMATIONNELLES	■ Système téléphonique ■ Systèmes alternatifs de télécommunication ■ Contingence ■ Système informatique ■ Imprimantes, photocopieurs, etc. ■ Matériel audiovisuel

SECTION 12

LE SOUTIEN LOGISTIQUE

12. LE SOUTIEN LOGISTIQUE.....	142
12.1 La composition des équipes du volet soutien logistique	142
12.2 Le soutien aux comités de coordination en situation normale.....	142
12.3 Le soutien logistique auprès des sites de gestion des opérations de sécurité civile du CISSS du Bas-Saint-Laurent lors d'un sinistre	144
12.4 Le déploiement et le fonctionnement d'un centre de coordination ou d'un poste de commandement-Santé.....	144
12.5 Les éléments nécessaires au bon fonctionnement d'un centre de coordination ou d'un poste de commandement-Santé.....	145

12. LE SOUTIEN LOGISTIQUE

On peut définir le soutien logistique comme l'ensemble des moyens techniques et administratifs mis en place pour soutenir et faciliter le bon fonctionnement, en situation normale, d'un comité de sécurité civile et de mesures d'urgence et, lorsque survient un sinistre, des sites de gestion des opérations de sécurité civile.

12.1 LA COMPOSITION DES ÉQUIPES DU VOLET SOUTIEN LOGISTIQUE

Chacune des composantes du PRSC-MS doit compter sur un soutien logistique efficace pour mener à bien ses opérations. Considérant l'ampleur de la tâche, particulièrement lorsque survient un sinistre majeur, il est nécessaire de compter sur une équipe responsable de la logistique, composée des personnes suivantes :

- Le responsable de la logistique de la coordination et son adjoint;
- Le responsable de la logistique du volet santé physique et son adjoint;
- Le responsable de la logistique du volet santé publique et son adjoint;
- Le responsable de la logistique du volet psychosocial et son adjoint;
- Le responsable de la logistique du volet communication et son adjoint;
- Le responsable de la logistique du volet maintien des activités et son adjoint;
- Le responsable de la logistique du volet soins et services sociaux particuliers et son adjoint;
- Le responsable du déploiement du Centre local de coordination et son adjoint;
- Le responsable du déploiement du PC-Santé et son adjoint.

12.2 LE SOUTIEN AUX COMITÉS DE COORDINATION EN SITUATION NORMALE

En phase de préparation, les comités de coordination de sécurité civile du CISSS du Bas-Saint-Laurent doivent pouvoir compter sur un soutien administratif adéquat, notamment pour la rédaction et la mise à jour des documents de référence (PRSC-MS, PMU, procédures, outils, etc.). Les éléments de contenu relèvent de la responsabilité du coordonnateur et des responsables de volet, soutenu pour ce faire par la personne responsable de la logistique, pour ce qui est du soutien administratif.

Il s'agit des entités suivantes :

- Le comité régional de SC du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Les comités locaux de sécurité civile et de mesures d'urgence-Mission santé, présents dans chacune des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Les équipes de volet;
- Les équipes responsables des mesures d'urgence.

Voici certaines **tâches à réaliser** en matière de soutien logistique au sein de ces comités :

- 1- Préparation des réunions :
 - a. Convocation;
 - b. Réservation et préparation des salles de réunions;
 - c. Préparation et diffusion des ordres du jour;
 - d. Préparation des facilités techniques.
- 2- Tenue des réunions :
 - a. Prises de notes.
- 3- Suivi des réunions :
 - a. Rédaction des comptes rendus;
 - b. Diffusion des comptes rendus;
 - c. Suivi des réunions.
- 4- Soutien à la production des plans d'intervention, de rétablissement, des procédures et autres documents de référence, etc.;
- 5- Gestion des systèmes de garde (schéma d'alerte, bottin, etc.);
- 6- Gestion des bottins :
 - a. Bottin des membres;
 - b. Bottin des partenaires;
 - c. Bottin des fournisseurs;
 - d. Arrimage avec les bottins de la valise de garde et des mesures d'urgence.
- 7- Soutien à la production des rapports;
- 8- Tenue et archivage de la documentation.

12.3 LE SOUTIEN LOGISTIQUE AUPRÈS DES SITES DE GESTION DES OPÉRATIONS DE SÉCURITÉ CIVILE DU CISSS DU BAS-SAINT-LAURENT LORS D'UN SINISTRE

Lorsque survient un sinistre majeur pouvant exiger l'implication de la Mission santé pendant une certaine période de temps, il est nécessaire de déployer des sites de gestion des opérations :

- Le Centre régional de coordination-MS;
- Les centres locaux de coordination-MS;
- Les postes de commandement-santé (PC-santé).

On retrouvera à la section 12.4 les précisions quant à la nature et aux coordonnées de ces sites de gestion des opérations.

12.4 LE DÉPLOIEMENT ET LE FONCTIONNEMENT D'UN CENTRE DE COORDINATION (LOCAL OU RÉGIONAL) OU D'UN POSTE DE COMMANDEMENT-SANTÉ (PC-SANTÉ)

C'est la personne responsable de la logistique ou son adjointe qui voit au bon déroulement de ce déploiement. Pour ce faire, elle peut compter sur le soutien d'une équipe composée, entre autres, des services informatiques et des ressources matérielles.

Le processus de déploiement d'un Centre de coordination (CC) ou d'un PC-Santé doit tenir compte des besoins suivants :

- Système téléphonique : lignes en nombre suffisant, téléphones cellulaires, Polycom, etc.;
- Système informatique et autres équipements (ordinateurs, imprimantes, photocopieurs, Internet, etc.);
- Système alternatif de télécommunication (radio communication de type walkie-talkie);
- Matériel audiovisuel pour suivre la couverture médiatique de l'événement;
- Ressources matérielles et autres fournitures;
- Installation des supports d'information sur les murs du centre de coordination (panneaux d'identification et de signalisation, affiches d'information, etc.);
- Organisation du centre de coordination.

12.5 LES ÉLÉMENTS NÉCESSAIRES AU BON FONCTIONNEMENT D'UN CENTRE DE COORDINATION OU D'UN PC-SANTÉ

Afin d'assurer un fonctionnement optimal du Centre de coordination ou d'un poste de commandement, on doit prévoir les éléments logistiques suivants :

- Une adaptation physique des lieux;
- Les équipements (tables, bureaux, classeurs, chaises, armoires);
- Les fournitures de bureau nécessaires;
- Le matériel de signalisation;
- Un horaire de travail et un tableau des présences des personnes qui ont des fonctions particulières dans le CC ou le PC : coordonnateurs, responsables de volets, soutien logistique, etc.;
- Un cycle de coordination, qui tient compte à la fois des activités internes du CISSS (CRSC-MS, CLSC-MS, comité de gestion stratégique, PC-Santé, équipes de volets, etc.), de la CMSC-MS, de la sécurité civile (OMSC et ORSC), etc.;
- Des formulaires de réquisition;
- Des gabarits : liste des présences, ordre du jour, à faire (« To do »), etc.;
- Un système d'approvisionnement en eau, café, jus, collations, repas, etc.;
- Un tableau de bord des principaux indicateurs de suivi;
- Un système de gestion et de suivi des journaux de bord des intervenants;
- Un système de gestion et d'archivage des dossiers;
- La liste des employés;
- Une liste des gestionnaires et des intervenants impliqués sur le terrain;
- Les horaires de travail;
- Un plan des installations, si disponible;
- Un plan de déploiement des aires dédiées au CC ou au PC-Santé;
- Une carte géographique du secteur impacté par le sinistre;
- Etc.

Pour assurer le bon fonctionnement de ces unités de gestion des opérations, chacun des comités de coordination de sécurité civile du CISSS du Bas-Saint-Laurent doit se doter d'une liste exhaustive de ses besoins matériels ainsi qu'une procédure de déploiement de ses propres sites de gestion des opérations.

SECTION 13

LA CONVERGENCE RÉGIONALE EN CAS DE DÉBORDEMENT

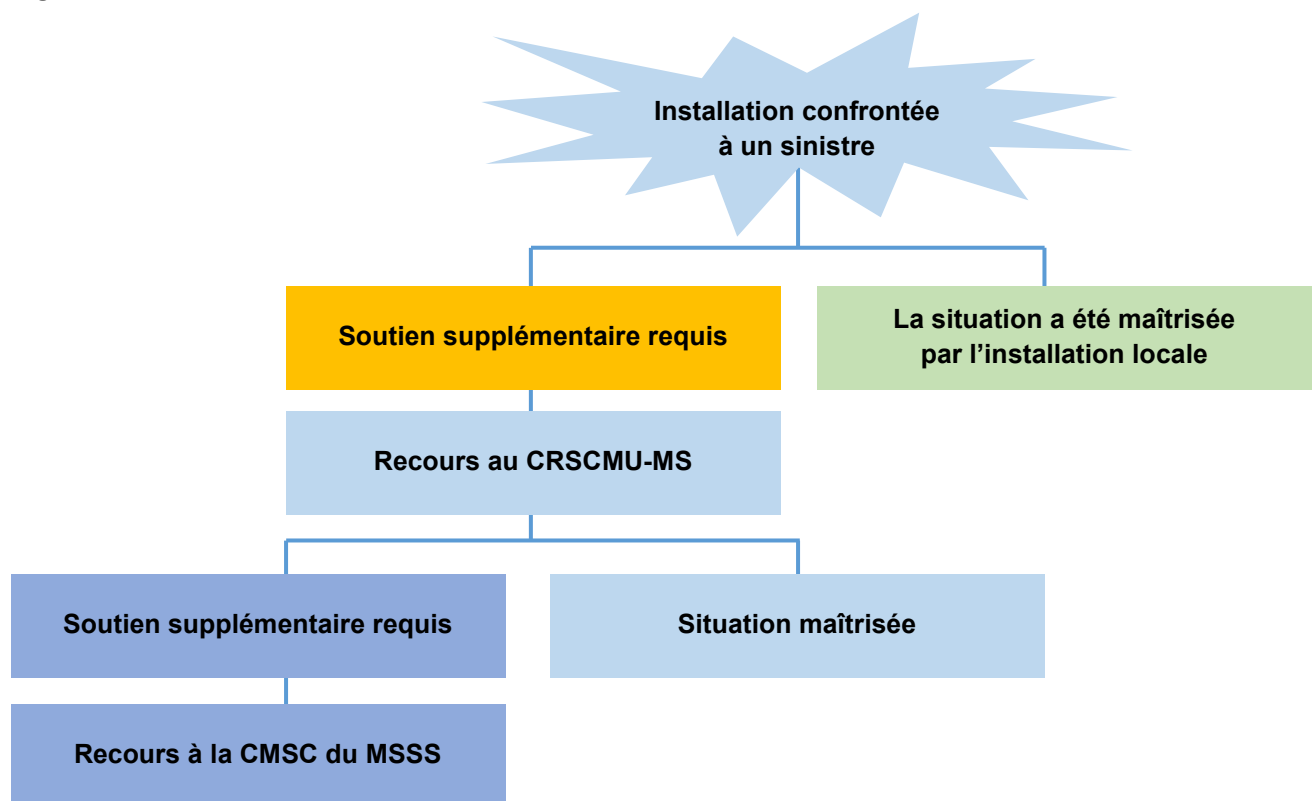
13. LA CONVERGENCE RÉGIONALE EN CAS DE DÉBORDEMENT.....	147
13.1 Le soutien des autres installations de la région.....	149
13.2 Le soutien de Santé Québec.....	149
13.3 La priorisation des soins.....	149
13.4 La relocalisation des soins et services.....	152

