

# Lignes directrices sur la gestion des ressources dans les établissements de soins de santé durant une pandémie d'influenza

**Date de la version la plus récente : février 2004**

Remarque :

- Cette annexe ne contient pas d'information mise à jour sur la stratégie antivirale. Vous référer à la section « Préparation » du Plan et à l'Annexe E ou cette information.
- Voir la section « Contexte » du Plan pour la terminologie la plus récente sur les phases de pandémie.
- Cette annexe peut ne pas être à jour en ce qui concerne d'autres activités de planification et les décisions des politiques.
- Cette annexe sera mise à jour en 2009.



# Table des matières

Introduction .....	3
1.0 Contexte .....	3
1.1 Suppositions à la base de la planification .....	3
1.2 Projection de l'impact .....	5
2.0 Gestion des ressources dans les établissements de soins de santé .....	6
2.1 Gestion des ressources durant la période interpandémique .....	6
2.1.1 Examen de la législation sur la protection civile .....	6
2.1.2 Identification des déclencheurs de la mise en œuvre .....	6
2.1.3 Planification de l'augmentation de la capacité en lits .....	7
2.1.4 Planification de la fixation des priorités au niveau des patients .....	8
2.1.5 Planification de l'équipement et des approvisionnements critiques .....	9
2.2 Gestion des ressources durant la période pandémique .....	10
2.2.1 Mise en œuvre des plans d'urgence .....	10
2.2.2 Augmentation de la capacité en lits .....	11
2.2.3 Révision de l'équipement et des approvisionnements critiques .....	11
2.3 Gestion des ressources durant la période postpandémique .....	11
3.0 Lignes directrices relatives à la gestion des ressources humaines dans les établissements de soins pour malades aigus .....	12
3.1 Introduction .....	12
3.2 Gestion des ressources humaines durant la période interpandémique .....	12
3.2.1 Planification de l'utilisation optimale des travailleurs de la santé .....	13
3.2.2 Révision des mesures législatives d'urgence relatives aux travailleurs de la santé .....	15
3.2.3 Faire de la formation .....	16
3.2.4 Examen des questions relatives aux assurances et aux autorisations d'exercer ..	17
3.2.5 Immunisation des travailleurs de la santé .....	18
3.2.6 Soutien des travailleurs de la santé .....	19
3.3 Gestion des ressources humaines durant la période pandémique .....	20
3.3.1 Organisation du déploiement des travailleurs de la santé .....	20
3.3.2 Coordination de l'intervention avec le personnel de gestion d'urgence .....	20
3.3.3 Mise en œuvre des plans de formation et de communication .....	21
3.3.4 Gestion des questions afférentes aux assurances et aux autorisations d'exercer ..	21
3.3.5 Répondre aux besoins en matière d'immunisation .....	22
3.3.6 Soutien des travailleurs de la santé .....	22
3.4 Gestion des ressources humaines durant la période postpandémique .....	22
Appendice A : Évaluation de la capacité en lits .....	23
Appendice B : Exemple de liste de contrôle de gestion des approvisionnements .....	28



## Introduction

Pendant les épidémies et les pandémies d'influenza, alors que le taux d'atteinte global est relativement élevé, même une faible fréquence de complications entraînera des augmentations marquées des taux d'hospitalisation. L'influenza pandémique se produit habituellement par vagues d'une durée de six à huit semaines dans un lieu donné. On peut donc s'attendre à ce que la demande faite aux services de soins de santé fournis dans les établissements de soins de santé augmente, atteigne un sommet et diminue au cours des semaines pendant lesquelles un lieu donné est affecté.

Il est estimé qu'entre 34 000 et 138 000 personnes devront être hospitalisées au Canada durant la prochaine pandémie si le taux d'atteinte se situe entre 15 et 35 %. Cela exercera une pression énorme sur tous les aspects du réseau médical et les ressources médicales seront excédées au-delà de leurs capacités.

Le présent document se divise en une section portant sur le contexte et en deux sections principales de lignes directrices – les lignes directrices relatives à la gestion des ressources dans les établissements de soins de santé et les lignes directrices portant sur le besoin de dotation en ressources humaines additionnelles et leur identification dans le cadre des activités de planification en cas de pandémie mettant à contribution les établissements de soins de santé. Ces lignes directrices identifient les activités ayant cours durant les périodes interpandémique, pandémique et postpandémique.

Bien que ces lignes directrices soient axées sur la gestion des ressources dans les établissements de soins de santé, les services de santé sont prodigués dans plusieurs autres milieux, notamment : centres de triage; services auxiliaires de santé par téléphone; cliniques de médecins; services ambulanciers/paramédicaux; services de transport de patients; soins à domicile; établissements de soins de longue durée, et la santé publique. Par ailleurs, des lieux de soins de santé « non traditionnels » peuvent être mis sur pied pour l'intervention en cas de pandémie (p. ex., unités mobiles de soins de santé, établissements de soins pour malades aigus/subaigus). Les planificateurs régionaux et locaux devront aborder les questions de gestion des ressources pour tous les milieux de services de santé. Les lignes directrices relatives à la gestion des ressources dans les lieux non traditionnels font l'objet d'une autre annexe du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza – (Annexe J - *Lignes directrices à l'intention des lieux de soins de santé et des soignants non traditionnels*).

### 1.0 Contexte

#### 1.1 Suppositions à la base de la planification

Les plans de mesures d'urgence actuels visent essentiellement les situations d'urgence à court terme, localisées et comportant plusieurs victimes. Dans une pandémie, l'impact est pour ainsi dire à l'échelle mondiale et la durée de « l'urgence » sera plus longue. Étant donné que

plusieurs instances seront affectées simultanément, il pourrait s'avérer impossible de partager et d'échanger des ressources.

Les suppositions suivantes ont été faites en vue de planifier les ressources en cas de pandémie d'influenza.

a) **Il est peu probable qu'il y ait « déclaration de l'état d'urgence ».**

Les plans régionaux en cas de pandémie ne doivent pas présumer qu'un état d'urgence national ou provincial sera « déclaré », puisqu'il est improbable que cela se produise advenant une pandémie.

b) **Le réseau des soins de santé pourrait être débordé.**

Il y aura une augmentation des visites médicales, des hospitalisations et des décès, ce qui exercera une pression extrême sur le réseau des soins de santé.

- Les établissements canadiens fonctionnent présentement à capacité maximale ou quasi-maximale en lits et les compressions budgétaires, ainsi que les insuffisances de personnel font que de nombreuses instances ont déjà procédé à la réduction des admissions non urgentes.
- L'augmentation ou même le maintien de la capacité en lits existante nécessite des ressources humaines engagées. Lors d'une pandémie, on peut s'attendre à ce que les insuffisances en personnel, en approvisionnements et en équipement limitent la capacité des établissements à répondre à une augmentation importante du volume de patients.

c) **La meilleure utilisation des ressources se fera par la fixation des priorités à l'échelle du réseau.**

Une pandémie nécessitera une fixation des priorités régionales en ce qui a trait aux besoins et aux ressources dans tout le réseau de soins de santé, et non une simple révision des ressources dans un seul établissement. Par exemple, en terme de ressources humaines, les professionnels de la santé pourraient devoir être déplacés de cliniques de vaccination vers les hôpitaux ou d'un hôpital à l'autre. Les lits, les ventilateurs et autre équipement pourraient devoir être déplacés vers des lieux non traditionnels. Cela demandera une révision des questions logistiques, éthiques et pratiques dans toute la région.

d) **Il y aura un transfert limité des ressources.**

La nature globale de la crise fera que l'on ne pourra pas compter sur les ressources d'autres instances pour répondre aux besoins additionnels pendant une pandémie.

e) **Les modes de ravitaillement habituels seront perturbés.**

La demande en médicaments, en fournitures médicales/chirurgicales et autres augmentera de façon substantielle dans le monde entier et dans le pays. Les fournisseurs pourraient éprouver de la difficulté à répondre à la demande accrue, en raison du manque de personnel et de matières premières, ainsi des perturbations du transport. De plus, puisque la plupart des médicaments, de l'équipement et des fournitures sont produits à l'extérieur du Canada, il y aura des barrières à l'obtention des fournitures, qui comprennent : embargos de médicaments, problèmes outre frontières et de transport dus à l'insuffisance de personnel.

f) **Un vaccin dirigé contre la souche pandémique pourrait être indisponible.**

Le vaccin ne sera probablement pas disponible jusqu'à ce que la première vague d'une pandémie soit bien entamée ou plus tard, selon le temps qu'il faudra pour trouver une souche d'ensemencement de vaccin qui convienne à la mise au point, aux épreuves et à la production.

