PHY L01D - PLAN DE GESTION DE CRISE EN MILIEU HOSPITALIER

Programme de formation

PANDÉMIE INFLUENZA





Ce document de formation a été produit en 2006 afin de soutenir les professionnels de la santé lors de pandémies de grippe. Veuillez noter que si les contenus peuvent toujours être pertinents, ils n'ont pas été mis à jour depuis leur production.
Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes. Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source. © Gouvernement du Québec, 2006

MISE EN SITUATION	4
NTRODUCTION	4
LE PLAN	4
PLANIFICATION ET INTERVENTION	5
Avant-propos	5
1. Le comité de gestion stratégique	6
1.1 structure et composition du comité de gestion stratégique	6
1.2 Responsabilités du comité de gestion stratégique	7
1.3 Responsabilités des directeurs des services en situation de pandémie	7
2. Le comité de planification et d'intervention (CoPIn)	8
2.1 Structure et composition du CoPIn	9
2.2 Responsabilités du CoPIn	9
PLAN DE GESTION DE CRISE	10
Avant-propos	10
1. Première étape : l'évaluation de la situation	13
1.1 Les critères utilisés pour établir le niveau D	13
1.2 Les caractéristiques des niveaux D1, D2 et D3	15
2. Seconde étape : les interventions reliées aux niveaux D1, D2 et D3	16
MONITORAGE DE LA SITUATION	19
Avant-propos	19
1. Les variables liées à l'indice critique de fonctionnement dans le centre hospitalier	20
1.1 À l'urgence	23
1.2 Au centre hospitalier ou au SNT soins et admission	25
RÉSUMÉ	33
Du plan gouvernemental au plan local	33
Planification et intervention	33
Plan de gestion de crise	33
Première étape : l'évaluation de la situation	34
La seconde étape : les interventions reliées aux niveaux D1, D2 et D3	34
Monitorage de la situation	35

CE QUE JE RETIENS	35
RÉFÉRENCE	40
CRÉDITS	41
Coordonnatrice	41
Experts de contenu	41
Collaborateurs	41
Validation scientifique	41
Conception pédagogique	41
Recherche et essais	41
Révision linguistique	41
Médiatisation	41

MISE EN SITUATION

Nous sommes au début du mois de janvier et la transmission communautaire du virus pandémique vient d'être confirmée, à quelques heures près, dans trois centres hospitaliers; dans ces centres, le niveau D est décrété.

Avez-vous une idée de ce que cela veut dire?

Une portion importante des modules de formation sur la pandémie s'applique à décrire et à documenter les services offerts à la population en situation de pandémie d'influenza. On effectue des projections de prévisions basées sur des simulations, on trace des trajectoires de soins, on prépare un guide destiné à la population, etc.

Toute cette mobilisation repose sur une structure organisationnelle qui prend vie sur le terrain. Quelle est cette structure? D'où provient-elle? Quelles sont les responsabilités des différents intervenants et à quels moments interviennent-ils? Quelles informations sont requises à leur monitorage? Voilà autant de points qui seront traités dans ce module.

Vous qui êtes gestionnaire, coordonnateur médical à l'urgence, infirmière à la gestion des lits, assistante infirmière-chef, infirmière en prévention des infections, membre du personnel de communication régionale et locale, pilote local et régional, voici votre module!

INTRODUCTION

Le but de ce module est de connaître les différents niveaux du plan de gestion de crise en milieu hospitalier et les interventions à mettre en œuvre.

Les objectifs de ce module sont les suivants :

- Situer le plan de gestion de crise dans le plan des mesures d'urgence (PMU) spécifique aux maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) et le Plan local de lutte à une pandémie d'influenza (PLPI-MS).
- Comprendre l'organisation de la structure de planification et d'intervention dans un hôpital.
- Connaître le plan de gestion de crise.
- Comprendre l'utilisation de l'information requise à des fins de monitorage et l'importance de la transmission de l'information.

LE PLAN

Le modèle développé dans ce processus sert de base pour créer le plan d'intervention spécifique des maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) dans le contexte d'une pandémie



d'influenza et peut aussi servir de base à d'autres plans spécifiques de réception de malades

souffrant d'une infection autre que respiratoire.

Le plan des mesures d'urgence (PMU) spécifique aux maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI), présenté dans la figure 1, s'inscrit dans le Plan gouvernemental en cas de pandémie d'influenza. Il représente l'adaptation du plan des mesures d'urgence (PMU) de la Mission centre hospitalier et devient un plan spécifique d'intervention pour une réception massive de malades infectieux.

Ce plan couvre les cinq volets du plan d'intervention spécifique des maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) : la santé physique, les services psychosociaux, le maintien des services, les communications et la santé publique.

Le plan de gestion de crise permet de maintenir les activités essentielles tout en intervenant auprès de la clientèle touchée par la pandémie.

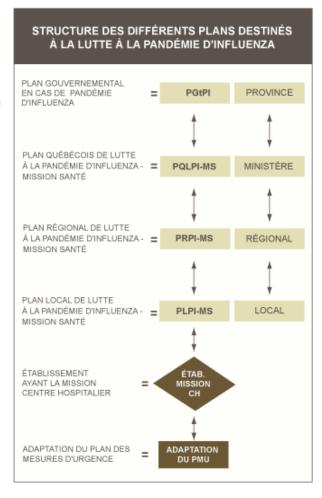


Figure 1 – Passage du plan des mesures d'urgence (PMU) au plan des mesures d'urgence spécifique aux maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI)

PLANIFICATION ET INTERVENTION

Avant-propos

Le plan des mesures d'urgence (PMU) spécifique aux maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) permet d'opérationnaliser les mesures dans les cinq volets du Plan local de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé (PLPI-MS) en établissant une structure de coordination dans l'établissement et en précisant les responsabilités de chacun.

Dans chaque établissement, il existe une structure de coordination pour les plans de mesures d'urgence. Dans le contexte d'une pandémie d'influenza, cette structure repose sur deux comités clés :

le comité de gestion stratégique,

• le comité de planification et d'intervention (CoPIn).

La figure 2 présente cette structure de coordination.

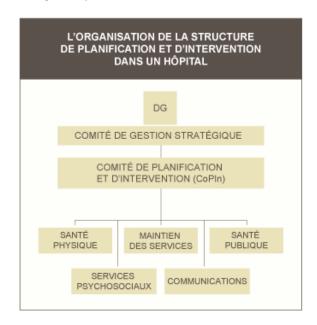


Figure 2 – L'organisation de la structure de planification et d'intervention dans un hôpital

1. Le comité de gestion stratégique

1.1 structure et composition du comité de gestion stratégique

La figure qui suit montre la composition et la structure du comité de gestion stratégique.



Figure 3 – La structure et la composition du comité de gestion stratégique

1.2 Responsabilités du comité de gestion stratégique

Les responsabilités du comité de gestion stratégique sont établies en fonction des différents moments d'action, soit la préparation, l'intervention et le rétablissement. Le tableau 1 présente ces responsabilités.

Tableau 1 – Les responsabilités du comité de gestion stratégique selon les trois moments d'action

MOMENTS D'ACTION	RESPONSABILITÉS
Préparation	 S'assurer du processus de décision et de communication lors de l'apparition de cas isolés ou multiples dans l'établissement ou dans la région. Mettre en place le CoPIn. Déterminer les priorités en matière de préparation aux mesures d'urgence. Organiser un programme d'exercices dans l'établissement. Approuver le PPI/MRSI/PI*. S'assurer que le comité d'éthique s'approprie les éléments du PPI/MRSI/PI devant générer des avis éthiques. Approuver les mises à jour du PPI/MRSI/PI.
Intervention	 Mettre en place les plans. Assurer une réponse locale dans l'établissement en situation de maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI)/PI. Représenter l'établissement auprès de l'Agence. Représenter l'établissement auprès des médias et des partenaires.
Rétablissement	 S'assurer du retour aux activités courantes de l'établissement. Maintenir une vigilance en fonction d'une vague ultérieure. Évaluer la qualité des interventions. Mettre en oeuvre les modifications à apporter à l'état de préparation de l'établissement.

^{*} PPI/MRSI/PI : Plan de prévention des infections/maladies respiratoires sévères infectieuses/en situation de pandémie d'influenza

1.3 Responsabilités des directeurs des services en situation de pandémie

Ces responsabilités sont assumées par les différentes directions du centre hospitalier (CH). La figure 4 présente les responsabilités des directeurs des différents services en situation de pandémie.