13. LA CONVERGENCE RÉGIONALE EN CAS DE DÉBOREMENT

Tel que précisé à la section 2 (structure organisationnelle), il est de la responsabilité du comité local de sécurité civile et de mesures d'urgence-Mission santé (CLSCMU-MS) de l'installation d'offrir les soins et les services de la Mission santé à la population sinistrée de son territoire.

Cependant, advenant le cas où le CLSCMU-MS se retrouve débordé par la situation, notamment à cause de l'ampleur des besoins, de l'absence de services adaptés dans son installation ou du manque de ressources en nombre suffisant pour répondre aux besoins, il peut être nécessaire de recourir à des ressources supplémentaires, provenant d'autres installations du réseau régional de services ou d'autres régions du Québec.

Figure 12 : Renfort en soutien au comité local lors d'un débordement



Deux éléments peuvent expliquer le débordement d’une installation: l’ampleur de l’événement et la capacité d’intervention du CLSCMU-MS.

Tableau 12 : Éléments expliquant le débordement d’une installation

	CARACTÉRISTIQUES
L’AMPLEUR DE L’ÉVÉNEMENT	■ Événement débordant du territoire couvert par le CLSCMU-MS ■ Aléa de nature anthropique ■ Événement de nature traumatique ■ Très grand nombre de décès et de blessés ■ Des employés de l’installation sont directement impactés ■ Grande vulnérabilité des victimes impactées ■ Relocalisation d’un grand nombre de victimes ■ Dévastation matérielle importante ■ Forte incertitude ■ Présence de contaminants CBRNE ■ Etc.
LA DISPONIBILITÉ DES SERVICES ET LA CAPACITÉ D’INTERVENTION DU CLSCMU-MS	■ Les soins et les services adaptés au besoin des personnes sinistrées ne sont pas disponibles dans l’installation (ex. : lits disponibles en nombre insuffisant, absence de soins médicaux spécialisés, etc.) ■ L’ampleur des besoins dépasse la capacité du CLSCMU-MS à offrir les services à la population sinistrée (ex. : manque de ressources humaines, etc.) ■ Le maintien des services courants du CISSS du Bas-Saint-Laurent dans l’installation est menacé ■ Des lacunes importantes sont observées dans le fonctionnement du CLSCMU-MS qui peut menacer la prestation des soins et services prévue à la Mission santé

Plus l’écart est grand entre l’ampleur des besoins issus de l’événement et la capacité d’intervention du CLSCMU-MS, plus l’installation risque de se retrouver en situation de débordement. Il ne s’agit pas de soustraire le comité local de ses responsabilités, mais plutôt de le soutenir dans la réalisation de son mandat.

En pareille circonstance, en plus d’offrir un soutien et des conseils, le comité régional de coordination déterminera avec le comité local, les corridors d’accès aux soins et services disponibles dans l’une ou l’autre des installations du réseau régional, et s’il y a lieu la façon de faire converger des ressources supplémentaires. À cet égard, il faudra tenir compte des éléments suivants :

- La cohérence et la continuité de l’intervention auprès des clientèles;
- La capacité d’accueil et de gestion des ressources supplémentaires;
- Le désengagement de ces ressources dans le processus de rétablissement;
- Etc.

13.1 LE SOUTIEN DES AUTRES INSTALLATIONS DE LA RÉGION

Le soutien des autres installations peut prendre la forme suivante :

- Supervision et conseils;
- Accueil et prise en charge des clientèles évacuées;
- Fournitures de ressources matérielles, informatiques, etc.;
- Envoi de ressources humaines : gestionnaires, médecins, personnel infirmier, intervenants psychosociaux, autres professionnels, PAB, ASSS, etc.

Une fois sur place, ces ressources sont gérées par CLSCMU-MS receveur.

13.2 LE SOUTIEN DE SANTÉ QUÉBEC

Dans le cas où le CISSS du Bas-Saint-Laurent n'a pas les ressources en nombre suffisant pour répondre à l'ampleur des besoins provoqués par l'événement, l'établissement devra alors demander le soutien à la Direction des mesures d'urgence et de la sécurité civile de Santé Québec.

13.3 LA PRIORISATION DES SOINS

Si l'événement en cours dépasse la capacité de réponse du CISSS du Bas-Saint-Laurent malgré le support de Santé Québec ou de toute autre entité gouvernementale, une priorisation des soins à dispenser à la population devra être envisagée.

Un protocole de priorisation en cas de sinistre ou de situation d'urgence, par définition, bouleverse le déploiement des ressources conventionnelles et l'accès aux soins et services. Ce protocole ne vise pas à déterminer qui recevra ou non des soins ou des services. **Tous les usagers seront soignés ou recevront des services.** Chaque être humain mérite le respect et la compassion; tous les besoins seront pris en compte. Toutefois, cela ne signifie pas que tous les patients recevront des soins et services au même moment, de même niveau et de même intensité. Ceux qui ne seront pas traités dans l'immédiat ne seront pas abandonnés; ils continueront à recevoir d'autres soins ou services, les plus appropriés à leur état, selon les possibilités dans le contexte.

La gestion des priorités en matière de soins et de services de santé pendant une crise nécessite une approche rigoureuse et inclusive. Pour assurer une prise de décision juste et transparente, il est essentiel de faire appel à comité réunissant une diversité d'expertises.

La composition exacte du comité devra s'adapter à la nature des soins à prioriser. Les différents intervenants des comités prévus au Plan régional de sécurité civile-Mission santé, pourraient être interpellés, considérant toutefois que le comité de priorisation doit assurer une diversité de points de vue mais également prévoir un nombre de personnes qui permet une délibération éthique rigoureuse et une certaine agilité (5-7 personnes). À priori, la composition de ce comité devrait rassembler les parties prenantes suivantes :

- Un représentant du bureau de la présidence-direction générale;
- Un conseiller en éthique;
- Un représentant de la communauté (monde municipal par exemple);

- Un représentant des populations vulnérables;
- Le responsable régional du volet santé physique;
- Un expert médical en santé publique;
- Un expert médical dont le champ d'expertise se rapproche de la situation de sécurité civile en cours.

Le volet communication doit être mis en action afin de s'assurer que toutes les informations pertinentes soient transmises. Une des clés de la réussite d'une gestion de crise réside dans la transparence des décisions. Il est essentiel de communiquer clairement les critères de priorisation, les raisons des décisions prises et les valeurs qui ont guidé ces choix. Cette communication doit s'adresser :

- **Aux professionnels de la santé** et dispensateurs de services: Les décisions doivent être communiquées aux équipes de terrain, avec des explications claires sur les priorités et les actions à mener;
- **Aux usagers et leurs familles et au grand public** : Dans la meilleure mesure possible, la population et au premier chef les personnes affectées et leurs proches doivent être informés des raisons des décisions, afin de maintenir la confiance et de réduire la confusion qui peut s'installer en situation de crise.

L'information doit être accessible à tous et rendue disponible dès que possible pour le personnel, les responsables de la sécurité civile, les médias et la population. Une attention doit être portée aux personnes les plus vulnérables et les plus touchées par la situation. Pour ce faire, il sera opportun de :

- Diffuser l'information par des moyens multiples (télévision, radio, réseaux sociaux, messages textes, sites Web) pour atteindre un large public;
- Mettre en place des points de contact pour répondre aux questions du public, y compris une ligne d'assistance téléphonique ou un centre d'information dédié;
- Fournir des mises à jour régulières, même lorsque la situation ne change pas immédiatement, pour éviter la confusion et les rumeurs;
- Adapter les messages en fonction de l'évolution de la situation et des nouvelles informations disponibles, en expliquant les nouvelles étapes prises.

13.3.1 ÉVALUATION EN CONTINU

Un comité décisionnel en période de crise sanitaire doit faire preuve de réactivité, de rigueur et d'une capacité d'adaptation rapide. Le suivi continu, l'évaluation des décisions, et la flexibilité sont essentiels pour assurer une gestion efficace et juste de la priorisation des soins.

13.3.1.1 ÉVALUATION CONTINUE DES DÉCISIONS DE PRIORISATION

- **Évaluation en temps réel des besoins** : Le comité doit être en mesure d'évaluer, en temps réel, l'évolution des besoins en soins de santé, en ajustant les priorités en fonction de la situation sanitaire. Cela nécessite une surveillance continue des ressources disponibles et des demandes de soins et services.
- **Adaptation des priorités en fonction des nouvelles informations** : Le comité doit régulièrement réévaluer les priorités à mesure que de nouvelles informations arrivent.
- **Réévaluation des priorités selon l'évolution de la crise** : À mesure que la situation évolue (amélioration ou aggravation de l'urgence sanitaire), le comité doit ajuster les priorités de manière dynamique pour répondre aux nouvelles réalités et éviter l'épuisement des ressources dans un seul domaine.