Lorsqu'un vaccin deviendra disponible, il pourrait falloir établir des cliniques d'immunisation desservant les travailleurs de la santé à l'intérieur des établissements de soins de santé.

**g) Il y aura pénurie de médicaments antigrippaux.**

Aucune matière première servant à la fabrication des médicaments antigrippaux n'est actuellement produite au Canada. Les fournitures existantes sont très limitées et elles sont insuffisantes pour constituer la base d'une stratégie d'intervention antivirale efficace. Il faut envisager de faire des réserves de ces médicaments.

Lorsque les médicaments antiviraux seront rendus disponibles, il faudra établir des priorités de traitement et de prophylaxie en fonction des recommandations nationales pour les personnes qui demandent des services de soins de santé dans les établissements de soins de santé.

**h) Le nombre de travailleurs des services essentiels sera réduit.**

La disponibilité des travailleurs de la santé et des dispensateurs de soins qui sont essentiels à la limitation de la perturbation sociale pendant une pandémie pourrait être réduite s'ils sont malades ou que des membres de leurs familles le sont.

**i) La pandémie se produira par vagues.**

La pandémie se produira vraisemblablement par vagues successives d'une durée d'environ six à huit semaines dans une communauté donnée, suivie par une période de récupération d'une durée inconnue. Entre les vagues, des ressources substantielles seront requises pour « rattraper » les interventions non urgentes, les traitements différés de cancer ou cardiaques, ainsi que d'autres traitements. L'entretien de l'équipement, la reconstitution des approvisionnements et autres activités nécessaires à la récupération et à la préparation à une autre vague pandémique devront se faire au cours de cette période.

## **1.2 Projection de l'impact**

Personne ne peut prévoir quelle sera la gravité de l'impact de la prochaine pandémie d'influenza. Les estimations canadiennes actuelles ont été calculées sur la base de taux d'atteinte pour la maladie symptomatique de 15 % et de 35 %, toutefois, des taux d'atteinte plus élevés sont possibles. Il est possible d'extrapoler des estimations locales de l'impact potentiel d'une pandémie (le nombre de personnes malades, le nombre d'hospitalisations, le nombre de décès, etc.) à l'aide de programmes d'ordinateur, p. ex., le logiciel « FluAid » élaboré par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) américains. (<http://www2.cfd.c.gov/od/fluid/default.htm>)

Ce logiciel présente un certain degré de difficulté et comporte certaines limites parce qu'il est conçu en fonction du réseau de soins de santé américain et des comportements de consultation américains, qui peuvent être très différents de la situation canadienne. Il n'existe présentement aucun outil fiable servant à estimer les taux d'intubation, qui aideraient à la planification de l'équipement tel que les ventilateurs. Un exemple de la façon dont une province, l'Alberta, a fait usage de FluAid est fourni à l'Annexe A dans la Section sur la préparation du Plan.

## 2.0 Gestion des ressources dans les établissements de soins de santé

### 2.1 Gestion des ressources durant la période interpandémique

Les activités suivantes doivent avoir lieu au cours de la période interpandémique. De plus amples détails sont fournis après la liste suivante :

- Examen de la législation sur la protection civile
- Identification des déclencheurs de la mise en œuvre
- Planification d'une augmentation de la capacité en lits
- Planification de la fixation des priorités au niveau des patients
- Planification de l'équipement et des approvisionnements critiques

#### 2.1.1 Examen de la législation sur la protection civile

La législation sur la protection civile prévoit des dispositions en matière de gestion d'une situation d'urgence, l'obtention et l'accession au matériel et autres ressources, la mise en œuvre des plans d'intervention et prévoit également une structure de gestion des crises. Cela comprend le recrutement de professionnels et autre personnel rémunéré, ainsi que de bénévoles, la gestion des ressources humaines et la protection des bénévoles. La planification en cas de pandémie doit être intégrée aux mesures législatives d'urgence ainsi qu'aux plans d'urgence des instances afin de faire la meilleure utilisation des ressources et des plans existants.

**Remarque importante : Les plans régionaux en cas de pandémie ne doivent pas présupposer qu'un état d'urgence national ou provincial sera « déclaré », puisqu'il est très improbable que cela se produise lors d'une pandémie. Les planificateurs des provinces et des territoires doivent évaluer des questions telles que l'indemnisation des travailleurs et l'assurance responsabilité, le maintien et le soutien des travailleurs, ainsi que d'autres aspects du plan qui pourraient survenir sans une telle déclaration.**

Le cadre de travail national de soutien ne dépend pas de la déclaration d'un état d'urgence national. Il est recommandé que tous les planificateurs des provinces et des territoires examinent les mesures législatives d'urgence tant du fédéral que des provinces et des territoires afin de déterminer la façon d'intégrer les plans dans le cadre de travail des mesures législatives d'urgence.

Par exemple, il est important d'identifier les dispositions législatives qui s'appliquent de façon particulière à l'obtention des biens et du matériel en cas de crise. Ces dispositions comprendraient sans probablement se limiter aux choses suivantes :

- la capacité et la responsabilité des autorités à réquisitionner les biens pour leur utilisation dans des lieux non traditionnels,
- l'accès au transport, au matériel, au personnel administratif et autres ressources,
- l'indemnisation versée aux propriétaires des biens réquisitionnés.

#### 2.1.2 Identification des déclencheurs de la mise en œuvre

La législation et les plans d'urgence existants aux niveaux gouvernemental et institutionnel identifient déjà les critères qui déclencheraient la mise en œuvre de plans précis. Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza décrira aussi les points d'intervention généraux.

En prenant appui sur la législation et les plans existants, les autorités et les établissements des provinces, des territoires et locaux doivent définir les critères clés et les méthodologies qui déclencheraient la mise en œuvre des plans par phases successives en ce qui a trait aux activités



de gestion des ressources de leur instance. Le médecin hygiéniste local, de concert avec l'équipe locale d'intervention en cas de pandémie, décideront du moment d'instituer le plan de lutte contre la pandémie d'influenza dans leur instance.

Étant donné qu'il est peu probable que la pandémie débute au Canada, le premier facteur déclencheur pourrait être les rapports sur la gravité et les rapports épidémiologiques sur la pandémie dans d'autres pays. Cela sera vraisemblablement le premier indicateur de ce à quoi il faut s'attendre lorsque la pandémie atteindra le Canada en termes de demande faite aux services de soins de santé.

Les ressources locales en matière de soins de santé et l'épidémiologie locale de la maladie, par exemple, le nombre de cas confirmés d'influenza dans la communauté ou les données sur l'impact de la pandémie d'influenza dans d'autres instances canadiennes détermineront les déclencheurs des plans d'urgence des services de santé. Ces déclencheurs pourraient inclure :

- La proportion des consultations en salle d'urgence qui sont attribuables à l'influenza.
- La proportion des cas d'influenza nécessitant l'hospitalisation.
- La capacité de l'hôpital à prendre en charge les cas d'influenza.

D'autres déclencheurs pourraient inclure les rapports des médecins sentinelles ou des cliniques de consultation sans rendez-vous signalant qu'ils ne peuvent pas prendre en charge tous les patients demandant des rendez-vous à cause d'un syndrome grippal. Le déroutement des ambulances vers d'autres lieux de soins pour malades aigus en raison du débordement des salles d'urgence pourrait constituer un autre déclencheur de la réaffectation ou de l'acquisition de ressources. Il convient de définir les facteurs déclencheurs et les protocoles de surveillance au cours de la période interpandémique.

Les autorités et les établissements fédéraux, des provinces, des territoires, régionaux et locaux peuvent désigner des balises à partir desquelles il faut poser les gestes précis suivants :

- Modifier les ratios de dotation en personnel, les fonctions des postes
- Réduire les listes de chirurgie, les admissions
- Grouper les services
- Procurer des fournitures additionnelles
- Demander du personnel de remplacement
- Déroutement de l'itinéraire des ambulances

### **2.1.3 Planification de l'augmentation de la capacité en lits**

Dans tout établissement, un « lit » comprend le soutien de l'infrastructure, notamment, la dotation en personnel, qui est requis pour soigner le patient occupant ce « lit ». Par conséquent, les exigences d'un « lit » du service des soins intensifs, par exemple, inclut tout le soutien requis pour s'occuper d'un patient à ce niveau.