LES RESPONSABILITÉS DES DIRECTEURS DES DIFFÉRENTS SERVICES SANTÉ PHYSIQUE SANTÉ PUBLIQUE SERVICES MAINTIEN COMMUNICATIONS **PSYCHOSOCIAUX** DES SERVICES DIRECTEUR DES DIRECTEUR OU DIRECTEUR OU SERVICES RESPONSABLE DES RESPONSABLE DIRECTEUR DES DIRECTEUR DES PROFESSIONNELS COMMUNICATIONS DE LA SANTÉ SERVICES RESSOURCES PROFESSIONNELS HUMAINES PUBLIQUE DIRECTION DES Responsabilités SOINS INFIRMIERS Responsabilités Responsabilités Responsabilités Communication Repérage Gestion des avec le personnel Surveillance Responsabilités psychosocial du réseau mouvements de Prestation Prévention et la main-d'œuvre des services et · Intervention contrôle des Communication priorités de soins infections psychosociale · Maintien et avec les médias développement · Traitements aux Antiviraux en · Supervision Communication des compétences antiviraux prophylaxie clinique avec la population · Site non Vaccination traditionnels DIRECTEUR (SNT) de soins Mesures générales SERVICES de santé publique · Disposition des **TECHNIQUES** dépouilles · Gestion des cas Responsabilité et des contacts · Gestion de l'approvisionnement des fournitures et des équipements DIRECTEUR DES RESSOURCES FINANCIÈRES Responsabilité Documentation des coûts reliés à la pandémie DIRECTEUR DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES Responsabilité Utilisation des ressources informationnelles fiables

Figure 4 – Les responsabilités des directeurs des différents services en situation de pandémie

2. Le comité de planification et d'intervention (CoPIn)

Le comité de planification et d'intervention (CoPIn) agit durant les phases 1 à 5 (OMS et MSSS) de la pandémie. Il est consultatif et voit à la planification des actions et des systèmes activés en phase 6 de la pandémie. La figure 5 montre la structure et la composition du CoPIn.

2.1 Structure et composition du CoPIn

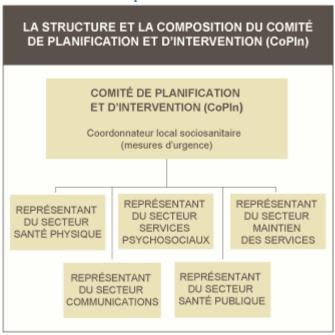


Figure 5 – La structure et la composition du CoPIn

2.2 Responsabilités du CoPIn

Les responsabilités du CoPIn sont aussi établies selon les trois moments d'action suivants : la préparation, l'intervention et le rétablissement.

Le tableau qui suit résume les responsabilités du CoPIn.

Tableau 2 – Les responsabilités du CoPIn

MOMENTS D'ACTION	RESPONSABILITÉS
Préparation	 Concevoir et actualiser un PPI/MRSI/PI* dans l'établissement. Voir à l'application des mesures de prévention usuelles et respiratoires. Mettre en place une équipe d'intervention MRSI. Organiser les structures et les mécanismes liés à la coordination : activités, locaux, équipements, etc. Offrir un programme de formation au personnel de l'établissement et au personnel alternatif. Concevoir un programme de simulations et d'exercices. Actualiser un programme de simulations et d'exercices. S'assurer de la mise en place du dépistage précoce d'une MRSI ou d'un SAG. S'assurer de la surveillance des pneumonies dans un contexte épidémiologique suspect

	(MRSI) en fonction de la définition des cas.
Intervention	 Assurer la coordination des opérations. S'assurer de la mise en place des mesures et des activités pour chacune des sections du PPI/MRSI/PI. Actualiser le PPI/MRSI/PI pour tous les volets. Assurer la coordination des activités du PPI/MRSI/PI. Intégrer les ressources humaines alternatives (RHA). Mettre en place le dépistage systématique des patients, des accompagnateurs et des visiteurs. Voir à l'application des mesures et des activités pour chacun des volets du PPI/MRSI/PI. S'assurer du lien entre l'établissement et le réseau
Rétablissement	 S'assurer de la mise sur pied des activités de rétablissement pour chacune des sections. Assurer le suivi de l'intervention à l'échelle de l'établissement. Bonifier le PPI/ MRSI/PI, les plans particuliers d'intervention et les activités de formation en fonction des apprentissages acquis à la suite des interventions faites dans un contexte de MRSI. Maintenir une vigilance en fonction de l'arrivée d'une vague ultérieure. Assurer le suivi de l'intervention à l'échelle régionale.

^{*} PPI/MRSI/PI : Plan de prévention des infections/maladies respiratoires sévères infectieuses/en situation de pandémie d'influenza

PLAN DE GESTION DE CRISE

Avant-propos

Le plan de gestion de crise permet de maintenir les activités essentielles en intervenant auprès de la clientèle touchée par la pandémie, par une évaluation précoce de la situation et la mise en œuvre d'actions qui visent à éviter d'atteindre une situation extrême.

Dans un établissement, la réponse à la présence d'une maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI) se fait de façon graduée et elle est liée à l'activité de la MRSI en cause. Les activités mises en place sont également tributaires de la présence ou non de transmission nosocomiale. Les niveaux d'alerte propres à la situation hospitalière évoluent progressivement selon le stade de l'épidémie mondiale et locale et vont d'une situation normale (niveau A) jusqu'à un niveau de large transmission communautaire (niveau D).

Tableau 3 – Les niveaux d'activités dans le centre hospitalier en fonction des phases pandémiques définies par l'OMS et le MSSS

PÉRIODES	MSSS	CHSGS

SELON L'OMS	PHASES	MOMENTS D'ACTION				
Interpandémique Interpandémique	Phase 1 Phase 2	Préparation Préparation	Niveau A	Aucune activité des MRSI dans le monde Niveau normal d'activités préventives/étiquette respiratoire		
Alerte pandémique	Phase 3	Préparation	Niveau A+	Potentiel de MRSI dans le monde sans transmission interhumaine efficace Surveillance des pneumonies avec contexte épidémiologique suspect		
	Phase 4 Phase 5	Préparation	Niveau B	Présence de MRSI dans le monde avec transmission interhumaine Potentiel faible à modéré de cas importés Niveau de vigilance augmenté Niveau de dépistage précoce et augmenté Questionnair e ciblé chez les patients symptomatiq ues	S'il y a des cas dans l'établissement, y a-t-il présence de transmission nosocomiale ? NON OUI Activités NIVEAU N selon le Éclosion dans niveau en cours Recommandations de la Direction de la santé publique(DSP)	
Pandémie Transmission accrue et durable dans la population générale	Phase 6	Intervention	Niveau C	Transmission au Canada et/ou limitrophe au Québec Potentiel important de		

	cas	
	importés	
	Niveau	
	d'application	
	systématiqu	
	e du	
	dépistage	
	de tout	
	patient	
	inscrit ou	
	admis et de	
	tout	
	accompagn	
	ateur	
	■ Vigilance	
	des visiteurs	
	symptomati	
	ques (unités	
	de soins)	
Niveau	Transmission	
D	communautaire	
	au Québec	
	Niveau D1 :	
	 Situation de 	
	déclenchem	
	ent du plan	
	de gestion	
	de gestion de crise	
	de crise	
	de crise Présence	
	de crise Présence de cas dans	
	de crise Présence de cas dans l'installation	
	de crise Présence de cas dans l'installation Niveau D2 :	
	de crise Présence de cas dans l'installation Niveau D2: Situation	
	de crise Présence de cas dans l'installation Niveau D2: Situation considérée	

			Niveau D3 : Situation considérée comme extrême	
Retour à la période interpandémique	Période post- pandémique	Rétablissement		
Deuxième vague o	u vagues	Intervention		

1. Première étape : l'évaluation de la situation

L'indice critique de fonctionnement, le niveau D, est utilisé pour évaluer la situation dans le centre hospitalier (CH). Rappelons que cet indice est subdivisé en trois pour les besoins du plan de gestion de crise :

- D1 : Situation de déclenchement en présence de cas dans l'établissement
- D2 : Situation considérée comme difficile
- D3 : Situation considérée comme extrême

Aussitôt qu'apparaîtra au Québec la transmission communautaire du virus pandémique, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) resserrera les mesures prévues dans les phases antérieures. Le niveau D sera décrété dans le centre hospitalier (CH) dès l'apparition du premier cas dans l'hôpital. Aucun autre indice ne sera requis pour appliquer les mesures prévues en D1 puisqu'il est probable que l'apparition d'un cas soit suivie très rapidement de nombreux autres cas. Les autres indices de fonctionnement requis pour l'évaluation de la situation pourront ou non être légèrement altérés.

1.1 Les critères utilisés pour établir le niveau D

L'indice critique de fonctionnement dans le centre hospitalier (CH), le niveau D, est établi à partir de neuf critères regroupés dans deux catégories : les critères « santé physique » et les critères « maintien des services ».