13.3.1.2 GARANTIE D'UNE TRAÇABILITÉ ET D'UNE TRANSPARENCE CONTINUES

- **Documentation des décisions** : Chaque décision de priorisation doit être documentée de manière détaillée, incluant les critères utilisés et les raisons qui ont conduit à ces décisions. Cela permet une réévaluation si nécessaire et offre une transparence vis-à-vis du public et des institutions.
- **Suivi des décisions** : Le comité doit mettre en place un système de suivi pour vérifier que les décisions sont appliquées conformément aux priorités établies. Cela peut inclure la révision régulière des protocoles de soins et services, des listes d'attente et des critères de priorisation.

13.3.1.3 ÉVALUATION ET SUIVI

- **Évaluation des résultats** : Après la mise en œuvre des décisions, le comité doit évaluer l'impact sur l'organisation des soins et services, mais aussi les impacts sociaux et psychologiques sur les usagers et leurs familles ainsi que sur les communautés.
- **Apprentissage continu** : Le comité doit encourager un processus d'apprentissage continu pour améliorer les décisions futures. Cela inclut la prise en compte de l'expérience vécue des professionnels de santé et des patients, ainsi que l'analyse des failles ou des succès des stratégies de priorisation mises en place.

NOTE : Le document de réflexion complet produit par le sous-comité éthique et ayant servi à la rédaction du point 13.3 se retrouve en annexe du Plan régional de sécurité civile – Mission santé.

13.4 LA RELOCALISATION DES SOINS ET SERVICES

Si l'aléa menant à un événement de sécurité civile ou de mesure d'urgence force la fermeture d'une installation, les différents corridors de services à mettre en place afin d'assurer la continuité des services sont répertoriés dans le document intitulé « Plans de contingence clinique du CISSS du Bas-Saint-Laurent ». Ce dernier se retrouve dans la Valise de garde informatisée et dans le Nuage dans le répertoire suivant : [N:\InterDirec\Valise de garde\VDG - Garde clinique et hospitalière](#).

Les différents plans de délestage seront également utilisés pour assister à la prise de décision menant au choix des installations visées lorsque plus d'une possibilité existe.

SECTION 14

LE PLAN DE RÉTABLISSEMENT

14. L'IMPORTANCE DU RÉTABLISSEMENT	154
14.1 Le processus d'élaboration du plan de rétablissement	154
14.2 Quand doit-on commencer à élaborer le plan de rétablissement?	155
14.3 Qui est responsable d'élaborer le plan de rétablissement?	155
14.4 Avec qui doit-on élaborer le plan de rétablissement?	155
14.5 Les paramètres d'un plan de rétablissement	156
14.6 Les indicateurs permettant de déterminer les interventions à privilégier	157

14. L'IMPORTANCE DU RÉTABLISSEMENT

Le rétablissement constitue la dernière phase du PRSC-MS. Plus qu'une phase, cette dimension de la sécurité civile vise la mise en place des conditions favorables au retour à la vie normale des populations sinistrées. Bien que chaque sinistre soit unique et que le plan de rétablissement doit refléter les particularités du sinistre en cours, il est tout de même nécessaire d'établir les grandes lignes du plan de rétablissement de la Mission santé.

Le ministère de la Sécurité publique du Québec définit le rétablissement comme « *l'ensemble des décisions et des actions prises à la suite d'un sinistre pour restaurer les conditions sociales, économiques, physiques et environnementales de la collectivité et réduire les risques de sinistre* » (MSP, 2007).

Le passage de la phase intervention à la phase de rétablissement s'effectue progressivement à la suite d'un sinistre. Cette transition et la durée du rétablissement s'opèrent différemment selon les particularités du sinistre et les responsabilités dévolues à la Mission santé. Ainsi, alors que plusieurs acteurs sont démobilisés, le CISSS doit rester actif afin d'offrir les soins et les services sociaux aux populations sinistrées. La restauration des services du CISSS, la réadaptation physique ainsi que les problèmes d'adaptation psychosociale et post-traumatique sont de bons exemples d'un processus de rétablissement qui peut durer des mois, voire des années, d'où l'importance de demeurer proactif.

14.1 LE PROCESSUS D'ÉLABORATION DU PLAN DE RÉTABLISSEMENT

La préparation du plan de rétablissement doit être une priorité de la Mission santé. Pour mener à bien cette démarche, on doit prendre en considération les éléments suivants :

L'évaluation-planification : La transition d'une phase à une autre repose sur un processus d'évaluation de la situation, qui permet d'identifier les besoins et de planifier les interventions en fonction des ressources disponibles. Cette évaluation peut se faire à partir des étapes suivantes :

- Étape 1 : Identifier les clientèles;
- Étape 2 : Préciser les impacts pour chaque groupe de clientèles:
 1. Les décès;
 2. Les atteintes physiques;
 3. Les besoins de base;
 4. Les atteintes psychologiques;
 5. Les impacts sociaux;
 6. Les atteintes sur le plan des communications;
 7. Les impacts financiers et économiques;
 8. Les perturbations environnementales.
- Étape 3 : Identifier les besoins de chaque groupe de clientèles;
- Étape 4 : Élaborer les stratégies d'intervention;
- Étape 5 : Analyser la capacité du CISSS à répondre aux besoins identifiés;
- Étape 6 : Évaluer les interventions et réévaluer les besoins.

À noter que le volet psychosocial peut compter sur plusieurs outils et documents de référence, dont un qui porte spécifiquement sur le rétablissement psychosocial²⁹.

²⁹ - Malenfant, Pierre-Paul, *Le rétablissement psychosocial*, module 7, document de travail, MSSS, 2013.

- Malenfant, Pierre-Paul, *Guide pour l'évaluation et la planification des services psychosociaux en contexte de sinistre*, document de travail, MSSS, 2012.

14.2 QUAND DOIT-ON COMMENCER À ÉLABORER LE PLAN DE RÉTABLISSEMENT?

Dès le début de l'événement, bien que la situation soit chaotique et empreinte d'une grande incertitude, il faut déjà songer à inscrire les interventions de la Mission santé dans une perspective de rétablissement. Les différentes étapes de l'évaluation décrites dans la section 14.1 permettront d'élaborer formellement le plan de rétablissement.

14.3 QUI EST RESPONSABLE D'ÉLABORER LE PLAN DE RÉTABLISSEMENT?

Bien que le leadership de cette démarche incombe à la coordination en sécurité civile du CISSS du Bas-Saint-Laurent impliquée³⁰, il s'agit dans les faits d'une responsabilité qui doit être partagée avec l'ensemble des membres du comité de sécurité civile impliqué. En effet, outre les aspects de coordination, chaque responsable d'un volet doit produire la section du Plan de rétablissement qui concerne son propre volet.

14.4 AVEC QUI DOIT-ON ÉLABORER LE PLAN DE RÉTABLISSEMENT?

Afin de s'assurer que le plan correspond aux besoins, il est important de consulter, voire d'impliquer un certain nombre de partenaires internes (directions, équipes de volets, organisation communautaire, etc.) et externes. Pour les partenaires externes, il est recommandé de mettre sur pied un comité de consultation des besoins. On peut alors impliquer des représentants de la municipalité, de la Croix-Rouge, des associations, groupes sociaux, groupes communautaires et autres leaders de la communauté. Le service d'organisation communautaire du CISSS du Bas-Saint-Laurent peut être mis à contribution pour animer le comité de consultation des besoins.

³⁰ Coordination régionale ou locale selon l'ampleur de l'événement.

14.5 LES PARAMÈTRES D'UN PLAN DE RÉTABLISSEMENT

Bien qu'un plan de rétablissement doit être le reflet de l'événement en cours, on peut tout de même en établir les grandes lignes :

Tableau 13 : Les paramètres d'un plan de rétablissement

LES OBJECTIFS	■ Favoriser la restauration des services du CISSS ■ Assurer une surveillance des besoins (repérage, etc.) ■ Offrir les soins, les services psychosociaux et les services de réadaptation aux personnes sinistrées et aux proches ■ Favoriser l'implication des partenaires de la communauté ■ Encourager l'entraide et la solidarité sociale ■ Informer les personnes sinistrées, les proches, les intervenants ainsi que les partenaires des services mis en place et les mécanismes d'accès
ÉQUIPE DÉDIÉE	Dans un souci d'efficience et de constance, lors d'un sinistre majeur, il est recommandé de mettre sur pied une équipe dédiée spécifiquement au rétablissement. En effet, il peut être difficile pour les gestionnaires et les intervenants des programmes courants d'offrir les services à la clientèle régulière et d'assurer, en plus, la prise en charge de la clientèle sinistrée. L'implantation d'une équipe dédiée spécifiquement au rétablissement doit se faire en prévoyant des mécanismes de concertation avec les programmes courants, dont le processus de référence des clientèles résiduelles lors du désengagement de l'équipe dédiée.
LE FINANCEMENT	Outre la contribution du CISSS du Bas-Saint-Laurent, il faudra évaluer la possibilité d'obtenir du soutien financier de la part d'autres partenaires comme le MSSS, la Croix-Rouge, etc. Les coûts associés au Plan de rétablissement doivent s'inscrire dans le budget consacré spécifiquement au sinistre.
LA RESTAURATION DES SERVICES DU CISSS DU BAS-SAINT-LAURENT ³¹	Lorsque des services du CISSS ont pu être impactés directement ou indirectement par le sinistre, il faut alors s'assurer de la restauration des services du CISSS.
LES SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE	■ Les soins offerts aux personnes hospitalisées ■ Les soins de santé de première ligne ■ Les soins à domicile ■ Les services spécialisés et surspécialisés (traumatologie, grand brûlé, etc.) ■ Les services de réadaptation physique ■ Etc.
LA SANTÉ PUBLIQUE	■ Vigie et surveillance ■ Mesures de contrôle et de protection ■ Santé environnementale ■ Etc.
LES SOINS ET LES SERVICES SOCIAUX PARTICULIERS	Prise en charge des personnes sinistrées qui ont été évacuées et relocalisées, dont la condition nécessite des services adaptés spécifiquement à leur incapacité et à leur vulnérabilité (personnes en convalescence, déficientes, malades chroniques, etc.).