La planification de l'augmentation de la capacité en lits durant une crise comprend :

- l'identification préalable des stratégies,
- la planification des conséquences de ces stratégies,
- l'identification des facteurs déclencheurs à la suite desquels les options seront mises en œuvre.

Diverses options d'augmentation de la capacité en lits ont été identifiées, notamment :

- la réduction des admissions et des chirurgies non urgentes afin de maximiser la capacité en lits médicaux et de maximiser les lits des soins intensifs,
- la modification des protocoles ou des exigences en vue de donner un congé précoce de l'hôpital,

- l'augmentation du personnel de soins à domicile,
- l'augmentation du nombre de lits à domicile, de lits de soins à long terme et d'hospice, la réouverture de la capacité actuellement fermée,
- l'utilisation de la capacité réservée aux soins critiques,
- l'utilisation des installations de ventilation d'urgence dans les salles de réveil et les salles d'opération,
- l'évaluation des lieux connexes tels que les cliniques, les établissements de soins de longue durée et les établissements psychiatriques à être utilisés par des patients qui ne sont pas atteints d'influenza,
- la création de lits « flex » durant la saison d'influenza.

Les programmes qui suivent et qui gèrent la capacité en lits tels que les programmes de l'Ontario pour les malades en phase critique (Ontario Critical Program) et le registre des ressources de l'Ontario (Ontario Resource Registry), le « Bedline » de la Colombie-Britannique et le système de centre téléphonique de l'Alberta jouent un rôle clé dans le transfert/la mise en place des patients sous soins critiques dans la province, assurant ainsi que les lits dotés en personnel sont utilisés de la meilleure façon. Le Sous-groupe de gestion des ressources a recommandé la création par chaque province et territoire d'un registre centralisé des lits, un centre téléphonique et une centrale d'acheminement des ambulances.

L'Appendice A du présent document comprend des listes de contrôle destinées à faciliter l'évaluation de la capacité en lits dans les établissements de soins de santé.

## 2.1.4 Planification de la fixation des priorités au niveau des patients

Durant une pandémie, il sera difficile de gérer les dénombrements élevés dans les salles d'hôpital et l'unité des soins intensifs, ainsi que les volumes élevés des services d'urgence devant la disponibilité réduite des travailleurs de la santé et la limitation de l'équipement de soutien respiratoire.

La pandémie peut présenter une première vague d'une durée d'environ six à huit semaines et une autre vague ou plusieurs autres vagues subséquentes peuvent se produire. L'annulation des admissions et des chirurgies non urgentes, comme mesure de gestion des ressources limitées, pourrait avoir des conséquences importantes pour certains patients, notamment pour les patients cancéreux et les cardiaques. Étant donné que les chirurgies non urgentes ne sont pas toutes équivalentes en termes de nécessité et de risque qu'impose un délai, les autorités sanitaires doivent considérer la façon dont sera établie la liste d'attente par priorité des patients qui devaient être admis ou subir une admission ou une chirurgie non urgente, si le nombre de lits est limité dans leur province, territoire, région, municipalité ou établissement.

La fixation des priorités pour les ressources de la santé en période de pénurie critique devra aussi faire l'objet d'un examen. Les centres communautaires et les hôpitaux locaux doivent adopter une approche multidisciplinaire et inclure des considérations d'ordre éthique et juridique lorsqu'ils élaborent un processus de fixation des priorités, quel qu'il soit. Les *Lignes directrices relatives aux soins cliniques* (Annexe G du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza) présentent des recommandations sur l'évaluation et la gestion des patients atteints et non atteints d'influenza durant une pandémie, dont des algorithmes de triage des adultes et des enfants en fonction de leurs manifestations cliniques et des facteurs de risque ou des comorbidités. Cependant, si les fournitures, l'équipement et l'accès aux soins intensifs doivent être rationnés, il faudra établir un processus juste et équitable de fixation des priorités.

Une approche générale des considérations d'ordre éthique sera élaborée par les groupes de travail sur la planification nationale en cas de pandémie. Cela nécessitera de plus amples discussions, notamment des consultations éthiques et avec le public. Chaque communauté devra prendre ses propres décisions en matière de fixation des priorités, en gardant à l'esprit les considérations d'ordre éthique et les buts de l'intervention en cas de pandémie, selon la disponibilité des ressources, la phase de pandémie dans la communauté et la gestion des décisions qui auront été prises jusqu'au moment où le rationnement/la fixation des priorités deviendront nécessaires. En raison du très grand nombre de variables et d'imprévus, il est très peu probable que des lignes directrices élaborées à l'échelle nationale soient suffisamment détaillées pour répondre aux besoins des participants à ces types de décisions au niveau local.

## 2.1.5 Planification de l'équipement et des approvisionnements critiques

Une pandémie provoquera vraisemblablement des pénuries de médicaments, de fournitures médicales et potentiellement de fournitures opérationnelles. Étant donné que de multiples instances, y compris d'autres pays, pourraient être touchées par ces pénuries, le plan d'intervention ne doit pas se fier fortement à l'aide extérieure pour ce qui est de l'approvisionnement en fournitures et en équipement. Voici quelques questions qui toucheront directement les approvisionnements canadiens :

- **Interruption des chaînes de transport** — Les approvisionnements canadiens sont transportés sur de longues distances par voie routière, ferroviaire et aérienne. Les approvisionnements sont souvent obtenus des États-Unis et d'autres pays. Les difficultés aux passages frontaliers peuvent affecter de façon substantielle les modes de ravitaillement. De plus, une perte d'autant que 30 % des travailleurs, camionneurs et autre personnel de transport peut affecter la production et la livraison des approvisionnements.
- **Manque d'inventaire** — Dans un effort de réduction des coûts, la plupart des régions sont passées à des systèmes de stockage « juste à temps » par lesquels des approvisionnements minimaux sont gardés sous la main.
- **Embargos** — La majorité des approvisionnements médicaux ne sont pas produits au Canada. Santé Canada a déployé des efforts majeurs afin d'établir une infrastructure intérieure pour la fabrication de vaccin antigrippal et a encouragé la fabrication intra-canadienne de certains antibiotiques. Dans nombre de cas, les approvisionnements ne sont toutefois fournis que par un ou deux fabricants à travers le monde ou bien les ingrédients ou les composants essentiels ne proviennent que d'une seule source. Lors de pandémies et de crises sanitaires précédentes, d'autres pays ont interdit l'exportation de vaccins, de médicaments et de fournitures critiques.

D'autres annexes présentent les recommandations sur l'utilisation des vaccins et des antiviraux en cas de pénurie. D'autres ressources telles que les lignes directrices de la Infectious Diseases Society of America (IDSA) dressent la liste des médicaments considérés comme critiques dans le traitement de l'influenza et de la pneumonie. Ces lignes directrices doivent être distribuées et examinées par les établissements de soins de santé durant la période interpandémique puisque ces questions affecteront la gestion des patients et des ressources, dont les médicaments, dans l'établissement.

### Accumulation de stocks

Les autorités sanitaires des provinces, des territoires et locales pourraient envisager la possibilité de faire une rotation des réserves d'approvisionnements critiques pour les établissements de soins de santé de leur propre instance. Les instances pourraient désirer garder spécifiquement certains équipements plus anciens, tels que des lits, qui nécessitent peu d'entretien et qui n'ont

pas de « durée de vie » particulière. Une évaluation adéquate de l'entretien et de la formation requise doit être faite afin d'assurer la sécurité et l'aspect utilitaire de l'équipement plus vétuste, la formation requise par le personnel pour se servir de l'équipement qu'il connaît mal, etc. (Voir la liste de contrôle de gestion des approvisionnements à l'Appendice B.)

Suite à une telle évaluation critique, les établissements et les autorités sanitaires pourraient envisager le maintien de certaines pièces d'équipement plus vétuste tels que les ventilateurs.