Le tableau qui suit présente ces critères pour évaluer la situation.

Tableau 4 – Critères utilisés dans le plan de gestion de crise pour évaluer la situation

PLAN DE GESTION DE CRISE/ÉTAPE DE L'ÉVALUATION DE LA SITUATION, NIVEAU D « TRANSMISSION COMMUNAUTAIRE AU QUÉBEC »

CLASSIFICATION « ABCD » MRSI DANS UN CENTRE HOSPITALIER

Ir	ndice critique de fonctionnement dans le centre hospitalier	Situation de déclenchement	Situation difficile	Situation extrême
		NIVEAU D1	NIVEAU D2	NIVEAU D3
L	es critères « santé physique »			
	1.Occupation des civières à l'urgence			
	2.Achalandage (nombre de visites à l'urgence dans les 24 dernières heures)			
*	3.Achalandage avec un SAG (urgence et SNT de soins ambulatoires)			
	4.Taux d'occupation des lits (lits fonctionnels/débordements)			
	5.Taux d'occupation des lits soins intensifs			
	6.Nombre de respirateurs disponible			
*	7.Taux de lits occupés par patient avec diagnostic (influenza/pneumonie/SAG)			
L	es critères « maintien des services »			
*	8. Taux de personnel absent dans les secteurs critiques par quart de travail (soins intensifs + urgence)			
	9.Taux de personnel absent dans les unités de soins par quart de travail et les unités techniques et auxiliaires			

Les données requises pour le calcul de l'indice critique de fonctionnement sont disponibles dans le relevé quotidien de la situation de l'urgence et du centre hospitalier (RQSUCH). Ce relevé quotidien comprend deux formulaires : un pour l'urgence et un pour le centre hospitalier. Il est alimenté chaque jour par le personnel des installations de soins de courte durée d'une unité

^{*} Critères les plus pertinents pour évaluer la situation.

d'urgence, qui remplit seulement le formulaire du relevé de l'urgence. Le personnel des installations (entité dans un établissement) qui s'occupe à la fois d'une unité d'urgence et d'un centre hospitalier de soins de courte durée, remplit les deux formulaires.

L'évaluation de la situation est le résultat de la comparaison entre la demande de service (achalandage, occupation) et l'offre de service disponible (ressources humaines et matérielles ainsi que ressources en hébergement). Les valeurs de référence (pourcentage d'augmentation, taux d'absentéisme du personnel) ont été retenues par un groupe de travail composé de représentants du réseau et du MSSS. Elles n'ont pas de valeur scientifique et constituent une référence qui standardise la compréhension et l'interprétation des informations en situation de pandémie.

Cette évaluation de la situation fait partie du tableau de bord ministériel en période de pandémie. Il est donc important que la méthodologie de calcul soit la plus uniforme possible dans tous les établissements de la province.

1.2 Les caractéristiques des niveaux D1, D2 et D3

Dans cette section, nous reprenons chacune des trois situations possibles, soit celles des niveaux D1 (situation de déclenchement), D2 (situation difficile) et D3 (situation extrême), en y associant les valeurs limites utilisées pour déterminer chaque niveau.

Le tableau qui suit regroupe les valeurs limites associées aux trois niveaux.

Tableau 5 – Les valeurs limites associées aux niveaux D1, D2 et D3

PLAN DE GESTION DE CRISE/ÉTAPE D'ÉVALUATION, NIVEAU D « TRANSMISSION COMMUNAUTAIRE AU QUÉBEC » CLASSIFICATION « ABCD » MRSI DANS UN CENTRE HOSPITALIER							
Indice critique de fonctionnement dans le centre hospitalier	Situation de déclenchement	Situation difficile	Situation extrême				
	NIVEAU D1	NIVEAU D2	NIVEAU D3				
SANTÉ PHYSIQUE * (critères 3, 7 et	8 essentiels pour catégo	riser le niveau)					
1.Occupation des civières à l'urgence Occupation habituelle** ou < 20 % d'augmentation habituelle** Augmentation entre 20 % et 40 % par rapport à l'occupation habituelle** l'occupation habituelle**							
2.Achalandage (nombre de visites à l'urgence dans les 24 dernières	Achalandage habituel** ou < 35 %	Augmentation entre	Augmentation de plus de 50 %				

heures)	d'augmentation		
3.Achalandage avec un SAG (urgence et SNT de soins ambulatoires)	Présence des premiers cas confirmés DÉCLENCHEMENT	Entre 20 % et 30 % du total des visites	Plus de 40 % du total des visites
4.Taux d'occupation des lits (lits fonctionnels/débordements)	< 100 %	100 % de lits occupés	Plus de 100 %
5.Taux d'occupation des lits soins intensifs	Libération possible : > 1	Libération possible :	Libération : 0 lit
6.Nombre de respirateurs disponible	> 1	1	0
7.Taux de lits occupés par patient avec diagnostic (influenza/pneumonie/SAG)	< 20 % du total des patients hospitalisés	Entre 20 % et 30 % du total des patients hospitalisés	Entre 30 % et 40 % ou plus du total des patients hospitalisés
MAINTIEN DES SERVICES (données	obligatoires à relever par	le CH ex. : coordonna	ateur des activités)
8.Taux de personnel absent dans les secteurs critiques par quart de travail (soins intensifs + urgence)	< 20 %	Entre 20 % et 30 %	Entre 30 % et 40 % ou plus
9.Taux de personnel absent dans les unités de soins par quart de travail et les unités techniques et auxiliaires	< 20 %	Entre 30 % et 40 %	Entre 40 % et 50 % ou plus

^{*} Données disponibles dans le relevé quotidien de la situation d'urgence et du centre hospitalier (RQSUCH).

2. Seconde étape : les interventions reliées aux niveaux D1, D2 et D3

Le tableau 6 présente les interventions proposées dans les différents secteurs du centre hospitalier en fonction des différents niveaux.

Le code orange constitue un code de déclenchement en cas de réception massive d'usagers ou de blessés. Pour les besoins du plan des mesures d'urgence (PMU) spécifique aux maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI), la personne en autorité de l'établissement applique le code orange si, après évaluation, la situation le justifie (les éléments à vérifier doivent être établis en phase de préparation).

Les activités prévues en intervention constituent une proposition pour orienter les établissements dans l'élaboration de leur plan. Il appartient à chaque établissement d'établir un plan d'intervention qui convient à sa situation et à sa mission.

^{**} Renvoie à la moyenne des cinq dernières semaines du relevé quotidien.

Tableau 6 – Les interventions proposées dans les différents secteurs du centre hospitalier selon la situation

SECTEURS	SITUATION DE DÉCLENCHEMENT NIVEAU D1	SITUATION DIFFICILE NIVEAU D2	SITUATION EXTRÊME NIVEAU D3
Direction générale	 Déclencher le code « orange », annoncer situation. Diffuser le niveau d'alerte dans l'hôpital. Assurer le suivi : a. Aviser le DSP et les responsables de b. Aviser l'Agence. c. Aviser les chefs de service. 		aluation de la
Urgence	Ajouter un coordonnateur médical ad hoc à l'urgence (ce coordonnateur doit être identifié à l'avance). Réviser tous les cas sur civières à l'urgence pour lesquels aucune décision n'a été prise, y compris les patients admis en attente de lits. Effectuer le prétriage à l'entrée de	 Réviser immédiatement tous les cas de civières à l'urgence. Libérer tous les patients dont l'état le permet. Continuer les mesures et 	Accentuer les mesures. Accentuer les
	l'urgence. S'assurer du respect de l'étiquette respiratoire. Mettre sur pied des secteurs réservés (sectorisation de l'urgence avec un secteur « respiratoire » et un secteur « régulier »).	 Mettre en service le guichet unique du triage. Orienter les patients selon les algorithmes de décision vers : le SNT de soins ambulatoires, l'urgence, les autres ressources. 	mesures.

SNT de soins ambulatoires (le cas échéant)	METTRE EN ŒUVRE LE SNT DE SOINS A	AMBULATOIRES À LA DEN	MANDE DU MSSS
Soins intensifs	Réviser le nombre de respirateurs disponible (appareils transferts, salles de réveil, etc.).	Évaluer la nécessité de locaux d'appoint pour les patients intubés (ex. : salles de réveil).	Utiliser les locaux d'appoint.
S'ASS	URER DE LA BONNE APPLICATION DES INT	TERVENTIONS EN SANTÉ	PHYSIQUE
Unités de soins	Regrouper les patients admis en cohortes.	Mettre sur pied les unités réservées.	
	Ouvrir des lits de débordement (en cascade).	 Commencer le délestage d'activités : annulation de chirurgie d'un jour + chirurgie élective. Maintenir les chirurgies urgentes seulement. Annuler les activités non essentielles (ex. : en clinique externe). Continuer les activités minimales et essentielles seulement. 	Intensifier les mesures selon la planification des services de 2e et de 3e ligne.
	Accélérer le processus de traitement des demandes de soins de longue durée/convalescence/réadaptation.	 Réviser les congés potentiels. Libérer tous les patients dont l'état le 	
		permet.	