³¹ Voir Section 11 : Le volet maintien des activités.

LE RÉTABLISSEMENT PSYCHOSOCIAL³²	■ Évaluation macro et microsociale ■ Impacts sociocommunautaires, interpersonnels et psychologiques ■ Les activités de relance (« outreach ») ■ Les interventions psychosociales de rétablissement (IPR) ■ Etc.
LES COMMUNICATIONS	■ Aux victimes et à leurs proches ■ Aux partenaires internes et externes ■ Aux médias ■ À la population ■ Vigie médiatique ■ Arrimage avec la Mission communication ■ Etc.
MATÉRIEL ET INFRASTRUCTURE	■ Locaux ■ Système informatique et téléphonique ■ Etc.

14.6 LES INDICATEURS PERMETTANT DE DÉTERMINER LES INTERVENTIONS À PRIVILÉGIER

- **Pertinence** : Les actions privilégiées correspondent à des besoins répandus et touchent soit la communauté entière ou soit un groupe spécifique bien identifié.
- **Efficacité** : Les actions identifiées sont simples, efficaces et facilement réalisables dans les conditions actuelles. Les résultats seront rapidement remarqués par les personnes concernées.
- **Efficience** : Le rapport entre l'efficacité des actions et les coûts en termes de ressources financières, matérielles et humaines. Bref, ce qui est le plus efficace avec le moins de ressources possible.
- **Acceptabilité** : Les actions prévues sont acceptables tant pour sa propre organisation que pour les personnes sinistrées, leurs proches, les partenaires, les personnes ciblées, les leaders du milieu que pour la population dans son ensemble.
- **Pérennité** : Le résultat des actions prévues se maintiendra dans le temps.

³² Voir Malenfant, Pierre-Paul, *Le rétablissement psychosocial*, module 7, document de travail, MSSS, 2013.

SECTION 15

LE BOTTIN DES RESSOURCES ET ENTENTES DE SERVICE

15. LE BOTTIN DES RESSOURCES ET ENTENTES DE SERVICE	159
15.1 Les ressources internes	159
15.2 Les ressources externes	159
15.3 Les ententes de services.....	160

15. LE BOTTIN DES RESSOURCES ET ENTENTES DE SERVICE

L'accès à des ressources en situation de sinistre revêt un caractère de la plus haute importance. Le CISSS du Bas-Saint-Laurent a accès à plusieurs ressources internes et il doit également pouvoir compter sur des ressources externes. La constitution et la mise à jour des bottins relèvent de la responsabilité de chacun des comités locaux de sécurité civile et mesures d'urgence du CISSS du Bas-Saint-Laurent. En effet, c'est l'instance locale qui connaît le mieux les ressources disponibles dans son territoire.

Des ententes de service avec certaines ressources externes sont également possibles.

Le bottin des ressources des comités locaux de sécurité civile et mesures d'urgence-Mission santé est disponible dans le dossier commun et dans la valise de garde du Service régional de sécurité civile et mesures d'urgence du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Il comprend notamment les listes suivantes :

15.1 LES RESSOURCES INTERNES

- Comité de direction du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Comité régional de sécurité civile et mesures d'urgence-Mission santé du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Comité local de sécurité civile et mesures d'urgence-Mission santé de Kamouraska;
- Comité local de sécurité civile et mesures d'urgence-Mission santé de Rivière-du-Loup;
- Comité local de sécurité civile et mesures d'urgence-Mission santé de Témiscouata;
- Comité local de sécurité civile et mesures d'urgence-Mission santé des Basques;
- Comité local de sécurité civile et mesures d'urgence-Mission santé de Rimouski-Neigette;
- Comité local de sécurité civile et mesures d'urgence-Mission santé de La Mitis;
- Comité local de sécurité civile et mesures d'urgence-Mission santé de La Matanie;
- Comité local de sécurité civile et mesures d'urgence-Mission santé de La Matapédia;
- Service régional de sécurité civile et mesures d'urgence-Mission santé du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Comité de coordination opération tempête du CISSS du Bas-Saint-Laurent;

15.2 LES RESSOURCES EXTERNES

- Liste des services d'urgence :
 - Sûreté du Québec;
 - Services incendies;
 - Entreprises ambulancières.
- Membres de l'ORSC du Bas-Saint-Laurent;
- Liste des coordonnateurs régionaux de sécurité civile et mesures d'urgence-Mission santé du Québec;
- Liste des médias;
- Liste des transports par autobus;
- Liste des fournisseurs significatifs de biens et services (eau, etc.);
- Etc.

15.3 LES ENTENTES DE SERVICE

Dans le cadre de ses activités courantes, le CISSS a déjà établi des ententes de service avec des partenaires de la communauté. Il est souhaitable que ces ententes prévoient des dispositions particulières en cas de sinistre.

Par ailleurs, il peut être nécessaire d'établir des ententes spécifiques en cas de sinistres majeurs. Il peut s'agir notamment d'ententes sur la mise à l'abri ou la relocalisation de clientèles évacuées lors d'un sinistre.

Voici les éléments essentiels à considérer dans le cadre des ententes de service en cas de sinistre :

Tableau 14 : Exemple de liste des partenaires et des services offerts en cas de sinistre

PARTENAIRES	SERVICES OFFERTS	INCIDENCE EN CAS DE SINISTRE
Commission scolaire Contact : Tél. : Cell. : Courriel :	- Disponibilité de locaux spacieux dans les écoles	- Mise à l'abri de personnes évacuées d'un CHSLD
Centre d'action bénévole Contact : Tél. : Cell. : Courriel :	- Popote roulante - Soutien en AVD - Transport bénévole	- Soutien de bénévoles
Etc.	-	-

SECTION 16

L'APPROPRIATION, SUIVI ET MISE À JOUR DU PRSC-MS

16. L'APPROPRIATION, SUIVI ET MISE À JOUR DU PRSC-MS.....	162
16.1 Le plan de travail et le rapport annuel en sécurité civile du CISSS du Bas-Saint-Laurent.....	162
16.2 Les réunions des comités impliqués en sécurité civile.....	163
16.3 Le programme de formation en sécurité civile	163
16.4 Le maintien de l'intérêt des employés en regard de la sécurité civile.....	164
16.5 Les exercices de sécurité civile.....	165
16.6 La mise à jour et révision du PRSC-MS	165
16.7 Les débriefages opérationnels.....	166
16.8 Le rapport d'événement.....	167

16. L'APPROPRIATION, SUIVI ET MISE À JOUR DU PRSC-MS

Afin d'assurer un déploiement efficace des services prévus à la Mission santé lorsque survient un sinistre, le PRSC-MS doit nécessairement être accompagné de mécanismes d'appropriation, de suivi et de mise à jour. À cet égard, il est souhaitable que tous les gestionnaires, les intervenants et les employés du CISSS du Bas-Saint-Laurent connaissent le contenu du plan régional.

Par ailleurs, ceux qui ont des responsabilités particulières doivent maîtriser les concepts, les processus, ainsi que les rôles et responsabilités dévolus à la Mission santé. L'appropriation du plan s'inscrit pleinement dans les activités de préparation du CISSS du Bas-Saint-Laurent en regard de la sécurité civile.

Les membres du comité régional de sécurité civile et mesures d'urgence du CISSS du Bas-Saint-Laurent (coordonnateur régional, responsables de volet, etc.) ont la responsabilité de s'assurer que le présent plan, ainsi que les documents afférents, demeurent opérationnels et à jour. Cette responsabilité est partagée avec les membres des comités locaux de SC-MU et les équipes de volets.

On retrouvera dans cette section plusieurs mécanismes en soutien au processus d'appropriation, de suivi et de mise à jour du PRSC-MS.

16.1 LE PLAN DE TRAVAIL ET LE RAPPORT ANNUEL EN SÉCURITÉ CIVILE DU CISSS DU BAS-SAINT-LAURENT

Le comité régional de sécurité civile et mesures d'urgence du CISSS du Bas-Saint-Laurent doit établir un plan de travail annuel en lien avec les responsabilités de l'établissement en matière de sécurité civile. En plus de prévoir la tenue de réunions, de formations et d'exercices, cette planification permet d'identifier les priorités et les travaux à réaliser pour l'année : activités d'information et de sensibilisation, révision de certains éléments du plan, activités d'appropriation, livrables prévus aux ententes de gestion et d'imputabilité attendus par le MSSS, etc.

Pour sa part, la production d'un rapport annuel permet de faire le bilan des activités réalisées et d'établir les priorités.

16.2 LES RÉUNIONS DES COMITÉS IMPLIQUÉS EN SÉCURITÉ CIVILE

Dans le domaine de la sécurité civile et des mesures d'urgence, les actions reposent principalement sur le travail d'équipe. Afin d'assurer un fonctionnement optimal, les comités de coordination en sécurité civile (régional et locaux) ainsi que les équipes de volets doivent se réunir pour traiter les éléments relevant de leurs responsabilités respectives.

La tenue régulière de réunions constitue une bonne façon de garder le dossier sécurité civile actif. Une fréquence de trois (3) à quatre (4) réunions par année peut être suffisante en situation normale et être modulée en fonction des activités et des événements. La préparation des ordres du jour et la tenue des comptes rendus permettent aux membres de se donner des mandats et de faire rapport de leurs activités en lien avec le PRSC-MS. Chaque responsable de volet doit compter sur une équipe de volet pour mener à bien ses activités.

Par ailleurs, la tenue de réunions de la Table régionale de SC-MU, rassemblant les membres du Comité régional de coordination en SC-MU du CISSS du Bas-Saint-Laurent et de l'ensemble des coordonnateurs locaux de SC-MU³³, permet de :

- Échanger sur les travaux et les activités en cours dans les installations de la région et dans les autres régions du Québec;
- Faire un retour sur les événements et d'apprendre de l'expérience des autres;
- Traiter des dossiers qui permettent d'améliorer le niveau de préparation du réseau régional;
- Connaître les orientations régionales et ministérielles en regard du dossier SC.