La possibilité de faire des réserves de médicaments antiviraux sera discutée à l'échelle nationale, cependant, la nécessité et la faisabilité de faire des réserves de médicaments critiques au profit de la gestion des patients atteints d'influenza et de pneumonie secondaire doit être abordée aux niveaux des provinces, des territoires et local. De plus, les provinces et les territoires devront discuter avec les planificateurs locaux en cas de pandémie de la nécessité de stocker de plus grandes quantités de médicaments et d'équipement pour prendre en charge les personnes présentant des comorbidités, p. ex., maladies cardiaques et respiratoires chroniques, diabète, insuffisance rénale, dont l'état pourrait être exacerbé par l'infection d'influenza. Les *Lignes directrices relatives aux soins cliniques* (annexe G) proposent un guide des antibiotiques à utiliser dans le traitement de la pneumonie secondaire. Les antibiotiques qui sont actuellement en réserve au niveau national feront l'objet d'une révision qui déterminera s'ils peuvent être utilisés lors d'une pandémie, en plus des plus amples discussions sur la nécessité de disposer de réserves nationales additionnelles.

### **Production locale**

Certains articles qui sont habituellement commandés auprès de sources centralisées, pourraient être produits localement durant une crise. Les spécialistes des achats pourraient réviser les approvisionnements qui pourraient être obtenus ou produits localement moyennant la prise d'arrangements préalables. Des fournisseurs possibles et des fournisseurs de produits de substitution doivent être contactés afin d'explorer cette possibilité.

## **2.2 Gestion des ressources durant la période pandémique**

Avant le début de la pandémie, on ne connaît pas quelles populations seront le plus affectées par le nouveau virus, les symptômes dominants de la maladie ni les complications les plus courantes. Cette information deviendra graduellement disponible lorsque l'OMS aura identifié un « nouveau virus » et aura confirmé la « transmission d'humain à humain ». Les planificateurs doivent examiner l'épidémiologie de la maladie à la lumière des données démographiques de leur propre population, ainsi qu'en fonction des ressources existantes, en plus de mettre à jour les plans d'affectation des ressources à la lumière de cette information.

Les activités suivantes, à l'égard des établissements de soins de santé, doivent être effectuées durant cette phase de la pandémie lorsque les déclencheurs indiquent la nécessité d'agir :

- La mise en œuvre des plans d'urgence.
- L'augmentation de la capacité en lits.
- La révision de l'équipement et des approvisionnements critiques.

### **2.2.1 Mise en œuvre des plans d'urgence**

La mise en œuvre par étapes des plans d'intervention en cas de pandémie débutera à ce moment en fonction des déclencheurs préalablement identifiés pour agir et de la législation et des plans existants.

## 2.2.2 Augmentation de la capacité en lits

Les activités suivantes pourraient avoir lieu durant une pandémie, afin d'augmenter la capacité en lits en fonction des plans préparés durant la période interpandémique :

- réouverture de salles d'hôpital et d'hôpitaux fermés,
- annulation de chirurgies et d'admissions non urgentes selon le processus de fixation des priorités déterminées précédemment,
- suivi centralisé de la capacité en lits,
- utilisation de la capacité réservée aux soins critiques,
- préparation et utilisation des installations de ventilation d'urgence dans les salles de réveil et les salles d'opération,
- déplacement de cohortes de patients infectieux et non infectieux vers d'autres lieux tels que les cliniques et les établissements de soins prolongés,
- Congé accordé à autant de patients que possible en fonction des critères révisés de congé d'hôpital.

Les provinces et les territoires devraient réexaminer et reconsidérer toute législation existante qui pourrait imposer des restrictions au déplacement des patients et du personnel.

## 2.2.3 Révision de l'équipement et des approvisionnements critiques

Examiner et réviser les besoins en approvisionnements et les plans en fonction des extrapolations épidémiologiques de l'OMS et de Santé Canada :

- Commander des approvisionnements additionnels.
- Prendre d'autres arrangements de transport/distribution au besoin.
- Établir une production intérieure d'approvisionnements là où cela est possible.

Santé Canada ou d'autres autorités aviseront les instances du statut des réserves, des embargos et les informeront sur les établissements de production d'urgence. Les approvisionnements de vaccins et d'antiviraux et les recommandations sur leur utilisation en période de pénurie seront coordonnées au niveau national.

## 2.3 Gestion des ressources durant la période postpandémique

Les activités dans les établissements de soins de santé durant cette phase de la pandémie seront axées sur la mise en œuvre des plans de rétablissement afin de remettre l'établissement dans son état normal, interpandémique et opérationnel. Des lits peuvent être fermés et les approvisionnements additionnels qui ont été acquis durant la pandémie peuvent être retournés ou entreposés. L'intervention suite à la pandémie doit faire l'objet d'un examen et d'une évaluation de façon à ce que les plans puissent être révisés au besoin durant cette période ou la période interpandémique.

## 3.0 Lignes directrices relatives à la gestion des ressources humaines dans les établissements de soins pour malades aigus

### 3.1 Introduction

Lors d'une pandémie d'influenza, il y aura augmentation des besoins en personnes détenant une formation en soins de santé pour répondre à la demande accrue faite au sein du réseau des soins de santé. Devant cet impératif, il faudra peut-être réaffecter des travailleurs en soins de santé dans différents lieux à l'intérieur d'un établissement de soins pour malades aigus ou à l'expansion des services qui sont habituellement fournis dans ces établissements (p. ex., pour y inclure des cliniques d'immunisation pour les travailleurs de la santé). De plus, les travailleurs autres que de la santé ou les travailleurs de la santé retraités pourraient devoir être réembauchés/embauchés sous contrat pour procurer les services essentiels supplémentaires afin de répondre à la demande en services dans les établissements de soins de santé. Les bénévoles constitueront également une source vitale potentielle de ressources humaines qui faciliteront la gestion des services de soins de santé durant une pandémie.

Lors d'une pandémie d'influenza, le manque de personnel médical qualifié sera l'une des nombreuses barrières à la prestation de soins adéquats. Une proportion importante de la main-d'œuvre pourrait être incapable de se présenter au travail pendant une période de temps parce qu'elle est malade ou que des membres de leur famille le sont. Les communautés et les organismes de soins de santé devront avoir en place des lignes directrices précises pour savoir ce qu'il faut faire lorsque le réseau des soins de santé est débordé et que des lieux non traditionnels doivent être établis ou que les points de service actuels doivent être élargis. La gestion des ressources humaines des lieux non traditionnels durant une pandémie fait l'objet des *Lignes directrices à l'intention des lieux de soins de santé et des soignants non traditionnels* (Annexe J du Plan). Cette section du document traitera donc des questions liées aux ressources humaines dans les lieux de soins pour les malades aigus.

### 3.2 Gestion des ressources humaines durant la période interpandémique

Les autorités sanitaires sont en mesure de faire des estimations préliminaires des besoins de dotation de personnel selon les estimations de l'impact d'une pandémie et des données démographiques de la région (voir la section 2.1).

La liste d'activités suivante vise à appuyer la planification quant à l'utilisation optimale des ressources, incluant les travailleurs de la santé, les stagiaires, les retraités et les bénévoles, dans les établissements de soins de santé. De plus amples détails sont fournis dans les sections subséquentes.

- Planification de l'utilisation optimale des travailleurs en soins de santé et des bénévoles
- Révision des mesures législatives d'urgence relatives aux travailleurs en soins de santé et aux bénévoles
- Faire de la formation
- Examen des questions relatives à l'assurance et aux autorisations d'exercer
- Immunisation des travailleurs de la santé, incluant les bénévoles
- Planification du soutien des travailleurs de la santé, incluant les bénévoles

### 3.2.1 Planification de l'utilisation optimale des travailleurs de la santé

Le travail d'identification des travailleurs actuels de la santé qui pourraient être relocalisés à l'intérieur d'un établissement et de recrutement de professionnels de la santé additionnels, d'autres travailleurs de la santé et des bénévoles qui pourraient compenser une partie des demandes accrues envers les travailleurs de la santé qui se produisent lors d'une pandémie, doit être amorcé au cours de la période interpandémique.

#### a) Nommer une équipe de gestion des ressources humaines

L'identification des travailleurs de la santé actuels, le recrutement de professionnels additionnels, de non-professionnels et de bénévoles, la gestion de la formation, l'affectation et le soutien des travailleurs de la santé à divers lieux et fonctions seront parmi les tâches de préparation les plus importantes en période de pandémie. Une première étape importante est l'établissement dans chaque instance d'une équipe ou d'un sous-comité qui soit en mesure d'assumer ces responsabilités. Une combinaison de professionnels possédant de l'expertise en matière de ressources humaines, de planification en cas de pandémie, d'administration des soins de santé, de prévention des infections, de santé et sécurité au travail et d'organismes de bénévolat serait souhaitable pour cette équipe/ce sous-comité de planification.