SNT soins et admission (le cas échéant)	Réviser la démarche de mise en œuvre du SNT soins et admission.	 Aviser l'Agence de l'opportunité d'ouvrir le SNT. S'assurer de rendre le SNT soins et admission opérationnel dans les délais requis (mise en tension). Procéder à l'ouverture du SNT soins et admission après l'autorisation du MSSS.
Ressources humaines	Remettre à jour les listes de rappel des ressources humaines alternatives (RHA) et des bénévoles.	Déployer la main-d'œuvre suivant les besoins et le plan de l'établissement (ex. : adaptation des horaires et charge de travail).
	S'assurer que les intervenants ont bien reçu la formation requise.	Selon la directive du MSSS: Déterminer les besoins en RHA et en bénévolat. Mettre en place les mesures d'accueil et d'intégration pour ce personnel. Rendre la formation accessible au personnel qui ne l'a pas reçue. Surveiller les cas de détresse liés à la surcharge de travail ou à d'autres raisons : intervention psychosociale.
Ressources matérielles	S'assurer de disposer d'une réserve de matériel critique pour sept jours.	Se procurer le matériel et les médicaments selon la procédure diffusée par le MSSS.

MONITORAGE DE LA SITUATION

Avant-propos

Le monitorage des données quotidiennes, dans un centre hospitalier, est déjà une réalité.

Dans le contexte de la mise en œuvre du Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé (PQLPI-MS), les informations sont nécessaires autant pour la stratégie de surveillance que pour celle touchant l'organisation des soins, et ce, dans les établissements de soins ayant une mission courte durée (centre hospitalier des soins généraux et spécialisés).

Ces données sont requises au quotidien afin de :

- détecter, en temps opportun, l'émergence d'une souche d'influenza plus virulente;
- repérer le début de l'activité et de caractériser la morbidité et la mortalité hospitalière de l'influenza saisonnière afin d'ajuster les interventions de santé publique;
- créer une possibilité de comparaison historique en documentant l'activité grippale saisonnière;
- concevoir la méthodologie pour obtenir l'information qui n'était pas recueillie auparavant;
- procéder à la validation des données afin qu'elles soient fiables lors de la pandémie;
- favoriser une intégration du processus de saisie, au sein des établissements, de façon à ce qu'il soit complètement rodé lors de l'éventuelle pandémie.

L'information est décrite par 52 variables dont :

- 12 proviennent du formulaire de l'urgence;
- 40 proviennent du formulaire du centre hospitalier ou du SNT de soins, le cas échéant.

Pour toutes les directions concernées du MSSS, le recueil de ces données est essentiel. Il fournit les seules données disponibles en temps réel pour caractériser la morbidité et la mortalité hospitalière tant en situation d'épidémie saisonnière qu'en pandémie d'influenza. Le recueil continu quotidien est nécessaire afin d'établir les lignes de base des indicateurs et d'en détecter l'émergence. Les données recueillies, qui intéressent la santé publique, constituent le strict minimum requis pour apprécier la situation. D'autres données, tels les conditions médicales sous-jacentes et le statut vaccinal, pourraient s'avérer précieuses, notamment dans un SNT de soins, si le support informatique disponible pouvait être adapté pour fournir facilement de telles données.

1. Les variables liées à l'indice critique de fonctionnement dans le centre hospitalier

Parmi les variables utilisées dans le monitorage quotidien, sept d'entre elles sont utilisées dans la formation de l'indice critique de la situation dans le plan des mesures d'urgence (PMU) spécifique aux maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI). Le tableau 7 affiche les variables liées à l'indice de fonctionnement dans le centre hospitalier, leur provenance et leur numéro.

Tableau 7 – Variables utilisées pour l'indice de fonctionnement dans le centre hospitalier, leur provenance et leur numéro

	LE	S CRITÈR	RES « SA	NTÉ PHYSIQUE »
IN	IDICE CRITIQUE DE FONCTIONNEMENT DANS LE CENTRE HOSPITALIER	SECTEUR	No DE LA	DESCRIPTION DE LA VARIABLE
	1.Occupation des civières à l'urgence	Urgence	9	Exprime en pourcentage le taux d'occupation des civières de l'unité d'urgence; s'obtient à partir du nombre de patients couchés sur civière (variable 3), divisé par le nombre de civières fonctionnelles (variable 2), multiplié par 100. Notez que cette fonction est automatisée et ne demande aucune manipulation.
	2.Achalandage (nombre de visites à l'urgence dans les 24 dernières heures)	Urgence	10	Représente le nombre total de visites entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé, incluant les patients sur civière et ambulatoires. Les patients ambulatoires sont des patients qui ont été évalués au triage et inscrits, puis dirigés vers l'aire ambulatoire ou la salle d'attente de l'urgence. Ils n'ont pas été identifiés au registre durant leur visite à l'urgence comme patients sur civière. Sont exclus les patients pour lesquels seuls des prélèvements ou des radiographies ont été effectués.
*	3.Achalandage avec un SAG (urgence et SNT de soins ambulatoires)	Urgence	11	Représente le nombre total de patients (sur civière et ambulatoires) reçus entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé. La raison de la visite du patient (ou raison de consultation), lors du triage, est qu'il est identifié comme ayant un syndrome d'allure grippale (SAG). Le SAG est un syndrome fébrile : température > 38 °C, objectivée ou non, d'apparition brusque, accompagnée de toux.
		SNT	37	Représente le nombre total de visites dans un SNT de soins ambulatoires entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé. Elle inclut les visites des patients des modules triage, évaluation médicale, psychosocial, enseignement et antiviraux. Les visites doivent être comptabilisées une seule fois, même si le patient reçoit des services de plus d'un module.

4.Taux d'occupation des lits (lits fonctionnels/débordements)	Hôpital	5	Exprime en pourcentage le taux d'occupation des lits du centre hospitalier; s'obtient à partir du nombre de patients occupant des lits (variable 4 du CH), divisé par le nombre de lits dressés (variable 2 du CH), multiplié par 100. Le taux d'occupation peut être plus élevé que 100 % en raison des patients qui occupent les lits de débordement. Notez que cette fonction est automatisée et ne demande aucune manipulation.
5.Taux d'occupation des lits soins intensifs	Hôpital	20a	Exprime en pourcentage le taux d'occupation des lits au soins intensifs; s'obtient à partir du nombre de patients dans des lits (variable 20 du CH), divisé par le nombre de lits disponible (variable 18 du CH), multiplié par 100. Le taux d'occupation est égal ou inférieur à 100 %. Notez que cette fonction est automatisée et ne demande aucune manipulation.
6.Nombre de respirateurs disponible	Hôpital	21 et 22	Ce critère représente la variable 21 moins la variable 22. La variable 21 représente le nombre de respirateurs de soins intensifs de l'hôpital. Ce nombre a été établi lors de la collecte de données du printemps 2006 et a été validé lors de l'implantation du relevé quotidien, à l'hiver 2007. Cette variable est fixe et apparaît automatiquement sur le formulaire de saisie. Elle peut être modifiée par le pilote du MSSS à la suite d'une entente avec l'Agence. La variable 22 représente le nombre de patients sous respirateur au moment de la saisie des données (saisie des données : autour de 8 h à la date du relevé) Elle inclut les patients sous respirateur hospitalisés aux soins intensifs ou ailleurs dans l'hôpital et les patients de l'urgence. Elle exclut les patients du bloc opératoire (durant la chirurgie). Par respirateur, on entend : respirateur de soins intensifs, appareil d'anesthésie, respirateur de transport et

				respirateur d'urgence.
*	7.Taux de lits occupés par patient avec diagnostic (influenza/pneumonie/SAG)	Hôpital	23	Représente le nombre de lits occupés (dressés et de débordement) à 23 h 59, la veille de la date du relevé, par des patients ayant l'influenza ou un diagnostic de pneumonie.

LES CRITÈRES « MAINTIEN DES SERVICES »

	DICE CRITIQUE DE FONCTIONNEMENT DANS LE CENTRE HOSPITALIER	DESCRIPTION DE LA VARIABLE
*	8.Taux de personnel absent dans les secteurs critiques par quart de travail (soins intensifs + urgence)	Les données relatives à l'établissement de ce critère sont recueillies dans les différents secteurs du centre hospitalier.
	9.Taux de personnel absent dans les unités de soins par quart de travail et les unités techniques et auxiliaires	Les données relatives à l'établissement de ce critère sont recueillies dans les différents secteurs du centre hospitalier.