Il peut découler de ces réunions des éléments de bonification et de mise à jour du PRSC-MS.

16.3 LE PROGRAMME DE FORMATION EN SÉCURITÉ CIVILE³⁴

Tout plan de sécurité civile doit être accompagné d'un programme de formation. Le Service régional de sécurité civile et mesures d'urgence du CISSS du Bas-Saint-Laurent, en concertation avec les membres de la Table régionale de coordination doit élaborer un plan de formation en fonction de ses besoins et du niveau de préparation de l'ensemble de ses composantes du PRSC-MS.

³³ Il s'agit de la Table régionale de coordination en SC-MU-Mission santé du CISSS du Bas-Saint-Laurent qui se réunit de deux (2) à trois (3) fois par année, en situation normale.

³⁴ En plus des formations en sécurité civile, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a également un programme de formation sur les mesures d'urgence (codes de couleur).

Voici certaines formations qui s'inscrivent dans le processus d'appropriation du PRSC-MS :

- *La gestion de la Mission santé*, pour les membres du comité régional, des comités locaux de SC-MS et du comité de direction du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- *La gestion du volet psychosocial*, pour les responsables du volet psychosocial;
- *L'intervention psychosociale en contexte de sinistre*, pour les responsables et intervenants du volet psychosocial.

De plus, le MSP offre une formation en ligne pour les partenaires de la sécurité civile (*Initiation à la sécurité civile*), accessible sur Internet au : <https://formation.centrerisc.com/mod/formation/inscription.zul?idCours=AKA1E0D36C322A9E75AAKA>

16.4 LE MAINTIEN DE L'INTÉRÊT DES EMPLOYÉS EN REGARD DE LA SÉCURITÉ CIVILE

Considérant que les sinistres sont plutôt rares dans notre région, il peut être difficile de maintenir le niveau de connaissance et d'intérêt pour le dossier de la sécurité civile; ce qui, par le fait même, peut affecter le niveau de préparation de l'établissement. La routine quotidienne et les autres dossiers prioritaires à traiter peuvent aussi prendre le dessus sur celui de la préparation. Certaines croyances peuvent également s'installer : « *ça n'arrive qu'aux autres...* », « *si un sinistre arrive, on saura bien se débrouiller...* », etc.

Pour contrer cette tendance, on doit faire preuve de dynamisme et de créativité afin d'offrir des activités qui permettent de maintenir l'intérêt pour le dossier. Par exemple :

- Capsules d'information dans l'Intranet et dans les différentes publications (En mouvement, etc.);
- Programme annuel d'information, comprenant des thèmes à traiter régulièrement;
- Courte séance d'information lors de réunions d'équipe ou d'instances officielles du CISSS;
- Formation sur des consignes à suivre en cas de sinistre;
- Partage d'information sur un événement survenu ailleurs, pour lequel on peut tirer des apprentissages pour la région;
- Séance de rétroaction à la suite d'un incident critique ou d'un sinistre;
- Tenue d'exercices ou de simulations;
- Participation à des activités régionales ou nationales : La Semaine en prévention des incendies, la Semaine de la sécurité civile, la « Grande secousse », le Forum annuel Mission santé, autres colloques, etc.;
- Etc.

16.5 LES EXERCICES DE SÉCURITÉ CIVILE

Rien de mieux qu'un exercice pour intégrer les connaissances et mettre à l'essai le PRSC-MS. Nous pouvons distinguer quatre (4) types d'exercices :

- NIVEAU 1 : Exercice de table, plutôt théorique, impliquant uniquement l'une ou l'autre des composantes du PRSC-MS;
- NIVEAU 2 : Exercice de table, plutôt théorique, impliquant d'autres acteurs de la sécurité civile, comme l'ORSC, une OMSC, etc.;
- NIVEAU 3 : Simulation en temps réel, plutôt pratique, impliquant uniquement l'une ou l'autre des composantes du PRSC-MS, par exemple simulation de déploiement d'un code orange, d'un Centre local de coordination, etc.;
- NIVEAU 4 : Simulation en temps réel, sur le terrain, impliquant la Mission santé et d'autres acteurs de la sécurité civile (autres missions, ORSC, OMSC, CAUREQ, etc.). Par exemple, simulation d'un accident impliquant de nombreux blessés et des matières toxiques.

Tout comme il est prévu des exercices d'incendie (code rouge) et d'évacuation (code vert) dans le cadre des mesures d'urgence des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent (sinistre interne), il est nécessaire de tenir des exercices en sécurité civile (sinistre externe). Ces exercices permettent aux différents intervenants d'améliorer leurs connaissances et leur savoir-faire, tout en offrant une expérience pratique.

Par exemple :

- Exercice de table, à partir d'un scénario inspiré d'un risque pouvant se réaliser dans la région;
- Exercice de mise en alerte;
- Simulation d'un Code orange;
- Exercices de l'ORSC ou d'une OMSC;
- Exercice de déploiement d'un Centre de coordination;
- Simulation d'une contamination ou pénurie d'eau;
- Etc.

16.6 LA MISE À JOUR ET RÉVISION DU PRSC-MS

Le maintien de la qualité du PRSC-MS repose en partie sur le processus entourant sa mise à jour et sa révision. En termes d'échéancier, il est recommandé :

- Mise à jour : à faire au fur et à mesure des changements mineurs apportés au PRSC-MS;
- Révision : à faire aux deux ans, à la lumière des événements, exercices, formations, colloques, forums, politiques, orientations, règlements, directives, etc.

Cette démarche relève de la responsabilité du coordonnateur régional, qui doit compter sur la collaboration des principaux acteurs du CISSS du Bas-Saint-Laurent en la matière.

16.7 LES DÉBREFFAGES OPÉRATIONNELS

À la suite d'un événement ayant occasionné le déploiement du PRSC-MS, ou d'une de ses composantes, il est indiqué de tenir des activités de débriefage opérationnel avec les acteurs impliqués. La réalisation de ce type d'activité relève du coordonnateur en sécurité civile concerné. Il est souhaitable que le comité de gestion stratégique, le comité de coordination, les équipes de volets ainsi que les autres gestionnaires ou intervenants impliqués lors d'un événement tiennent des activités de débriefage opérationnel.

Il est également possible d'organiser ce type d'activité avec des partenaires externes qui seraient venus porter main-forte au CISSS du Bas-Saint-Laurent. De plus, le CISSS peut être sollicité pour participer à des activités de débriefage opérationnel avec l'ORSC, une OMSC, etc.

Les objectifs de ces rencontres sont :

- Identifier les aspects positifs des opérations;
- Identifier les aspects qui devront être améliorés (erreurs, omissions, lacunes, difficultés, etc.);
- Colliger les informations en prévision de la rédaction du rapport d'événement;
- Recueillir les éléments en prévision de la révision du PRSC-MS;
- Remercier officiellement les gestionnaires, les intervenants et, s'il y a lieu, les partenaires pour leurs précieuses contributions au déroulement des opérations.
- Etc.

Voici les grandes lignes d'une activité de débriefage opérationnel à la suite d'un événement majeur³⁵ :

- La réception de l'alerte;
- La mise en alerte des acteurs clés du PRSC-MS;
- Les services préhospitaliers d'urgence;
- La réception massive de blessés à l'urgence (code orange);
- Le déploiement des soins de santé de première ligne;
- Le déploiement du volet psychosocial;
- Le déploiement du volet soins et services sociaux particuliers;
- Le déploiement du volet santé publique;
- Les activités de communication;
- Le volet maintien des activités;
- Le soutien logistique;
- Le déploiement et le fonctionnement du Centre de coordination, et, s'il y a lieu, du PC-Santé;
- La liaison avec les partenaires internes et externes;
- Etc.

³⁵ Pour les incidents critiques ou les événements mineurs, il s'agit de se pencher uniquement sur les éléments pertinents.

16.8 LE RAPPORT D'ÉVÉNEMENT

La production du rapport d'événement constitue la meilleure façon de colliger toutes les informations relatives aux opérations menées par le CISSS dans le cadre de la Mission santé. Il s'inscrit dans le processus de reddition de comptes de l'établissement.

Ce rapport peut intéresser les membres du CA et les autres instances du CISSS, le MSSS, les ordres professionnels, l'ORSC, l'OMSC, etc., sans oublier une éventuelle commission d'enquête, que peut instituer le gouvernement à la suite d'un événement majeur.

En termes de contenu, en plus d'une description chronologique de l'événement et des opérations menées par le CISSS, un rapport d'événement contient les principaux éléments découlant des activités de débriefage opérationnel (voir section 16.7).

SECTION 17

LE SOUTIEN AUX INTERVENANTS³⁶ ET AUX GESTIONNAIRES IMPLIQUÉS

17. LE SOUTIEN AUX INTERVENANTS ET AUX GESTIONNAIRES IMPLIQUÉS.....	169
17.1 Les impacts d'un sinistre sur les intervenants et les besoins de soutien.....	169
17.2 Le soutien aux intervenants dans la gestion de leur stress.....	170
17.3 Que faire lorsque des intervenants du CISSS du Bas-Saint-Laurent sont eux-mêmes impactés par le sinistre	171
17.4 Tenir compte de l'influence de l'organisation du travail sur le stress des intervenants	171
17.5 Les ressources d'aide disponibles	173
17.6 Les activités de reconnaissance	173
17.7 Les activités d'évocation et de commémoration	173

³⁶ Afin d'alléger le texte, l'appellation « intervenant » désigne également les gestionnaires, les médecins, les professionnels, les techniciens, les employés de bureau et de soutien, etc.

17. LE SOUTIEN AUX INTERVENANTS ET AUX GESTIONNAIRES IMPLIQUÉS

Il est démontré qu'un sinistre a des impacts sur l'équilibre biopsychosocial des intervenants et des gestionnaires, tout comme chez les personnes sinistrées. Les réactions peuvent se faire sentir au plan physique, cognitif, émotionnel et comportemental, et ce, en fonction de l'ampleur et de la nature de l'événement et dans certains cas, du niveau d'exposition à l'aléa ou des pertes subies.