#### b) Placement du personnel

Lors d'une pandémie, il est possible que les travailleurs en soins de santé aient à être réaffectés de leurs rôles et milieux habituels. Par exemple, il pourrait être nécessaire que des professionnels de la santé qualifiés étendent leur rôle pour y inclure la supervision de bénévoles et autre personnel dans des lieux de soins pour malades aigus, des cliniques affiliées et des lieux non traditionnels.

Bien qu'il soit probable que les établissements de soins pour malades aigus aient besoin de tous leurs travailleurs de la santé respectifs, il convient de les considérer en tant que source de personnel dans d'autres lieux, notamment :

- Les lieux de triage – lieux communautaires de triage : dans des cliniques, des lieux non traditionnels, rattachés à un hôpital existant.
- Les lieux non traditionnels – dont les centres de soins d'urgence, les hôpitaux d'urgence, les hôtels de soutien, les postes de soins infirmiers, etc.
- Les cliniques de vaccination – les cliniques des lieux de soins pour malades aigus, etc.

Les *Lignes directrices à l'intention des lieux de soins de santé et des soignants non traditionnels* (Annexe J) traitent de plusieurs questions afférentes aux ressources humaines dans ces lieux. Cependant, il est important de reconnaître que l'expertise nécessaire à la gestion clinique des patients atteints d'influenza se trouve principalement dans les établissements de soins de santé. La mise en poste de certains membres du personnel dans ces lieux pourrait compenser les demandes faites envers les établissements de soins de santé et en fin de compte, entraîner l'utilisation optimale des ressources humaines.

Les autorités sanitaires doivent examiner les besoins de leurs propres communautés afin de déterminer si une importance plus grande doit être attachée au soutien des options de soins communautaires et du personnel qui y sera requis.

#### c) Révision des champs d'application de la pratique

Même dans des lieux de soins pour malades aigus, la délégation de tâches et l'autorité changeront par nécessité durant une pandémie. L'insuffisance de personnel et l'augmentation du nombre de patients pourrait nécessiter des annulations de chirurgies, de tests et d'autres procédures. Le

personnel pourrait être réaffecté de façon à faire une meilleure utilisation de leurs compétences. La participation du personnel retraité et formé à l'étranger pourrait être sollicitée.

Les négociations et la planification doivent se faire dans chacune des provinces et chacun des territoires, avec les collègues, associations et assureurs existants afin que le processus de réaffectation et de délégation puisse s'effectuer rapidement et de façon aussi ordonnée que possible. (Voir la section sur les mesures législatives d'urgence.) La négociation préalable avec les organismes de réglementation professionnelle et les unités de négociation visant à faciliter les modifications des descriptions de travail et l'utilisation de travailleurs de remplacement durant une pandémie facilitera la transition et rendra le processus plus efficace. Nous recommandons que les instances posent les actes suivants pendant la période interpandémique :

- Établir un processus, conjointement avec les plans d'urgence existants, visant à évaluer les compétences et le travail requis pour chaque tâche. Les instances doivent examiner le processus d'accueil, de réception, de triage, de soins cliniques, de nettoyage, etc., et évaluer les travailleurs additionnels ou les sources de travailleurs qui possèdent déjà les compétences pour être intégrés à ces emplois.
- Réviser les recommandations des *Lignes directrices relatives aux soins cliniques* qui ont été faites sur l'évaluation et la gestion des patients qui indiqueront les besoins en diverses compétences pour divers domaines de soins à prodiguer aux patients et déterminer ceux qui pourraient le faire durant une pandémie.
- Communiquer avec les professionnels de la santé au sujet des besoins lors d'une pandémie.

#### d) Recrutement de personnel professionnel aux fins de l'intervention en cas de pandémie

Dans les établissements, il faut envisager de réaffecter le personnel médical et infirmier ayant des fonctions administratives, de recherche et éducatives à des fonctions cliniques.

Parmi les sources de remplacement des travailleurs de la santé, se trouvent, entre autres :

- médecins/infirmières retraités (il faut s'assurer que le travail durant une pandémie ne compromettrait pas leurs plans de retraite)
- médecins/infirmières ne travaillant actuellement pas dans le domaine des soins de santé cliniques (c.-à-d., éducateurs, administrateurs, chercheurs, entreprise privée)
- stagiaires (c.-à-d., étudiants en médecine et étudiantes infirmières)
- infirmières auxiliaires autorisées
- assistants de soins aux patients
- techniciens ambulanciers
- vétérinaires
- pharmaciens
- thérapeutes (en inhalothérapie/du travail/physiothérapie)
- techniciens (laboratoire, radiographie)
- aides soignantes

Considérer la meilleure façon de recruter des personnes ayant des qualifications en soins de santé mais qui ne travaillent pas actuellement dans des services de santé. Travailler avec des associations professionnelles afin de déterminer comment communiquer avec leurs membres avant la pandémie pour discuter de questions rattachées à la pandémie et comment elles pourraient communiquer pendant la pandémie.

Les provinces et les territoires pourraient travailler avec des associations professionnelles pour s'assurer que des personnes ayant des qualifications en soins de santé mais qui ne travaillent pas



actuellement dans des services de santé maintiennent leurs qualifications et leurs compétences. Il est également important d'établir une méthode d'évaluation des qualifications et des compétences professionnelles durant la pandémie lorsque les personnes sont recrutées de façon hâtive.

Il faut beaucoup de temps et d'argent pour élaborer et maintenir des bases de données sur le personnel. Les bases de données ne sont utiles que si elles sont bien à jour et qu'elles comportent des renseignements sur les autorisations d'exercer, les compétences et le contact.

La plupart des établissements de soins de santé auront déjà une certaine forme de base de données sur leur personnel. Les établissements ou les autorités locales pourraient élaborer des bases de données sur les travailleurs qui ont une formation spécifique (via les organismes de réglementation professionnelle et les associations) ou établir un arrangement coopératif avec des organismes de réglementation professionnelle, des associations ou des agences de bénévoles qui maintiennent déjà de telles listes.

Les provinces et les territoires sont encouragés à examiner la législation relative aux activités professionnelles et à la protection de la vie privée afin de déterminer la meilleure façon de maintenir de telles listes. Il pourrait être mieux, tant sur les plans légaux et de l'efficacité, de demander à des professionnels de donner leur nom comme travailleurs bénévoles en cas de pandémie. Il serait également bon de fournir un certain incitatif sous la forme de formation gratuite, de frais d'autorisations d'exercer subventionnés, etc., afin d'encourager les professionnels à donner leur nom comme bénévole.

Élaborer des méthodes visant à assurer que :

- des travailleurs qualifiés soient contactés rapidement et facilement,
- les travailleurs soient placés là où on en a le plus besoin,
- la formation et les qualifications des travailleurs soient consignées dans un registre afin d'assurer qu'ils aient des qualifications adéquates.

### **3.2.2 Révision des mesures législatives d'urgence relatives aux travailleurs de la santé**

La législation sur la protection civile comprend de nombreuses dispositions sur la gestion des travailleurs durant une crise. Cela comprend le recrutement de personnel professionnel et autre personnel rémunéré, ainsi que des bénévoles, la gestion des ressources humaines et la protection des bénévoles. La planification en cas de pandémie doit être intégrée dans la mesure du possible aux plans d'urgence des instances, afin de faire le meilleur usage des ressources et des plans existants. Il n'y a aucune garantie qu'une situation de crise nationale soit déclarée; les instances doivent être préparées à fonctionner dans de telles circonstances. Par conséquent, il convient de baser la planification des ressources humaines sur les plans existants sans attendre une déclaration.

Les dispositions suivantes de la législation s'appliquent particulièrement aux questions rattachées aux ressources humaines, y compris :

- autorité relative aux autorisations d'exercer et au champ d'application de l'exercice, ainsi que la capacité du gouvernement à faire des modifications unilatérales durant une crise,
- sécurité et protection des travailleurs (l'une des principales responsabilités),
- équité en matière de rémunération,
- assurances, tant du lieu que des accidents de travail et autres formes d'assurance,
- formation,
- fourniture de vêtements et d'équipement,
- sécurité d'emploi des travailleurs ayant pris congé pour aider durant la crise.

## Réquisition de la main-d'œuvre

En vertu des mesures législatives, les provinces et les territoires peuvent avoir l'autorité de désigner des « services essentiels » et des travailleurs, et ont le pouvoir d'obliger toute personne à travailler ou de réquisitionner le bien d'un particulier moyennant indemnisation, *en dernier recours*.