^{*} Critères les plus pertinents pour évaluer la situation.

1.1 À l'urgence

1. Date du relevé

Cette variable représente la date du relevé de la situation à l'urgence. Elle est générée automatiquement à la date du jour et correspond en général au moment de la saisie des données. La personne qui saisit les données peut modifier la date en inscrivant celle de la journée antérieure (ex. : journée de fin de semaine).

2. Nombre de civières fonctionnelles

Cette variable montre le nombre de civières inscrit au registre (ou déterminé par l'Agence, si l'installation ne participe pas au registre). Cela exclut les civières de choc et de débordement de l'urgence qui sont non comprises dans la définition de « civières fonctionnelles ». Cette variable est fixe et apparaît automatiquement sur le formulaire de saisie. Elle peut être modifiée par le pilote du MSSS à la suite d'une entente avec l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS).

3. Nombre de patients sur civière

Cette variable représente le nombre de patients couchés sur une civière au moment de la saisie des données (autour de 8 h à la date du relevé). Elle inclut les patients en attente d'hospitalisation et ceux qui sont sur une civière de choc et de débordement de l'urgence. Les patients nécessitant une civière pour des examens ou par souci humanitaire ne devraient pas être considérés comme des patients sur civière, mais plutôt comme des patients ambulatoires

(même définition que pour les systèmes d'information et de gestion des départements d'urgence (SIGDU)).

4. Nombre de patients sur civière depuis plus de 48 heures

Cette variable représente le nombre de patients couchés sur une civière (fonctionnelle, de choc et de débordement) et dont le séjour à l'urgence est égal ou plus grand que 48 heures au moment de la saisie de données (autour de 8 h à la date du relevé).

5. Nombre de patients sur civière en attente d'hospitalisation

Cette variable représente le nombre de patients couchés sur une civière et pour qui une demande d'admission dans l'hôpital a été formulée au moment de la saisie des données (autour de 8 h à la date du relevé).

6. Nombre de patients sur civière ayant un problème de santé mentale

Cette variable représente le nombre de patients couchés sur une civière et pour qui un problème de santé mentale a été diagnostiqué ou établi comme la raison de consultation au triage au moment de la saisie des données (autour de 8 h à la date du relevé).

7. Nombre de patients sur civière ayant un problème de santé mentale depuis plus de 48 heures

Cette variable représente le nombre de patients couchés sur une civière et pour qui un problème de santé mentale a été diagnostiqué et dont le séjour à l'urgence est plus grand ou égal à 48 heures au moment de la saisie des données (autour de 8 h à la date du relevé).

8. Nombre de patients arrivés en ambulance la veille entre 0 h et 23 h 59

Cette variable représente le nombre de patients (sur civière et ambulatoires) arrivés en ambulance la veille de la date du relevé entre 0 h et 23 h 59. Cette variable inclut les patients inscrits à l'urgence en provenance (transférés) d'un autre établissement ou d'une autre installation.

9. Taux d'occupation

Cette variable exprime en pourcentage le taux d'occupation des civières de l'unité d'urgence. Elle s'obtient à partir du nombre de patients couchés sur une civière (variable 3), divisé par le nombre de civières fonctionnelles (variable 2), multiplié par 100. Notez que cette fonction est automatisée et ne demande aucune manipulation.

10. Nombre total de patients reçus la veille entre 0 h et 23 h 59

Cette variable représente le nombre total de visites reçues entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé, incluant les patients sur civière et les patients ambulatoires. Les patients ambulatoires sont des patients qui ont été évalués au triage et inscrits, puis dirigés vers l'aire

ambulatoire ou la salle d'attente de l'urgence. Les patients n'ont pas été identifiés au registre durant leur visite à l'urgence comme patients sur civière. Sont exclus les patients pour lesquels seuls des prélèvements ou des radiographies ont été effectués.

11. Nombre de patients présentant un syndrome d'allure grippale (SAG) reçus à l'urgence la veille entre 0 h et 23 h 59

Cette variable représente le nombre total de patients (patients sur civière et ambulatoires) reçus entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé. La raison de la visite du patient (ou raison de consultation), lors du triage, est la présence du syndrome d'allure grippale (SAG), qui est un syndrome fébrile : température > 38 °C, objectivée ou non, d'apparition brusque, accompagnée de toux.

12. Nombre de départs de l'urgence des patients avec un diagnostic d'influenza ou de pneumonie entre 0 h et 23 h 59 la veille

Cette variable représente le nombre de patients (sur civière et ambulatoires) qui ont quitté l'urgence entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé et pour qui le médecin a diagnostiqué une influenza ou une pneumonie lors du départ du patient (admis, transféré, décédé ou libéré).

1.2 Au centre hospitalier ou au SNT soins et admission AU CENTRE HOSPITALIER

1. Date du relevé

Cette variable représente la date du relevé de la situation du centre hospitalier. Elle est générée automatiquement à la date du jour et correspond en général au moment de la saisie des données. La personne qui saisit les données peut modifier la date en inscrivant celle de la journée antérieure (ex. : journée de fin de semaine).

2. Nombre de lits dressés

Cette variable représente le nombre de lits considérés comme fonctionnels par les établissements et les agences lors de la collecte de données de janvier 2006. Ce nombre a été validé au moment de l'implantation du relevé quotidien à l'hiver 2007. Il représente le nombre de lits de courte durée utilisés couramment par les établissements pour les hospitalisations de courte durée en santé physique et en psychiatrie. Il n'inclut cependant pas les lits de débordement. Cette variable est fixe et apparaît automatiquement sur le formulaire de saisie. Elle peut être modifiée par le pilote du MSSS à la suite d'une entente avec l'Agence.



3. Nombre de lits disponible

Cette variable représente le nombre de lits disponible pour la direction de l'installation au moment du relevé. Elle peut être différente de la variable 2, notamment lors d'une diminution d'activités à certaines périodes de l'année ou au moment d'une fermeture temporaire pour des travaux de rénovation ou de peinture. Cette variable est optionnelle.

4. Nombre de patients occupant des lits

Cette variable représente le nombre de lits occupés par les patients hospitalisés à 23 h 59 la veille de la date du relevé. Cette donnée inclut tous les patients hospitalisés en soins de courte durée dans des lits dressés ou de débordement (voir variable 16 du relevé quotidien de la situation du centre hospitalier). Sont inclus les patients en fin de soins actifs (voir variable 8 du relevé quotidien de la situation du centre hospitalier) dans les lits de courte durée (dressés et de débordement). Sont exclus les patients en attente d'hospitalisation à l'urgence et les nouveaunés.

5. Taux d'occupation

Cette variable exprime en pourcentage le taux d'occupation des lits du centre hospitalier. Elle s'obtient à partir du nombre de patients dans des lits (variable 4 du CH), divisé par le nombre de lits dressés (variable 2 du CH), multiplié par 100. Le taux d'occupation peut être plus élevé que 100 % en raison des patients qui occupent des lits de débordement. Notez que cette fonction est automatisée et ne demande aucune manipulation.

6. Nombre de patients admis la veille entre 0 h et 23 h 59

Cette variable représente le nombre de patients admis dans l'hôpital entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé. Sont inclus les patients en fin de soins actifs (voir variable 8) qui occupent des lits de courte durée (dressés et de débordement). Sont exclus les patients en attente d'hospitalisation à l'urgence et les nouveau-nés.

7. Nombre de patients admis la veille, entre 0 h et 23 h 59, par un autre service que l'urgence

Cette variable représente le nombre de patients admis à l'hôpital entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé, qui proviennent d'un autre endroit que l'urgence (ex. : domicile, clinique externe, cabinet privé, CHSLD, autre CH) sans être inscrits à l'urgence. Sont inclus les patients hospitalisés dans les lits de débordement et en fin de soins actifs (voir variable 8), le cas échéant. Sont exclus les patients en attente d'hospitalisation à l'urgence, les personnes admises pour un accouchement et les nouveau-nés.

8. Nombre de patients en fin de soins actifs occupant un lit de courte durée (CD)

Cette variable représente le nombre total de patients en fin de soins actifs qui occupent un lit de CD dressé ou de débordement à 23 h 59 la veille de la date du relevé. La fin des soins actifs correspond au moment où les soins requis par le patient, selon sa condition de santé, peuvent être fournis dans un autre endroit qu'un CHSGS. Les patients considérés comme étant en fin de soins actifs sont ceux dont l'évaluation est complétée. Ils peuvent quitter les lits de courte durée à condition que les soins dont ils ont besoin soient offerts ailleurs, notamment dans les services de soutien à domicile, de réadaptation, de convalescence, de soins palliatifs et d'hébergement (CHSLD, RNI, RTF). La fin des soins actifs est différente du congé médical, puisque celui-ci ne peut être signé qu'au moment du départ effectif du patient. Cette variable inclut les données entrées aux variables 9 à 14.