Le CISSS doit se préoccuper de cette question et offrir le soutien requis aux intervenants et aux gestionnaires impliqués lors d'un sinistre ou d'une tragédie majeure. Cette préoccupation s'inscrit dans une perspective de prévention et de réduction des impacts du sinistre sur la santé physique, psychique et sur le fonctionnement social de ces acteurs clés du CISSS.

17.1 LES IMPACTS D'UN SINISTRE SUR LES INTERVENANTS ET LES BESOINS DE SOUTIEN

Aucun intervenant ne peut prétendre être à l'abri des impacts d'un sinistre. En effet, mettre de côté ses tâches habituelles, s'investir dans les opérations dévolues à la Mission santé, tout en fonctionnant dans un nouveau mode de gestion, exige des habiletés particulières et une bonne capacité d'adaptation. Les longues journées de travail, exécutées dans un contexte d'urgence, marquées par une forte incertitude et par d'innombrables besoins à combler, peuvent générer de la fatigue et du stress chez les intervenants.

Bien que nous n'ayons pas d'influence sur les facteurs qui relèvent de l'aléa lui-même (ampleur, durée, morbidité, mortalité, dévastation matérielle, etc.), il en est autrement des facteurs appartenant à l'intervenant (formation, attitudes, capacités d'adaptation, mécanismes de protection, hygiène de vie, etc.) et à l'organisation du travail (horaire de travail, chaîne de commandement, etc.).

Devant le fait que les intervenants ont tendance à minimiser leurs propres réactions, le CISSS doit être proactif pour les soutenir : soutien dans la gestion du stress et par la mise en place de conditions de travail propres au contexte particulier de la sécurité civile.

17.2 LE SOUTIEN AUX INTERVENANTS DANS LA GESTION DE LEUR STRESS

Chaque intervenant a la responsabilité de voir à l'application de ses propres mécanismes d'autoprotection, tant en phase préparation, intervention que lors du rétablissement. Cette approche d'autosoins, concerne plusieurs dimensions: l'alimentation, l'hygiène du sommeil, les techniques de relaxation, la gestion des activités de la vie domestique (AVD), le dialogue intérieur, l'entretien de l'esprit d'équipe, les attitudes constructives, etc.

De son côté, le CISSS peut jouer un rôle de soutien en favorisant, d'une part, la mise en place de certains mécanismes de soutien aux intervenants et, d'autre part, par l'implantation de conditions de travail qui tiennent compte du contexte particulier de la sécurité civile.

Voici certaines mesures que peut mettre en place le CISSS pour soutenir les intervenants :

- **L'INFORMATION** : Il est reconnu que l'information agit comme un « antidote » face au chaos, à l'incertitude et aux rumeurs. En plus de contribuer au processus d'adaptation des intervenants, l'information leur permet également de mieux jouer leurs rôles; d'où l'importance de bien faire circuler l'information;
- **LA SUPERVISION** : Appliquée au contexte de la sécurité civile, la supervision permet de soutenir les intervenants dans les dimensions personnelles et professionnelles de leur implication;
- **LA CO-PROTECTION** : Consiste à jumeler deux intervenants, qui auront comme préoccupation de se soutenir mutuellement;
- **LE DÉSAMORÇAGE** : Communément appelée « defusing », cette technique consiste à réunir rapidement des intervenants qui ont été exposés à un incident critique dans le cadre de leur intervention. Elle permet de réduire l'intensité des réactions et de prendre du recul sur la situation;
- **LA DÉMOBILISATION** : D'une durée de 20 à 30 minutes, une séance de démobilisation permet de faire la transition entre un épisode d'intervention et le retour à la routine ou à la maison. Elle offre une occasion aux intervenants de se rassembler à la fin d'un quart de travail pour faire le point et de laisser derrière eux le fardeau de la journée;
- **LA SÉANCE D'INFORMATION PSYCHOSOCIALE (SIP)** : Disponible par le biais du volet psychosocial, la SIP offre l'occasion à un groupe d'intervenants de se rencontrer dans les jours suivants la survenue de l'événement. Animée par deux intervenants psychosociaux et reposant sur une approche psychoéducative, la SIP permet de faire le point sur la situation, de partager sur la normalité des réactions ressenties et de recevoir de l'information de nature psychosociale, dont des conseils sur la gestion du stress. Elle constitue également une occasion de repérer et de soutenir les intervenants qui peuvent manifester des difficultés d'adaptation.

17.3 QUE FAIRE LORSQUE DES INTERVENANTS DU CISSS DU BAS-SAINT-LAURENT SONT EUX-MÊMES IMPACTÉS PAR LE SINISTRE

Il se peut que des intervenants du CISSS soient eux-mêmes directement impactés par un sinistre. En pareille circonstance, on doit d'abord prioriser leurs besoins, en tant que victimes du sinistre et leur offrir le soutien requis.

Dans le cadre du soutien offert, on doit déterminer leur disposition à intervenir. À cet effet, l'expérience démontre que plusieurs intervenants ne veulent, pour aucune considération, être retirés de leurs fonctions et préfèrent continuer à intervenir même s'ils sont eux-mêmes touchés.

Il revient à chacun des intervenants de porter une attention particulière à ses réactions de stress et de déterminer sa disposition à poursuivre son implication dans les circonstances. On comprendra que plus le niveau d'atteinte est important, par exemple lors de pertes importantes, du décès ou de blessures graves à un proche, etc., moins l'intervenant est apte à intervenir efficacement.

Pour sa part, l'organisation doit porter une attention particulière afin de soutenir ces intervenants, offrir des conditions d'intervention qui respectent leurs conditions de sinistré et vérifier continuellement leur disposition à poursuivre. On pourrait par exemple, leur confier des tâches plus administratives, éviter les contacts avec les personnes sinistrées ou des lieux les plus touchés, etc.

17.4 TENIR COMPTE DE L'INFLUENCE DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL SUR LE STRESS DES INTERVENANTS

Il est reconnu que l'organisation du travail peut influencer le niveau de stress des intervenants, d'où l'importance pour le CISSS de s'assurer que les conditions³⁷ dans lesquelles opèrent les intervenants tiennent compte du niveau de stress généré par le sinistre et les exigences de la situation.

En plus de l'autoprotection et de la disponibilité des mécanismes de soutien, certains éléments touchant l'organisation du travail peuvent également être considérés. Par exemple :

- Tenir compte de la motivation et de la disposition personnelle et professionnelle des intervenants. Dans la mesure du possible, favoriser une implication volontaire des intervenants;
- Offrir aux intervenants, au début de l'intervention et régulièrement par la suite, selon les besoins, une courte formation, de type breffage, qui leur permet de connaître l'état de la situation, les mesures mises en place, le fonctionnement organisationnel, les attentes à leurs égards et les mécanismes de soutien disponibles;
- Évaluer continuellement le niveau de fonctionnement et les besoins des équipes déployés;

³⁷ Malgré le contexte particulier d'un sinistre, les conditions prévues aux ententes collectives s'appliquent quand même.

- Établir une chaîne de commandement claire et une gestion dynamique qui s'appuie autant sur le travail d'équipe que sur un modèle de gestion de type « *Top Down-Buttom up* », lorsque nécessaire;
- Faire preuve d'un leadership proactif qui s'appuie sur le professionnalisme et l'expertise des intervenants;
- Définir clairement le rôle, les responsabilités et les tâches attendus de chacun des intervenants. Éviter de donner un trop grand nombre de tâches en même temps;
- Faire la rotation des tâches en tenant compte du niveau de stress exigé, entre ce qui demande peu, moyennement ou beaucoup d'engagement de l'intervenant;
- Fournir les ressources matérielles, les outils et les moyens de communication nécessaires à la bonne marche des opérations;
- Éviter les tracasseries administratives, qui peuvent être perçues comme bureaucratiques;
- Limiter les horaires de travail à un maximum de 12 heures par jour, entrecoupées de pauses et de périodes de repas. Si l'intervention se prolonge, accorder des congés qui permettent aux intervenants de se reposer suffisamment; par exemple, des congés de deux jours consécutifs;
- Voir à ce que les intervenants puissent avoir un lieu de repos tranquille, à l'abri du bruit, de la circulation et des personnes sinistrées. S'assurer qu'ils peuvent s'alimenter convenablement, qu'ils aient accès aux installations sanitaires et, s'ils ne peuvent retourner à la maison, à un lieu pour dormir;
- S'assurer que les intervenants puissent se déplacer en toute sécurité (au besoin, faire appel à la Mission sécurité et à la Mission transport);
- Soutenir les intervenants, demeurer disponible et régler les problèmes avant qu'ils ne s'accumulent;
- Retirer un intervenant³⁸ dont le niveau de stress crée un dysfonctionnement majeur au sein de l'organisation. On peut également lui assigner des tâches adaptées à sa condition;
- S'assurer que les intervenants puissent garder contact avec leur supérieur ou le superviseur;
- Favoriser le maintien de contacts entre l'intervenant et ses proches;
- Encourager, reconnaître et souligner le travail réalisé et les bons coups;
- Garder toujours à l'esprit le bien-être des intervenants.

³⁸ Il est souhaitable qu'une politique, connue de tous, encadre ce processus exceptionnel de retrait.

17.5 LES RESSOURCES D'AIDE DISPONIBLES

Alors que la plupart des intervenants sont en mesure de composer avec les impacts de l'événement, certains peuvent par ailleurs avoir plus de difficultés, et ce, pour différentes raisons : deuil à la suite des pertes subies, exposition traumatique pouvant induire un état de stress aigu ou post-traumatique, « traumatisation secondaire », épuisement, etc.