Cette question a été soulevée en raison de l'insuffisance actuelle de travailleurs de la santé et de la crainte que ces travailleurs et d'autres puissent refuser de travailler durant une pandémie pour cause de modifications des responsabilités inhérentes au poste, de la peur d'être infectés, de responsabilités familiales ou pour d'autres raisons. Le sous-groupe souligne toutefois l'extrême difficulté de faire adopter et de respecter une telle législation et il encourage fortement les instances à examiner toutes les autres méthodes de recherche de travailleurs de la santé, avant une pandémie.

### 3.2.3 Faire de la formation

Les professionnels de la santé, tant ceux qui travaillent présentement dans leurs domaines que ceux qui travaillent ailleurs ou qui sont à la retraite, ainsi que les bénévoles peuvent profiter de la formation et de la communication des plans en cas de pandémie. Tout en recherchant des compétences précises, la formation et la communication peuvent être orientées vers l'état de préparation, le changement de rôles et de responsabilités, la supervision de bénévoles, la gestion de crises et la planification d'urgence.

#### a) Commencer dès maintenant la formation et la sensibilisation

Il y aura très peu de temps à consacrer à une formation efficace lorsqu'une pandémie démarrera. Par conséquent, la formation doit être intégrée aux programmes existants durant la période interpandémique. L'intégration des compétences nécessaires, lors d'une pandémie, à la formation existante réduira les coûts, améliorera l'efficacité et renforcera la préparation.

La formation et la sensibilisation seront nécessaires afin de :

- motiver le développement d'une capacité d'intervention, notamment l'identification des responsabilités et des activités de préparation, dans les lieux de soins pour malades aigus,
- faciliter la compréhension des conséquences d'une pandémie, les questions de vaccination et d'éthique, parmi les fournisseurs de soins de santé, avant la pandémie,
- recruter des travailleurs prêts à prendre de nouvelles responsabilités durant la pandémie,
- encourager les travailleurs de la santé à maintenir leurs compétences et leurs autorisations d'exercer pendant qu'ils travaillent ailleurs,
- développer des compétences spécifiques reliées à l'influenza pandémique.

#### b) Identification des exigences en matière de compétences/connaissances

Les travailleurs de la santé devront être compétents et bien informés dans les domaines de la prévention des infections, de la gestion des crises, de la supervision des travailleurs et du travail auprès des familles affligées, ce qui n'est peut-être pas une partie importante de leurs responsabilités actuelles. De plus, il serait utile d'élargir et de maintenir l'effectif de professionnels de la santé et d'autres personnes ayant une formation sur l'oxygénothérapie, l'utilisation des ventilateurs et les soins à prodiguer aux patients qui emploient des ventilateurs.

Les compétences administratives, en termes de procédures de suivi des patients, seront également requises dans les établissements de soins de santé qui sont débordés, ainsi que les personnes qui sont en mesure d'éduquer les patients et les familles sur l'autogestion de la santé, facilitant ainsi le congé précoce des patients de l'hôpital. Idéalement, tous les

travailleurs de la santé devraient recevoir une formation sur les principes de l'autogestion de la santé, puisqu'ils seront la première source d'information auprès de leurs patients, des familles et des communautés. (Voir l'annexe des *Lignes directrices relatives aux soins cliniques* du Plan pour de plus amples renseignements sur l'autogestion de la santé.)

Il est toutefois reconnu que les programmes de formation qui ciblent ces compétences devront être élaborés en vue d'une mise en œuvre rapide et efficace une fois qu'une pandémie est déclarée, en raison de la difficulté de maintenir plusieurs de ces compétences sans en faire un usage constant.

Il est également conseillé d'élaborer un plan spécifique de formation ou de recyclage des travailleurs de la santé qui ne travaillent pas actuellement dans le domaine des soins de santé, les retraités par exemple.

#### c) Former le formateur

Les autorités sanitaires et les organismes de bénévoles existants peuvent établir des programmes de « formation du formateur ». Grâce à ce processus, il est possible de maintenir un groupe d'individus formés, durant la période interpandémique, lesquels seraient disponibles pour mettre en œuvre les programmes de formation aussi rapidement que possible dès le début d'une pandémie.

Afin de faciliter ce processus, il est essentiel de :

- identifier et former les personnes qui connaissent les tâches et qui font preuve de bonnes aptitudes en communication pour agir en tant que formateurs durant la pandémie,
- identifier les ressources de formation utiles aux formateurs en milieu de travail,
- assurer qu'il y ait des manuels de procédures/d'instruction adéquats et faciles à utiliser pour les tâches telles que les admissions, le suivi des patients, etc.,
- utiliser et partager les programmes de formation et le matériel existants qui peuvent être adaptés à une influenza pandémique.

#### d) Planifier dès maintenant la formation à offrir durant la période pandémique

Une grande partie de la formation devra être faite une fois la pandémie commencée. Le personnel qui ne travaille pas actuellement dans le domaine des soins de santé et les bénévoles pourraient n'arriver qu'une fois la pandémie commencée. De plus, il pourrait s'avérer nécessaire de mettre à jour la formation à un moment plus rapproché de la période pandémique. Les préparations suivantes devraient être faites à l'avance afin d'assurer que les choses se fassent rapidement et efficacement durant la pandémie :

- identifier la formation qui sera donnée après la déclaration de la pandémie,
- identifier et obtenir les ressources de formation qui peuvent être testées et utilisées durant la période pandémique,
- former les formateurs – (voir ci-dessus),
- planifier où et comment la formation sera donnée durant la pandémie.

### **3.2.4 Examen des questions relatives aux assurances et aux autorisations d'exercer**

Une couverture d'assurance et de responsabilité doit être fournie aux stagiaires, aux bénévoles, aux retraités et aux autres travailleurs qui sont recrutés pour fournir des services de soins de santé durant une pandémie. Un traitement plus approfondi des questions relatives aux assurances et à la responsabilité est présenté à l'annexe portant sur les *Lignes directrices à*

*l'intention des lieux de soins de santé et des soignants non traditionnels* (Annexe J). Bien que ces questions feront l'objet d'une enquête à l'échelle nationale, chaque province et territoire devra examiner la législation et les politiques existantes afin de déterminer comment cela pourrait être effectué dans leurs instances respectives.

a) Assurance responsabilité pour les travailleurs et les bénévoles

La nécessité d'étendre les champs d'application de l'exercice peut avoir des répercussions sur la protection offerte par l'assurance responsabilité/contre la faute professionnelle.

b) Indemnisation des travailleurs

Un protocole d'entente (PE) entre le Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile (anciennement Protection civile Canada) et les provinces et territoires revendique que les bénévoles autorisés ou les personnes contraintes/conscrites à travailler d'urgence dans des services soient protégés par l'indemnisation des travailleurs durant l'intervention d'urgence, pour autant qu'ils soient inscrits. Certaines organisations bénévoles ont souscrit à un régime d'assurance responsabilité pour leurs bénévoles.

Dans certaines circonstances, les bénévoles qui s'inscrivent auprès d'organisations désignées peuvent être couverts par l'indemnisation des travailleurs en vertu de la législation d'exception. Toutefois, plusieurs questions demeurent à résoudre avec les commissions des accidents du travail au niveau provincial :

- La police requiert-elle une déclaration de l'état d'urgence et par quel palier de gouvernement ou l'assurance prend-elle effet lorsque le ministre de la Santé déclare une pandémie?
- La définition des travailleurs de la santé à cette fin.
- La définition des bénévoles à cette fin.
- L'indemnisation est habituellement basée sur la perte de revenu, ou, dans certains cas, les bénévoles peuvent être des retraités, des personnes au foyer ou des travailleurs autonomes. L'indemnisation couvrirait-elle les coûts liés aux autres responsabilités de la personne, telles que les obligations familiales?
- L'indemnisation serait-elle disponible si les bénévoles tombaient malade au lieu de se blesser?
- Cela comprend-il l'assurance décès et l'indemnité de mutilation?

Veiller à ce que chaque assurance soit disponible indépendamment du besoin d'une « déclaration de l'état d'urgence ».

c) Transfert d'autorisations d'exercer entre instances

*(Cette section est actuellement en révision, en attente de la discussion avec les organismes des provinces et territoires délivrant les autorisations d'exercer.)*

Chaque province et territoire doit assurer une liaison avec les organismes de réglementation professionnelle de son instance durant la période interpandémique au sujet des questions d'autorisation d'exercer. De plus, les organismes de réglementation professionnelle pourraient avoir à assurer une liaison et à consentir des privilèges à des professionnels provenant de l'extérieur de la province, reposant sur leur qualité dans une autre instance.