9. Nombre de patients en attente de services de soins palliatifs occupant un lit de CD

Cette variable représente le nombre de lits dressés et de débordement occupés, à 23 h 59 la veille de la date du relevé, par des patients en fin de soins actifs. Leurs demandes de soins sont alors orientées vers les services de soins palliatifs. Une fois terminée la démarche pour obtenir ces services, ils peuvent quitter les lits de CD si les services dont ils ont besoin sont disponibles ailleurs que dans un CH. Par soins palliatifs, on entend les soins palliatifs offerts à domicile, dans une maison de soins palliatifs ou dans les lits de soins palliatifs d'un CHSLD. Cela exclut les lits réservés ou les unités de soins palliatifs de l'hôpital ou du centre hospitalier où se trouve le patient. Cette variable est optionnelle dans son identification spécifique, mais les données qui lui sont liées sont incluses dans la variable 8.

10. Nombre de patients en attente de convalescence occupant un lit de CD

Cette variable représente le nombre de lits dressés et de débordement occupés, à 23 h 59 la veille de la date du relevé, par des patients en fin de soins actifs. Une fois terminée la démarche pour obtenir des services de convalescence, ils peuvent quitter les lits de CD si les services dont ils ont besoin sont disponibles ailleurs que dans un CH. Ces services peuvent être prodigués aux personnes dans un lit d'une ressource privée ou publique ou leur être dispensés, si elles récupèrent d'un problème médical ou chirurgical, par le personnel des soins infirmiers et des soins d'assistance, mais aussi par celui des services d'une équipe interdisciplinaire (ex. : médecin, ergothérapeute, physiothérapeute, etc.). Les lits peuvent se trouver dans une ressource privée, notamment les résidences pour personnes âgées, les RNI ou les CHSLD privés-conventionnés, ou dans une ressource publique (CHSLD). La variable exclut les personnes identifiées aux variables 12 et 13 qui sont orientées vers des ressources sur une base définitive et non temporaire. Cette variable est optionnelle dans son identification spécifique, mais les données qui la concernent sont incluses dans la variable 8.

11. Nombre de patients en attente de réadaptation occupant un lit de CD

Cette variable représente le nombre de lits dressés et de débordement occupés, à 23 h 59 la veille de la date du relevé, par des patients de tout âge en fin de soins actifs. Une fois leur évaluation terminée, le formulaire est envoyé à l'établissement de réadaptation où la référence

interétablissement est acheminée au CSSS, Mission CLSC. Les patients ont la possibilité de quitter les lits de CD s'ils reçoivent des services de réadaptation ailleurs que dans un CH. Par réadaptation, on entend réadaptation ambulatoire, externe, à domicile ou interne en centre de réadaptation, réadaptation en déficience physique (CRDP) en centre hospitalier de réadaptation (CHR), ou dans une unité de réadaptation fonctionnelle et intensive (URFI), qu'elle soit située dans un CHSGS, un CRDP ou un CHSLD.

12. Nombre de patients en attente d'un CHSLD, occupant un lit de CD, sans problème de santé mentale

Cette variable représente le nombre de lits dressés et de débordement occupés, à 23 h 59 la veille de la date du relevé, par des patients dont le diagnostic principal exclut un problème de santé mentale de longue durée. Ces patients sont en fin de soins actifs. Leur évaluation est terminée et leur orientation définitive vers un CHSLD, comme milieu de vie substitut, est confirmée par le service local ou régional des admissions. Cette variable concerne les attentes d'hébergement permanent dans un CHSLD public ou privé conventionné.

13. Nombre de patients en attente de RNI, occupant des lits de CD, sans problème de santé mentale

Cette variable représente le nombre de lits, dressés et de débordement, occupés, à 23 h 59 la veille de la date du relevé, par des patients dont le diagnostic principal exclut une problématique de santé mentale longue durée. Ces patients sont en fin de soins de courte durée (CD). Leur évaluation est terminée et leur orientation définitive vers une ressource intermédiaire (RI) ou une ressource de type familial (RTF) est confirmée par le service local ou régional des admissions. Cette variable concerne l'hébergement permanent en ressource non institutionnelle (RNI) qui inclut la ressource intermédiaire (RI), la ressource de type familial (RTF) ou la ressource privée (ou de type organisme sans but lucratif OSBL, OBNL) où des services professionnels et spécialisés peuvent être dispensés par le CLSC.

14. Nombre de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale et occupant des lits de CD

Cette variable représente le nombre de lits, dressés et de débordement, occupés, à 23 h 59 la veille de la date du relevé, par des patients dont le diagnostic principal est un problème de santé mentale de longue durée. Ces patients sont en fin de soins actifs. Leur évaluation est terminée et leur orientation est confirmée par le service local ou régional des admissions. Cette variable concerne l'hébergement permanent dans un CHSLD public ou privé conventionné, une RNI ou une RI. Elle est optionnelle dans son identification spécifique, mais les données sont incluses dans la variable 8.

15. Nombre des autres patients en fin de soins actifs occupant des lits de CD

Cette variable représente le nombre de patients en fin des soins actifs occupant des lits de CD pour d'autres raisons que celles qui sont établies dans les variables 9 à 14. Cette variable, générée automatiquement, est le résultat de la soustraction de la somme des variables 9 à 14 du total déterminé à la variable 8 (ex. : des personnes âgées en attente d'un choix pour un milieu d'hébergement privé ou des cas à caractère social à déplacer).

16. Nombre de patients occupant des lits de débordement

Cette variable représente le nombre de patients hospitalisés, à 23 h 59 la veille de la date du relevé, dans les lits de débordement (nommés aussi lits de transition, lits tampons, lits surnuméraires, etc.), utilisés de façon ponctuelle pour remédier à l'engorgement de l'unité d'urgence. Ces lits situés à l'extérieur de l'urgence sont réservés aux patients présentant une demande d'admission. Les patients sont hospitalisés lorsqu'ils séjournent dans les lits de débordement et non lorsqu'ils sont en observation. Cette variable exclut les patients en attente d'hospitalisation dans les civières fonctionnelles et de débordement de l'urgence.

17. Nombre de départs entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé

Cette variable représente le nombre total de patients hospitalisés qui ont quitté l'hôpital (tous les types de départ, y compris les décès), entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé, excluant les nouveau-nés, les patients admis pour une chirurgie d'un jour et les patients qui pourraient être admis en médecine d'un jour (fonctionnement habituel). Cette variable peut inclure les départs des patients admis dans les locaux de la chirurgie et de la médecine d'un jour lorsque des lits de débordement sont occupés dans ces endroits par des patients hospitalisés en courte durée.

18. Nombre de lits fonctionnels de soins intensifs

Cette variable représente le nombre de lits de soins intensifs (toutes catégories) désignés comme fonctionnels par les établissements et les agences lors de la collecte de données de janvier 2006. Ce nombre a été validé au moment de l'implantation du relevé quotidien à l'hiver 2007. Cette variable correspond à la ligne 8 du rapport statistique annuel : soins intensifs. Sont inclus les lits d'unités coronariennes, les lits appelés de « soins intermédiaires » (qui font partie ou non des lieux physiques des soins intensifs) et les lits des soins intensifs pédiatriques. Sont exclus les lits d'unités néonatales. Cette variable est fixe et apparaît automatiquement sur le formulaire de saisie. Elle peut être modifiée par le pilote du MSSS à la suite d'une entente avec l'Agence.

19. Nombre de lits rendus disponibles aux soins intensifs

Cette variable représente le nombre de lits rendus disponibles aux soins intensifs (toutes catégories) par la direction de l'installation au moment du relevé. Elle peut être différente de la variable 18. Cette variable est optionnelle.

20. Nombre de patients hospitalisés en soins intensifs et en soins intermédiaires

Cette variable représente le nombre de patients hospitalisés dans les lits de soins intensifs et de soins intermédiaires à 23 h 59 la veille de la date du relevé. Elle n'inclut pas les patients en attente d'hospitalisation à l'urgence. Elle inclut les patients du bloc opératoire qui sont attendus aux soins intensifs en soins postopératoires.

21. Nombre de respirateurs

Cette variable représente le nombre de respirateurs de soins intensifs de l'hôpital établi lors de la collecte de données du printemps 2006. Ce nombre a été validé lors de l'implantation du relevé quotidien à l'hiver 2007. Cette variable est fixe et apparaît automatiquement sur le formulaire de saisie. Elle peut être modifiée par le pilote du MSSS à la suite d'une entente avec l'Agence.