Des ressources d'aide sont alors disponibles:

- **Les services psychosociaux du CISSS du Bas-Saint-Laurent** : Chaque installation du CISSS dispose de sa propre équipe du volet psychosocial habilitée à intervenir lors d'un sinistre. Cette équipe, qui est entre autres composée de psychologues et de travailleurs sociaux, peut aider les intervenants à composer avec les effets du sinistre. Cependant, pour des considérations éthiques et cliniques, il peut être nécessaire de recourir aux services psychosociaux d'une autre installation du réseau régional;
- **Les Programmes d'aide aux employés (PAE)** : Il s'agit d'un service confidentiel de soutien psychosocial, disponible par le biais d'une firme externe, qui a le mandat d'offrir le soutien aux employés qui en font la demande. Avant d'avoir recours au PAE en pareille circonstance, il est important de s'assurer que le PAE possède l'expertise nécessaire dans le domaine des sinistres et que les professionnels du PAE ne connaissent pas les intervenants impactés;
- **Le réseau des veilleurs du CISSS du Bas-Saint-Laurent** : Plusieurs gestionnaires sont reconnus comme veilleurs au sein de notre organisation et sont appuyés par les responsables de ce programme sous la responsabilité de la Direction des ressources humaines.

17.6 LES ACTIVITÉS DE RECONNAISSANCE

Maintenant considérée comme une source importante de satisfaction chez les employés d'une organisation, la reconnaissance des personnes, de leur travail et de leur apport à l'organisation doit être une préoccupation constante de l'organisation. Les activités de reconnaissance peuvent se tenir de façon périodique, lors de moments importants et surtout à la fin des interventions. Cette reconnaissance peut se faire par le biais d'une activité sociale, d'articles dans les journaux ou dans le bulletin de l'organisation, d'un courriel envoyé aux intervenants, d'exposition de photos, etc. Bien que les intervenants ne l'expriment pas ouvertement, ils ont besoin de valorisation suite au travail accompli. Il s'agit d'un moyen qui permet de souligner l'implication des intervenants, de soutenir la solidarité et de renforcer la résilience de l'organisation.

17.7 LES ACTIVITÉS D'ÉVOCATION ET DE COMMÉMORATION

Dans le cas où l'organisation ou des intervenants auraient pu être touchés sévèrement par le sinistre (destruction, perte matérielle, blessures, décès, etc.), il est important de tenir des activités évoquant la mémoire de l'événement et des victimes, s'il y a lieu. Les activités d'évocation et les rituels qui les accompagnent, favorisent une meilleure intégration de l'événement et contribuent au processus de deuil.

ANNEXE 1 : DOCUMENT DE RÉFLEXION POUR LE COMITÉ RÉGIONAL DE SÉCURITÉ CIVILE-MISSION SANTÉ

Introduction

Dans le contexte d'une urgence extrême ou d'un sinistre majeur, les responsables de la sécurité civile qui œuvrent en santé doivent coordonner la prise de décisions cruciales sur la priorité des soins et services à assurer. Ces décisions doivent être fondées sur des valeurs et des aspects procéduraux qui soutiennent les délibérations et les décisions.

Le CÉCO est sollicité pour proposer des recommandations sur le contenu éthique et procédural d'une section du Plan régional de sécurité publique – Mission santé qui aura pour objectif de structurer la prise de décision entourant l'ordre de priorité des soins et services en cas d'urgence ou de sinistre majeur, et de mettre en place un cadre rigoureux pour la communication des résultats.

Pour compléter ce contenu, des rencontres préalables ont eu lieu avec le responsable régional de la sécurité civile. Un sous-comité de travail a soutenu l'élaboration du document. Voici la liste des personnes qui ont participé aux échanges :

- Maxime Boucher, conseiller cadre qualité, éthique et partenariat, Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance, de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation;
- Bruno Leclerc, conseiller externe, professeur universitaire retraité en éthique;
- Catherine Turgeon-Pelchat, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de la santé publique;
- Karen Smith, adjointe au directeur, Direction du programme d'hébergement longue durée.

Le document se décline en cinq (5) sections :

- **Section 1** : Le cadre éthique et les principales valeurs en cause dans la prise de décision;
- **Section 2** : L'importance de confier les décisions de priorisation à un comité dûment constitué;
- **Section 3** : L'exigence de la communication des décisions auprès de l'ensemble des parties prenantes;
- **Section 4** : Propose un guide de réflexion pour la prise de décision;
- **Section 5** : Quelques paramètres de l'évaluation et du suivi en continu.

1. Cadre éthique pour la prise de décision

Un protocole de priorisation en cas de sinistre ou de situation d'urgence, par définition, bouleverse le déploiement des ressources conventionnelles et l'accès aux soins et services. Ce protocole ne vise pas à déterminer qui recevra ou non des soins ou des services. **Tous les usagers seront soignés ou recevront des services.** Chaque être humain mérite le respect et la compassion; tous les besoins seront pris en compte. Toutefois, cela ne signifie pas que tous les patients recevront des soins et services au même moment, de même niveau et de même intensité. Ceux qui ne seront pas traités dans l'immédiat ne seront pas abandonnés; ils continueront à recevoir d'autres soins ou services, les plus appropriés à leur état, selon les possibilités dans le contexte.

1.1 Valeurs éthiques

Les décisions sur la priorisation des soins et services doivent reposer sur des valeurs éthiques largement acceptées et partagées. Ces valeurs, bien qu'en apparence consensuelles, peuvent entrer en conflit lorsqu'il s'agit de les appliquer concrètement. L'une des tensions les plus marquantes réside dans l'opposition entre la sécurité ou la survie du plus grand nombre, et les besoins ou droits des individus. Cette tension provoque des dilemmes éthiques pour les décideurs et les intervenants, qui doivent arbitrer entre des valeurs comme l'équité, l'utilité, la justice sociale et le respect des droits individuels. D'où la nécessité d'un examen rigoureux et nuancé afin de déterminer, selon les circonstances, comment pondérer ces valeurs de manière juste et humaine.

Voici les valeurs essentielles à considérer :

- **Dignité humaine** : Le principe de dignité humaine repose sur l'idée que chaque être humain possède une valeur intrinsèque et inaliénable, en raison de son appartenance à l'humanité. Ce principe reconnaît que chaque personne mérite d'être traitée avec respect, indépendamment de ses caractéristiques personnelles, sociales, ou des circonstances;
- **Autonomie et liberté individuelle** : Il est primordial de respecter l'autonomie et la liberté individuelle des individus, en leur permettant de prendre des décisions libres et éclairées. Cependant, dans des contextes d'urgence extrême, des limitations peuvent survenir afin de répondre à des besoins prioritaires ou de protéger la collectivité contre des atteintes graves. La **transparence** dans la prise de décision et la communication auprès des individus et de la population deviennent primordiales;
- **Protection du public contre les préjudices** : Les autorités de santé ont l'obligation de protéger le public contre tout préjudice sérieux, notamment en réduisant au minimum les maladies graves, les décès et les perturbations sociales;
- **Égalité, équité et justice** : Toutes les personnes ont droit sur un pied d'égalité de recevoir les services et les soins de santé dont ils ont besoin. Cela peut ne pas être possible en cas de sinistres ou de mesures d'urgence extrêmes. Dans ces circonstances, les décideurs veilleront à une répartition équitable des avantages et des charges :
 - En s'efforçant de préserver autant d'équité que possible entre les besoins des usagers souffrant de la situation d'urgence et ceux des autres usagers en attente de soins et services, qu'ils soient urgents ou non;
 - En établissant des processus/règles de décision justes et équitables;
- **Obligation de fournir des soins** : Les travailleurs de la santé ont le devoir éthique de fournir des soins et de soulager, à la hauteur des moyens disponibles;
- **Réciprocité** : La société a la responsabilité éthique de soutenir ceux qui sont confrontés à une charge disproportionnée dans la protection du bien public. Pendant un sinistre ou une mesure d'urgence extrême, les travailleurs de la santé pourraient souffrir de stress physique et émotionnel. Les organisations de soins de santé ont l'obligation de leur fournir un soutien approprié durant et après la période d'urgence;
- **La confiance** : La confiance est un élément essentiel de la relation entre les responsables des prises de décisions, les travailleurs et la population. Pour maintenir la confiance, les décideurs doivent veiller à ce que les processus décisionnels soient éthiquement justifiés, cohérents et transparents;

- **La solidarité** : Cette valeur encourage les décideurs et les intervenants à mettre de côté les notions d'intérêt personnel ou de territorialité. La santé et le bien-être du grand public et des travailleurs de la santé méritent d'être protégés par des efforts coordonnés entre les parties prenantes.

2. Confier les décisions entourant l'ordre de priorisation des soins à un comité de priorisation

La gestion des priorités en matière de soins et de services de santé pendant une crise nécessite une approche rigoureuse et inclusive. Pour assurer une prise de décision juste et transparente, il est essentiel de faire appel à comité réunissant une diversité d'expertises.

La composition exacte du comité devra s'adapter à la nature des soins à prioriser. Les différents intervenants des comités prévus au Plan régional de sécurité civile-Mission santé, pourraient être interpellés, considérant toutefois que le comité de priorisation doit assurer une diversité de points de vue mais également prévoir un nombre de personnes qui permet une délibération éthique rigoureuse et une certaine agilité (5-7 personnes).

Dans tous les cas, des expertises médicales, en matière de gestion de crise et en santé publique seraient importantes.

De plus, nous suggérons l'implication d'une personne conseillère en éthique afin d'assurer que les décisions prises sont justifiées sur la base de valeurs partagées, au terme d'un processus de délibération rigoureux et transparent.

Enfin, un représentant de la communauté (municipalité ou MRC par exemple) et des populations vulnérables (patient ou citoyen-partenaire, représentant de regroupement d'organismes communautaires, organisateurs communautaires du CISSS par exemple) serait important afin d'assurer l'équité et la réponse adaptée aux besoins de ces groupes.

Les différentes personnes qui pourraient avoir à contribuer à un tel comité devraient être identifiées en amont et minimalement formées en ce sens.

3. Communication des décisions

3.1 Écoute et réceptivité

Une approche éthique implique au point de départ une attention aux préoccupations et aux besoins des individus et des groupes affectés par la crise. Les décisions doivent être communiquées avec compassion, en s'assurant que les personnes comprennent qu'elles sont traitées avec respect et dignité :

- **Écoute active** : Offrir des espaces pour poser des questions et exprimer des préoccupations;
- **Suivi** : Une fois la crise terminée, il est important d'assurer un suivi auprès des personnes touchées pour évaluer les impacts des décisions prises et ajuster les pratiques si nécessaire.