### **3.2.5 Immunisation des travailleurs de la santé**

Bien qu'il soit peu probable qu'un vaccin dirigé contre la souche d'influenza pandémique soit disponible avant l'arrivée de la pandémie au Canada, le statut des autres immunisations recommandées des travailleurs de la santé doit être à jour. Étant donné que les immunisations

nécessitent divers délais et que certains requièrent plus d'une dose pour bâtir une immunité, il sera vraisemblablement impossible de les fournir tous une fois la pandémie déclarée ou de les fournir dans les délais appropriés faute d'un manque d'approvisionnements et de ressources humaines.

Une fois qu'un vaccin dirigé contre la souche pandémique devient disponible, le vaccin sera distribué selon les recommandations de fixation des priorités pour les sujets vaccinés convenues au niveau national. Une liste préliminaire de groupes prioritaires a été élaborée par le Sous-groupe sur les vaccins et elle figure à l'Annexe D du Plan. La priorité et la composition de ces groupes peuvent changer en fonction de l'épidémiologie de la pandémie. Il est toutefois largement reconnu que les travailleurs de la santé sont essentiels à l'intervention contre la pandémie et qu'il faut leur accorder une priorité élevée quant à l'immunisation durant une pandémie.

### **3.2.6 Soutien des travailleurs de la santé**

Durant une pandémie, les travailleurs de la santé nécessiteront un soutien personnel considérable pour poursuivre leur travail. Durant la période interpandémique, il est important de prévoir comment ces services pourraient être fournis. Certaines stratégies peuvent demander des changements de politique ou même de législation afin d'assurer la disponibilité des travailleurs de la santé durant la pandémie. Le soutien offert aux travailleurs de la santé peut inclure :

- Soutien personnel de base – veiller à ce que des aliments et des services soient disponibles pour les travailleurs de la santé dans le lieu de travail.
- Soutien affectif/counseling des personnes affligées (visant à permettre aux travailleurs de poursuivre leur travail et à réduire les pertes de personnel en raison de la peine ou du stress traumatique).
- Soins familiaux (pour les enfants, les personnes âgées, les membres malades de la famille qui ne nécessitent pas d'hospitalisation). Cela pose un sérieux problème de prévention des infections lorsque des enfants ou des personnes âgées sont rassemblés pour bénéficier de soins de groupe.
- Protection de l'emploi des travailleurs de la santé qui sont réaffectés à d'autres emplois durant une pandémie.
- Protection de l'emploi des conjoints qui prodiguent des soins de famille pour permettre aux travailleurs de la santé de travailler.

Les autorités sanitaires peuvent mettre à profit les programmes existants de soutien aux employés pour élaborer des programmes en cas de crise. Cela pourrait inclure de :

- contacter les services de soutien existants,
- travailler avec les aumôniers, les conseillers et les socio-psychologues pour personnes affligées afin d'élaborer des programmes de soutien en cas de crise incluant un soutien aux personnes affligées et un counseling pour le stress traumatique,
- déterminer si des programmes de soins pour enfants ou familiaux conviendraient au(x) lieu(x) et où et comment ils seraient mis sur pied (p. ex., contrat avec le YM/YWCA),
- révision de la législation pour déterminer s'il existe une protection pour les conjoints qui assument les responsabilités de garde d'enfant pour permettre aux travailleurs de la santé de poursuivre leur travail.

### **3.3 Gestion des ressources humaines durant la période pandémique**

Si la pandémie se produit dans d'autres pays avant d'arriver au Canada, des renseignements sur l'épidémiologie de la souche pandémique seront diffusés à l'échelle internationale à mesure qu'ils seront disponibles. Les planificateurs devront examiner chaque parcelle de nouvelle information pour prévoir comment cela pourrait influencer sur leur propre population et potentiellement réviser les plans d'affectation des ressources humaines en fonction de cette information.

Les étapes/activités suivantes devront se produire durant la période pandémique afin d'optimiser les ressources humaines suivant l'intervention :

- organiser le déploiement de travailleurs de la santé
- travailler avec le personnel de gestion d'urgence et se servir de la législation sur la protection civile au besoin
- mettre en œuvre les plans de formation et de communication
- gérer les questions d'assurance et d'autorisation d'exercer
- répondre aux besoins d'immunisation
- soutenir les travailleurs de la santé

#### **3.3.1 Organisation du déploiement des travailleurs de la santé**

Une fois ce point atteint, il faudra activer l'Équipe de planification des ressources humaines et recruter de nouveaux membres qui pourraient être vitaux à la mise en œuvre des plans élaborés précédemment. Cela facilitera la gestion coordonnée des questions liées aux ressources humaines. Voici les étapes ultérieures à suivre :

- Identifier les postes clés et de supervision, ainsi que les personnes qui les rempliront.
- Selon les niveaux de dotation en personnel actuels et en supposant qu'un taux d'atteinte similaire affecterait le personnel et le reste de la population, estimer les besoins en personnel additionnel pour chacune des régions.
- Réaffecter le personnel lorsque cela est nécessaire.
- L'Équipe, conjointement avec les autorités sanitaires locales, doit faire une mise à jour de l'inventaire du personnel actuel, du nombre de lits et des lieux de soins pour malades aigus.
- Réviser les bases de données sur les travailleurs et les bénévoles établies durant la période interpandémique.
- Faire appel à du personnel – Communiquer avec le public et les travailleurs de la santé qui ne travaillent pas présentement, au sujet du besoin possible de personnel additionnel.
- Faire une sélection préliminaire du personnel additionnel.
- Faire de la formation – du personnel existant pour des tâches spéciales et former le personnel additionnel.
- Déployer le personnel.

#### **3.3.2 Coordination de l'intervention avec le personnel de gestion d'urgence**

Durant une pandémie, la relation entre les organismes d'intervention d'urgence et le personnel, et les autorités médicales et le personnel détermineront l'intervention globale contre la crise. Le meilleur déploiement des travailleurs de la santé et des autres travailleurs essentiels sera le résultat d'une communication bien établie et cohérente entre le personnel de l'état de préparation à l'urgence et les autorités sanitaires.

La planification préalable doit être axée sur l'établissement de stratégies de communication et de protocoles qui permettent une communication quotidienne continue, directe et intégrée durant la période pandémique. La compréhension et la mise en œuvre de la législation existante, les stratégies, les ressources et les moyens de communication transparents avec les travailleurs de la santé et les autres travailleurs essentiels, ainsi qu'avec le public permettront aux autorités de mettre en œuvre de façon efficace des stratégies adéquates de gestion des ressources humaines durant la crise.

### **3.3.3 Mise en œuvre des plans de formation et de communication**

Durant la période pandémique, une identification sera faite du personnel et des bénévoles qui requièrent de la formation additionnelle. Cela comprendra de la formation telle que : le travail avec les patients ventilés et les compétences de soutien de base telles que les procédures de stérilisation, la gestion des admissions, etc., pour permettre aux travailleurs qualifiés et diplômés de la santé d'assumer des tâches additionnelles. Il est vital que la formation soit rapidement et facilement accessible en formats courts, pratiques et préférablement « en milieu de travail » lorsque cela est possible.

- Identifier les personnes expérimentées, celles qui connaissent les tâches et qui ont des aptitudes adéquates de communication et leur fournir les ressources qui leur permettront de former d'autres personnes. (Voir Former le formateur ci-dessus.) Veiller à ce que les formateurs et les personnes expérimentées demeurent disponibles pour être consultés et donner de la formation sur une base continue.
- Réviser les programmes de formation et mettre en relief les groupes de compétences en fonction de l'épidémiologie de la maladie.
- Faire usage du temps qui s'écoule entre la déclaration de la pandémie par l'OMS/Santé Canada et l'arrivée de la première vague dans l'instance pour former autant de personnel et de bénévoles que possible à des tâches générales et spécifiques.
- Faire appel aux organismes existants tels que l'Ambulance Saint-Jean et la Croix-Rouge afin d'accéder aux programmes actuels en mettant l'accent sur les tâches requises dans le traitement des patients atteints d'influenza.
- Maintenir des registres sur les individus qui ont reçu une formation afin d'assurer leur meilleur déploiement.