22. Nombre de patients sous respirateur

Cette variable représente le nombre de patients sous respirateur au moment de la saisie des données (autour de 8 h à la date du relevé). Elle inclut les patients sous respirateur hospitalisés aux soins intensifs ou ailleurs dans l'hôpital et les patients de l'urgence. Elle exclut les patients du bloc opératoire durant la chirurgie. Par respirateur, on entend respirateur de soins intensifs, appareil d'anesthésie, respirateur de transport et respirateur d'urgence. Le MSSS rend cette variable obligatoire au moment opportun.

23. Nombre de patients occupant des lits et ayant un diagnostic d'influenza ou de pneumonie

Cette variable représente le nombre de lits occupés (dressés et de débordement), à 23 h 59 la veille de la date du relevé, par des patients ayant un diagnostic d'influenza ou de pneumonie.

24. Nombre de patients occupant des lits en soins intensifs et en soins intermédiaires et ayant un diagnostic d'influenza ou de pneumonie

Cette variable représente le nombre de patients hospitalisés qui occupent des lits de soins intensifs et de soins intermédiaires et qui ont reçu, à 23 h 59 la veille de la date du relevé, un diagnostic d'influenza ou de pneumonie. Elle n'inclut pas les patients en attente d'hospitalisation à l'urgence. Le MSSS rend cette variable obligatoire au moment opportun.

25. Nombre de patients sous respirateur ayant un diagnostic d'influenza ou de pneumonie

Cette variable représente le nombre de patients sous respirateur au moment de la saisie des données (autour de 8 h à la date du relevé) et qui ont reçu un diagnostic d'influenza ou de pneumonie. Elle inclut les patients sous respirateur hospitalisés aux soins intensifs ou ailleurs dans l'hôpital et les patients de l'urgence. Par respirateur, on entend respirateur de soins intensifs, appareil d'anesthésie, respirateur de transport et respirateur d'urgence. Le MSSS rend cette variable obligatoire au moment opportun.

26. Nombre de patients ayant un diagnostic d'influenza ou de pneumonie, admis entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé et âgés de moins de 2 ans

Cette variable représente le nombre de patients de moins de 2 ans ayant un diagnostic d'admission d'influenza (voir annexe A) ou de pneumonie. Ces patients ont été admis entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé (voir description de la variable 30).

27. Nombre de patients ayant un diagnostic d'influenza ou de pneumonie, admis entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé et âgés entre 2 et 17 ans

Cette variable représente le nombre de patients âgés entre 2 et 17 ans ayant un diagnostic d'influenza ou de pneumonie. Ces patients ont été admis entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé (voir description de la variable 30).

28. Nombre de patients ayant un diagnostic d'influenza ou de pneumonie, admis entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé et âgés entre 18 et 64 ans

Cette variable représente le nombre de patients âgés entre 18 et 64 ans ayant un diagnostic d'influenza ou de pneumonie. Ces patients ont été admis entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé (voir description de la variable 30).

29. Nombre de patients ayant un diagnostic d'influenza ou de pneumonie, admis entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé et âgés de 65 ans et plus

Cette variable représente le nombre de patients de 65 ans et plus ayant un diagnostic d'influenza ou de pneumonie. Ces patients ont été admis entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé (voir description de la variable 30).

30. Nombre de patients ayant un diagnostic d'influenza ou de pneumonie, admis entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé

Cette variable représente le nombre total de patients ayant un diagnostic d'influenza ou de pneumonie. Ces patients ont été admis à l'hôpital entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé. Cette variable exclut les patients de l'urgence, même en attente d'admission, mais elle inclut les patients des lits de débordement. Elle est calculée automatiquement par la somme des variables 26 à 29.

31. Nombre de décès des personnes atteintes d'influenza ou de pneumonie entre 0 h et 23 h 59

Cette variable représente le nombre de personnes hospitalisées et décédées de l'influenza ou de pneumonie entre 0 h et 23 h 59 la veille de la saisie des données. Cette variable inclut les patients décédés à l'urgence. On retrouve cette donnée (cause principale ou secondaire) sur le SP3, certificat de décès.

32. Nombre total de décès entre 0 h et 23 h 59

Cette variable représente le nombre de personnes hospitalisées et décédées la veille de la date du relevé. Elle exclut les décès survenus ou constatés à l'urgence.

33. Nombre total de décès seulement à l'urgence entre 0 h et 23 h 59

Cette variable représente le nombre de décès survenus ou constatés à l'urgence, incluant les décès avec et sans influenza ou pneumonie.

34. Niveau (liste déroulante D1, D2, D3)

Cette variable représente le niveau de mise en tension du plan des mesures d'urgence (PMU) spécifique aux maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI). Les informations concernant cette variable se trouvent dans le document ministériel intitulé Plan de gestion de crise. Le MSSS rend cette variable obligatoire au moment opportun.

AU SNT SOINS ET ADMISSION

35. Nombre de lits

Cette variable représente le nombre de lits prévu dans un SNT soins et admission. Ce nombre est établi par les ASSS et validé par le MSSS. Cette variable est fixe et apparaît automatiquement sur le formulaire de saisie. Elle peut être modifiée par le pilote du MSSS à la suite d'une entente avec l'Agence.

36. Nombre de patients présents dans le SNT soins et admission

Cette variable représente le nombre de patients présents au moment de la collecte de données (autour de 8 h).

37. Nombre total de visites des patients reçus entre 0 h et 23 h 59 la veille (patients inscrits) de la date du relevé

Cette variable représente le nombre total de visites des patients reçus dans un SNT soins ambulatoires entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé. Elle inclut les visites des patients des modules triage, évaluation médicale, psychosocial, enseignement et antiviraux. Les visites doivent être comptabilisées une seule fois même si le patient reçoit les services de plus d'un module.

38. Nombre de patients présents dans le SNT de soins ambulatoires

Cette variable représente le nombre de patients présents dans le SNT de soins ambulatoires au moment de la collecte de données (autour de 8 h). Elle inclut les personnes du module accueil et inscription.

39. Nombre de patients admis entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé

Cette variable représente le nombre de patients admis dans un SNT soins et admission entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé.

40. Nombre de décès des personnes atteintes d'influenza ou de pneumonie entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé

Cette variable représente le nombre de personnes décédées de l'influenza ou de pneumonie dans un SNT de soins entre 0 h et 23 h 59 la veille de la date du relevé. Les décès (certificat de décès SP3 rempli) doivent être comptabilisés une seule fois et ne doivent pas être inclus dans les décès de l'hôpital.

RÉSUMÉ

Du plan gouvernemental au plan local

Le plan des mesures d'urgence (PMU) spécifique aux maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) s'inscrit dans le Plan gouvernemental en cas de pandémie d'influenza. D'une part, il représente l'adaptation du plan des mesures d'urgence de la Mission centre hospitalier et, d'autre part, il devient un plan spécifique d'intervention en vue d'une réception massive de malades infectieux. Ce plan couvre les cinq volets suivants : la santé physique, le maintien des services, les communications, la santé publique et les services psychosociaux.

Planification et intervention

Il existe, dans chaque établissement, une structure de coordination destinée aux plans de mesures d'urgence. Dans le contexte de la pandémie d'influenza, cette structure repose sur deux comités clés : le comité de gestion stratégique et le comité de planification et d'intervention (le CoPIn). Les responsabilités de ces comités sont déterminées selon les trois moments d'action du plan des mesures d'urgence (PMU) spécifique aux maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) : la préparation, l'intervention et le rétablissement.

Plan de gestion de crise

Pour éviter une situation extrême, le plan de gestion de crise en centre hospitalier (CH) permet, par une évaluation précoce de la situation et une mise en place d'actions, le maintien des activités jugées essentielles, et ce, tout en intervenant auprès de la clientèle touchée par la pandémie.

On trouve des niveaux d'alerte propres à la situation hospitalière et qui évoluent progressivement selon le stade de l'épidémie mondiale et locale. Ces niveaux d'alerte correspondent à un niveau normal (A) jusqu'au niveau de large transmission communautaire (D). Le niveau D se subdivise quant à lui en trois niveaux : D1 – situation de déclenchement, D2 – situation difficile, D3 – situation extrême. Ces trois niveaux sont harmonisés avec ceux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Le plan de gestion de crise renferme deux étapes : l'évaluation de la situation et les interventions reliées aux niveaux D1, D2 et D3.