3.2 Transparence, honnêteté et clarté

Une des clés de la réussite d'une gestion de crise réside dans la transparence des décisions. Il est essentiel de communiquer clairement les critères de priorisation, les raisons des décisions prises et les valeurs qui ont guidé ces choix. Cette communication doit s'adresser :

- **Aux professionnels de la santé** et dispensateurs de services: Les décisions doivent être communiquées aux équipes de terrain, avec des explications claires sur les priorités et les actions à mener;
- **Aux usagers et leurs familles et au grand public** : Dans la meilleure mesure possible, la population et au premier chef les personnes affectées et leurs proches doivent être informés des raisons des décisions, afin de maintenir la confiance et de réduire la confusion qui peut s'installer en situation de crise.

3.3 Accessibilité de l'information

L'information doit être accessible à tous et rendue disponible dès que possible pour le personnel, les responsables de la sécurité civile, les médias et la population. Une attention doit être portée aux personnes les plus vulnérables et les plus touchées par la situation. Pour ce faire, il sera opportun de :

- Diffuser l'information par des moyens multiples (télévision, radio, réseaux sociaux, messages textes, sites Web) pour atteindre un large public;
- Mettre en place des points de contact pour répondre aux questions du public, y compris une ligne d'assistance téléphonique ou un centre d'information dédié;
- Fournir des mises à jour régulières, même lorsque la situation ne change pas immédiatement, pour éviter la confusion et les rumeurs;
- Adapter les messages en fonction de l'évolution de la situation et des nouvelles informations disponibles, en expliquant les nouvelles étapes prises.

4. Guide de réflexion pour le comité

Sans être un algorithme rigide, ces questions peuvent soutenir les réflexions du comité pour la priorisation des soins en situation de sinistre.

4.1 Quels sont les besoins urgents et les priorités immédiates?

- Quelles sont les ressources critiques (soins médicaux, alimentation, eau potable, etc.) à déployer en premier?
- Quels sont les impacts sur les autres soins et services? Quels compromis doivent être faits?
- Quels sont les personnes et les groupes touchés directement et indirectement par la situation d'urgence et comment prioriser leurs besoins?

4.2 Est-ce que les décisions respectent les principes de justice et d'équité?

- A-t-on bien équilibré les ressources disponibles pour qu'elles profitent aux personnes et aux groupes qui en ont le plus besoin?
- La répartition des ressources est-elle équitable entre les différentes personnes et communautés affectées?

4.3 Quelles sont les implications des décisions pour les groupes vulnérables?

- Les décisions prises dans cette situation d'urgence tiennent-elles compte de l'impact sur les personnes et les communautés vulnérables?
- Comment minimiser la souffrance ou les injustices envers les personnes ou les groupes déjà marginalisés ou dans des situations de précarité?

4.4 Comment respecter la dignité humaine tout en répondant à l'urgence?

- Les mesures d'urgence respectent-elles les libertés et les droits fondamentaux (droit à la liberté, à la sécurité, à la vie privée, etc.)?
- Les actions de santé publique et de sécurité respectent-elles le principe de proportionnalité (choisir les moyens les moins intrusifs possibles pour atteindre les objectifs)?

4.5 Quels sont les risques pour la sécurité des intervenants et des civils?

- Est-ce que les actions prises pour protéger la population civile prennent également en compte la sécurité des intervenants et des équipes de secours?
- Les décisions permettent-elles de maintenir un équilibre entre la sécurité et l'efficacité des interventions?

4.6 Les informations sont-elles transparentes et partagées de manière accessible?

- Est-ce que la population reçoit des informations claires, précises et utiles pour comprendre les décisions pendant l'urgence?
- Comment communiquer avec les personnes affectées de manière à leur donner les moyens d'agir pour leur propre sécurité?

4.7 Quelles sont les implications à long terme des décisions prises aujourd'hui?

- En prenant des mesures immédiates, a-t-on pensé aux conséquences à long terme sur la santé physique et mentale, l'environnement et la société?

4.8 Les décisions sont-elles basées sur les meilleures informations disponibles?

- A-t-on accès à des données fiables et actuelles pour prendre des décisions éclairées?
- Comment s'assurer que les décisions sont fondées sur des preuves scientifiques et des recommandations d'experts dans les domaines concernés?
- Les décisions sont-elles guidées par le principe de précaution lorsque les conséquences sont incertaines ou les risques difficiles à mesurer?

4.9 Comment garantir la responsabilité des actions prises?

- Qui est responsable des décisions prises et de leurs conséquences, et comment cela est-il communiqué de manière transparente aux parties prenantes?
- Existe-t-il des mécanismes pour revoir et ajuster les décisions en fonction de l'évolution de la situation?

4.10 Comment collaborer efficacement avec les autres acteurs (municipaux, communautaire, scolaire, etc.)?

- Comment s'assurer que les ressources sont utilisées de manière optimale en coordonnant les efforts entre les différents acteurs?

5. Évaluation et suivi en continu

Un comité décisionnel en période de crise sanitaire doit faire preuve de réactivité, de rigueur et d'une capacité d'adaptation rapide. Le suivi continu, l'évaluation des décisions, et la flexibilité sont essentiels pour assurer une gestion efficace et juste de la priorisation des soins.

5.1. Évaluation continue des décisions de priorisation

- **Évaluation en temps réel des besoins** : Le comité doit être en mesure d'évaluer, en temps réel, l'évolution des besoins en soins de santé, en ajustant les priorités en fonction de la situation sanitaire. Cela nécessite une surveillance continue des ressources disponibles et des demandes de soins et services.
- **Adaptation des priorités en fonction des nouvelles informations** : Le comité doit régulièrement réévaluer les priorités à mesure que de nouvelles informations arrivent.
- **Réévaluation des priorités selon l'évolution de la crise** : À mesure que la situation évolue (amélioration ou aggravation de l'urgence sanitaire), le comité doit ajuster les priorités de manière dynamique pour répondre aux nouvelles réalités et éviter l'épuisement des ressources dans un seul domaine.

5.2. Garantie d'une traçabilité et d'une transparence continues

- **Documentation des décisions** : Chaque décision de priorisation doit être documentée de manière détaillée, incluant les critères utilisés et les raisons qui ont conduit à ces décisions. Cela permet une réévaluation si nécessaire et offre une transparence vis-à-vis du public et des institutions.
- **Suivi des décisions** : Le comité doit mettre en place un système de suivi pour vérifier que les décisions sont appliquées conformément aux priorités établies. Cela peut inclure la révision régulière des protocoles de soins et services, des listes d'attente et des critères de priorisation.

5.3. Évaluation et suivi

- **Évaluation des résultats** : Après la mise en œuvre des décisions, le comité doit évaluer leur impact sur l'organisation des soins et services, mais aussi les impacts sociaux et psychologiques sur les usagers et leurs familles ainsi que sur les communautés.
- **Apprentissage continu** : Le comité doit encourager un processus d'apprentissage continu pour améliorer les décisions futures. Cela inclut la prise en compte de l'expérience vécue des professionnels de santé et des patients, ainsi que l'analyse des failles ou des succès des stratégies de priorisation mises en place.

RÉFÉRENCES

Ce travail s’inspire largement de deux documents de référence en matière de santé publique et de gestion des soins en contexte de pandémie. Il reprend, parfois presque mot pour mot, certaines formulations et idées clés issues du guide du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2020), ***Priorisation pour l’accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie***, et sur le ***Cadre pour la réflexion et la prise de décisions fondées sur l’éthique en santé publique*** publié par l’Agence de la santé publique du Canada (2017). Ces deux sources, qui proposent des balises concrètes pour orienter les décisions cliniques lorsque les ressources deviennent insuffisantes, ont constitué la base essentielle de la réflexion menée dans ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT. *Plan régional de sécurité civile-Mission santé*, 2009.
- CSSS DE RIMOUSKI-NEIGETTE. *Plan local de sécurité civile-Mission santé*, 2008.
- CSSS DE LA MITIS. *Plan local de sécurité civile-Mission santé*, 2009.
- CSSS DE RIVIÈRE-DU-LOUP. *Plan local de lutte à une pandémie d'influenza-Mission santé*, 2009.
- DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DU BAS-SAINT-LAURENT. *Plan d'action régional en santé publique 2016-2020*, Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2016.
- DIRECTION RÉGIONALE DE SÉCURITÉ CIVILE DU BAS-SAINT-LAURENT, DE LA GASPÉSIE ET ÎLES-DE-LA-MADELEINE. *Plan régional de sécurité civile*, 2013.
- GENEST, S. & Gravel, F. *L'organisation des services de santé de première ligne lors d'un sinistre : Une approche concertée*, document de travail, MSSS, 2003.
- MALENFANT, Pierre-Paul. *Initiation à la supervision clinique en contexte de sécurité civile*, document de travail, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007.
- MALENFANT, Pierre-Paul. *La gestion du stress chez les intervenants, les gestionnaires et les bénévoles*, document de travail, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013.
- MALENFANT, Pierre-Paul. *Les interventions psychosociales en contexte de sécurité civile*, module 6, document de référence, Ministère de la Santé et des Services sociaux, mis à jour 2013.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fonction de supervision clinique, ligne directrice*, Plan québécois de lutte à la pandémie d'influenza, MSSS, 2007.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique ministérielle en sécurité civile-Mission santé*, Gouvernement du Québec, 2014.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Mission santé*, 2017.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide d'opérationnalisation de la Mission santé du Plan national de sécurité civile*, 2015.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique ministérielle en sécurité civile-Mission santé*, Gouvernement du Québec, 2014.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide pour élaborer un plan de sécurité civile dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux*, Gouvernement du Québec, 2017.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Approche et principes en sécurité civile*, Gouvernement du Québec, 2008.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Cadre de gestion de site de sinistre au Québec*, Gouvernement du Québec, 2008.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Concept de base en sécurité civile*, Gouvernement du Québec, 2008.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Gestion des risques en sécurité civile*, Gouvernement du Québec, 2008.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Politique québécoise de sécurité civile*, Gouvernement du Québec, 2013.

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent**

Québec