### **3.3.4 Gestion des questions afférentes aux assurances et aux autorisations d'exercer**

Il sera important de communiquer tout changement nécessaire à apporter aux dispositions visant les autorisations d'exercer et les assurances à toutes les parties concernées. Cela exigera un examen approfondi des dispositions des assurances dans le plan d'urgence des provinces et des territoires, une révision des questions afférentes aux autorisations d'exercer et la communication avec les organismes de réglementation professionnelle, les associations, les collègues, etc., à ce sujet.

Si les arrangements relatifs aux assurances ou aux autorisations d'exercer nécessitent l'activation d'une forme de législation, de règlement ou de déclaration, il convient d'en informer le ministre de la Santé, ainsi que les autres autorités concernées.

Informez les chefs du personnel, les directeurs, les superviseurs et les professionnels en ressources humaines des lieux de soins de santé, des modifications d'autorisation d'exercer et d'assurance et de ce que cela représentera en terme de flexibilité de déploiement du personnel, de dotation en personnel additionnel, d'exigences de déploiement ou de toutes autres

dispositions de la législation, des autorisations d'exercer ou des assurances envers lesquelles l'établissement doit se conformer.

### **3.3.5 Répondre aux besoins en matière d'immunisation**

Les établissements de soins de santé pourraient avoir à fournir du personnel qualifié capable d'administrer des immunisations, avec l'encadrement des autorités sanitaires publiques, pour doter en personnel des cliniques qui ont besoin de personnel et de bénévoles dans leur établissement.

### **3.3.6 Soutien des travailleurs de la santé**

Réviser les plans préparés durant la période interpandémique pour offrir du soutien à tous les travailleurs de la santé, incluant les bénévoles et les retraités, afin de leur permettre de continuer à travailler. Durant une pandémie, les autorités peuvent :

- Établir des services de soutien personnel assurant la livraison de nourriture sur place, des salles de sieste, etc.
- Établir des services de counseling (trouver un bureau, déterminer un horaire).
- Faire appel à des conseillers additionnels, des socio-psychologues pour personnes affligées, des aumôniers, des ecclésiastiques, du personnel de soutien de bureau.
- Établir des services de garde d'enfant/de soutien aux familles.
- Aviser le personnel de la façon d'accéder à ces services.
- Aviser le personnel des protections législatives telles que la protection de l'emploi du conjoint pendant qu'il s'occupe des enfants.

## **3.4 Gestion des ressources humaines durant la période post-pandémique**

Durant cette période, les activités seront axées sur la démobilisation du personnel et des bénévoles. L'intervention suite à la pandémie doit être révisée et réévaluée en termes de ressources humaines de façon à ce que les plans soient révisés au besoin durant cette période ou la période interpandémique.

Il convient de considérer les méthodes qui visent à reconnaître de façon officielle les efforts de tous les travailleurs qui ont pris part à l'intervention contre la pandémie.



## Évaluation de la capacité en lits

Ces feuilles de travail ont été conçues pour aider les établissements à planifier une pandémie d'influenza. Elles peuvent être utilisées en complément des systèmes centralisés de gestion des lits ou être employées seules pour évaluer la capacité en lits et la façon d'atteindre l'utilisation maximale des lits. Les établissements doivent déterminer le nombre maximal de lits disponibles et le nombre d'heures de soins requis pour doter les lits en personnel. Durant une pandémie d'influenza, il y aurait vraisemblablement une modification de l'acuité des lits.

Qui est responsable de collecter cette information? (Vérifier dans le plan d'urgence de votre établissement.)		
Titre du poste		
Qui aura l'autorité et assumera la responsabilité d'appliquer cette information durant une pandémie?		
Titre du poste		
1. Quel est le nombre total de lits non ventilés, sans alimentation en oxygène, qui :		
a) sont présentement ouverts et dotés en personnel?		
b) pourraient être disponibles lors d'une urgence si des ressources supplémentaires étaient disponibles à court terme?	<b>En 72 heures</b>	<b>En 7 jours</b>
Quels sont les facteurs limitants (dotation en personnel, équipement, espace physique, autre)?		
2. Quel est le nombre total de lits non ventilés, avec alimentation en oxygène, qui :		
a) sont présentement ouverts et dotés en personnel?		
b) pourraient être disponibles lors d'une urgence si des ressources supplémentaires étaient disponibles à court terme?	<b>En 72 heures</b>	<b>En 7 jours</b>
Quels sont les facteurs limitants (dotation en personnel, équipement, espace physique, autre)?		
3. Quel est le nombre total de lits ventilés qui :		
a) sont présentement ouverts et dotés en personnel?		
b) pourraient être disponibles lors d'une urgence si des ressources supplémentaires étaient disponibles à court terme?	<b>En 72 heures</b>	<b>En 7 jours</b>
Quels sont les facteurs limitants (dotation en personnel, équipement, espace physique, autre)?		
4. Si une directive faisait interrompre toutes les chirurgies/ admissions non urgentes :	<b>En 72 heures</b>	<b>En 7 jours</b>
a) combien de lits deviendraient disponibles?		
b) combien de lits, avec alimentation en oxygène, deviendraient disponibles?		
c) combien de lits ventilés deviendraient disponibles?		

5. Combien de lits d'urgence ventilés supplémentaires votre hôpital pourrait-il créer ? [N.B. Considérer l'utilisation de toute la capacité de ventilateur, incluant les ventilateurs à débit intermittent, les appareils d'anesthésie par inhalation, la ventilation spontanée en pression positive continue, BiPAP et la disponibilité de l'oxygène/aspiration et alimentation en air, salles de réveil et d'opération et lits en neurosciences.]

a) en supposant la dotation en personnel actuelle (redéploiement permis du personnel) :

**En 72 heures**

**En 7 jours**

b) en supposant des ressources additionnelles de dotation en personnel :

Quels sont les facteurs limitants (dotation en personnel, équipement, espace physique, autre)?

6. Votre hôpital a-t-il une surcapacité pour aider d'autres établissements de soins de santé ou la communauté, comme par exemple, pour le ravitaillement en repas, la capacité de stérilisation?

7. Votre hôpital est-il affilié à un établissement sanitaire qui pourrait avoir une surcapacité en lits?

**Affiliation**

- Centre hospitalier de soins de longue durée
- Unité de désintoxication aiguë
- Établissement de réadaptation
- Unité de crise
- Autre type

**Nombre de lits**

Inventaire des lits (feuille de travail)									
Type de lit	Nombre total de lits matériels dans l'établissement	Nombre de lits matériels avec alimentation en oxygène	Nombre de lits présentement en opération (ouverts et dotés en personnel)	Nombre de lits présentement en opération avec alimentation en oxygène	Estimation de la proportion actuelle de cas/lits pour soins non urgents par rapport à urgents	Nombre de lits pouvant être dotés en personnel en utilisant les ressources actuelles	Espace de lits disponible, avec bouche d'oxygène, sans lit matériel disponible	Espace de lits disponible, sans bouche d'oxygène, sans lit matériel disponible	Commentaires (p. ex., équipement unique, à usage déterminé)
Médical									
Médical spécial/ soins courants									
Chirurgical									
Chirurgical spécial									
Soins coronariens*									
Soins intensifs*									
Pédiatrique									
Obstétrique									
Pouponnière de soins spéciaux									
Unité néonatale des soins intensifs									
Salle commune de jour									
Salle de réveil*									
Laboratoire de sommeil									
Salles fermées									
Autre									
TOTAL									

\* Indique les endroits actuellement utilisés pour la ventilation, qui pourraient être utilisés pour la ventilation d'urgence.

Inventaire des ventilateurs (feuille de travail)											
Types de ventilateur	Soins intensifs	Soins coronariens	Médical spécial/soins courants	Salle de réveil	Salle d'opération	Service des urgences	Entreposé	En réparation	Laboratoire de sommeil	Physiothérapie	Autre
Oxylog											
Bird											
Ventilation spontanée en pression positive continue											
BiPAP ventilation spontanée											
TOTAL											

Considérations de la capacité ventilatoire d'urgence (feuille de travail)									
Biens	Soins intensifs	Soins coronariens	Dépendance élevée	Salle de réveil	Salle d'opération	Service des urgences	Neurosciences	Laboratoire de sommeil	Autre
Aspiration									
Bouche d'oxygène									
Bouche d'air médical									
Écoulement d'air (pression négative)									
Écoulement d'air (pression positive)									
Monitoring en salle									
Lit matériel									
Espace, sans lit matériel									