Première étape : l'évaluation de la situation

Au Québec, lorsqu'apparaîtra la transmission communautaire du virus pandémique, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) resserrera vraisemblablement les mesures prévues dans les phases antérieures. Au sein du centre hospitalier (CH), le niveau D sera décrété. Lors de l'apparition du premier cas dans l'hôpital, la situation de déclenchement va s'appliquer (D1). Puisqu'il est probable que l'apparition d'un cas soit suivie très rapidement de nombreux autres cas, aucun autre indice ne sera requis pour appliquer les mesures prévues au niveau D1. Les autres indices de fonctionnement requis pour l'évaluation de la situation pourront être altérés légèrement ou ne pas l'être du tout.

Le passage des niveaux D1 à D2 et à D3 va s'effectuer à partir de « l'indice critique » déterminé par les critères établis en « santé physique » et en « maintien des services ».

Les trois critères qui ont le plus de poids dans la détermination de l'indice critique sont :

- l'achalandage avec SAG (urgence et SNT de soins ambulatoires),
- le taux de lits occupés par patient ayant un diagnostic (influenza/pneumonie/SAG),
- le taux de personnel absent dans les secteurs critiques par quart de travail (soins intensifs + urgence).

La seconde étape : les interventions reliées aux niveaux D1, D2 et D3

Le code orange correspond au niveau de déclenchement en cas de réception massive d'usagers ou de blessés. Pour les besoins du plan des mesures d'urgence (PMU) spécifique aux maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI), le code orange est appliqué par la personne en autorité (de l'établissement) qui juge, après évaluation, si la situation le justifie (les éléments à vérifier doivent être établis en phase de préparation).

Les activités prévues en intervention touchent, dans chaque situation, tous les secteurs de l'établissement. Il appartient à chaque établissement d'établir un plan d'intervention qui convient à sa situation et à sa mission.

Voici quelques exemples...

SECTEURS	ACTIVITÉS (À TITRE INDICATIF)
Direction générale	Déclencher et diffuser le code orange dans l'hôpital. Assurer le suivi auprès de la Direction de santé publique (DSP), de l'Agence et des chefs de service.
Urgence	Adapter à la situation le plan de débordement de l'urgence.
Unités de soins	S'assurer que les interventions en santé physique sont bien appliquées.

SNT de soins ambulatoires	À la demande du MSSS, mettre en place le SNT de soins ambulatoires.
SNT soins et admission	Réviser la démarche de mise en oeuvre du SNT soins et admission. Après l'autorisation du MSSS, procéder à l'ouverture du SNT soins et admission.
Ressources humaines	Remettre à jour les listes de rappel des ressources humaines alternatives (RHA) et des bénévoles. Surveiller les cas de détresse liés à la surcharge de travail ou à autre chose : intervention psychosociale.
Ressources matérielles	Se procurer le matériel et les médicaments selon la procédure diffusée par le MSSS. Disposer d'une réserve de matériel critique pendant sept jours.

Monitorage de la situation

Dans un contexte de pandémie, le monitorage des données quotidiennes est d'une importance capitale. Les données sont requises au quotidien afin de :

- repérer en temps opportun l'émergence d'une souche d'influenza plus virulente;
- détecter le début de l'activité et de caractériser la morbidité et la mortalité hospitalières de l'influenza saisonnière afin d'ajuster les interventions de santé publique;
- créer une possibilité de comparaison historique en documentant l'activité grippale saisonnière;
- constituer une méthodologie pour obtenir l'information qui n'était pas recueillie auparavant;
- procéder à la validation des données afin qu'elles soient fiables lors de la pandémie;
- favoriser une intégration du processus de saisie au sein des établissements de façon à ce que le processus soit complètement rodé lors de la pandémie.

CE QUE JE RETIENS

Le but de cette activité est de mettre vos nouvelles connaissances à l'épreuve. Il faut voir cette activité comme l'occasion de vérifier vos apprentissages et, s'il y a lieu, de les peaufiner. Dans le cas d'une réponse incomplète ou fausse, nous vous donnons la bonne réponse. À la fin de l'activité, vous pourrez revoir le module si vous en sentez le besoin.

Bonne chance!

Ce que je retiens (PHY L01 d) ✓ Question 1 de 10: Bonne réponse Quelle approche a été retenue dans la production des plans et la gestion de la pandémie d'influenza? → ③ L'approche top-down ○ L'approche résultant de la concertation régionale ○ L'approche politique des priorités gouvernementales Ce que je retiens (PHY L01 d) ➤ Question 2 de 10: Réponse incorrecte

Combien de volets le plan des mesures d'urgence (PMU) spécifique aux maladies respiratoires sévères

Oinq volets : la santé physique, les services psychosociaux, le maintien des services, les

Trois volets : la santé physique, le maintien des services et la santé publique.

infectieuses (MRSI) couvre-t-il?

Un volet : la santé physique.

communications et la santé publique.

Ce que je retiens (PHY L01 d) Question 3 de 10: Bonne réponse Il existe, dans chaque établissement, une structure de coordination destinée aux plans de mesures d'urgence. Dans le contexte de la pandémie d'influenza, cette structure établit deux comités clés : le comité de gestion stratégique et le comité de planification et d'intervention (le CoPIn). Taux Ce que je retiens (PHY L01 d) Question 4 de 10: Réponse incorrecte



Ce que je retiens (PHY L01 d)



Question 5 de 10:

Bonne réponse

Les responsabilités du comité de planification et d'intervention (le CoPIn) sont déterminées selon :



- les trois moments d'action du plan des mesures d'urgence (PMU) spécifique aux maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI): la préparation, l'intervention et le rétablissement.
- les deux moments d'action du plan des mesures d'urgence (PMU) spécifique aux maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI): la préparation et l'intervention.

Ce que je retiens (PHY L01 d)



Question 6 de 10:

Réponse incorrecte

Complétez la phrase en déplaçant la réponse choisie dans le rectangle vide.

Le ______ représente l'adaptation du plan des mesures d'urgence de la Mission centre hospitalier. Ce plan devient un plan spécifique d'intervention en vue d'une réception massive de malades infectieux.

Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé

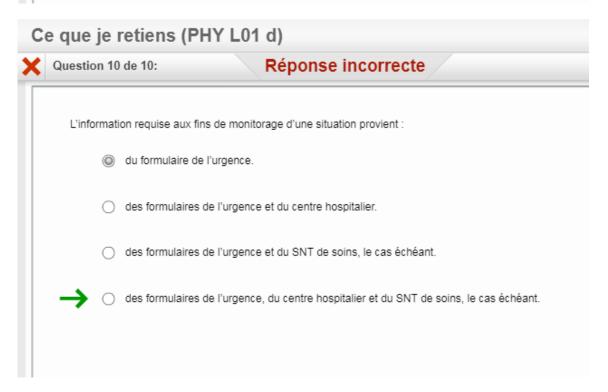
Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé

Plan des mesures d'urgence (PMU) spécifique aux maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI)

Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé

Question 7 de	Bonne réponse
Combien de hospitalier (critères sont utilisés pour déterminer l'indice critique de fonctionnement dans le centre CH)?
→ ()	Neuf critères
0 :	Sept critères
0	Cinq critères
0 (Jn seul critère
e que je	retiens (PHY L01 d)
e que je	
Question 8	de 10: Réponse incorrecte itique de fonctionnement dans le centre hospitalier (CH) est établi à partir de critères qui se
Question 8	de 10: Réponse incorrecte
Question 8	de 10: Réponse incorrecte itique de fonctionnement dans le centre hospitalier (CH) est établi à partir de critères qui se
Question 8	de 10: Réponse incorrecte itique de fonctionnement dans le centre hospitalier (CH) est établi à partir de critères qui se et en catégories : deux catégories : les critères « santé physique » et les critères « services psychosociaux
Question 8	de 10: Réponse incorrecte itique de fonctionnement dans le centre hospitalier (CH) est établi à partir de critères qui se et en catégories : deux catégories : les critères « santé physique » et les critères « services psychosociaux »; deux catégories : les critères « santé physique » et les critères « maintien des
Cuestion 8	de 10: Réponse incorrecte itique de fonctionnement dans le centre hospitalier (CH) est établi à partir de critères qui se et en catégories : deux catégories : les critères « santé physique » et les critères « services psychosociaux »; deux catégories : les critères « santé physique » et les critères « maintien des services »; trois catégories : les critères « santé physique », les critères « maintien des services » et

Ce que je retiens (PHY L01 d) Réponse incorrecte Complétez cette phrase. Le monitorage des données quotidiennes dans un centre hospitalier est une réalité qui sera implantée lors du déclenchement de la pandémie. une réalité quotidienne dans certains secteurs, dont celui de l'urgence par exemple. un projet que le MSSS implante présentement dans les hôpitaux universitaires et les hôpitaux affiliés aux centres universitaires.



RÉFÉRENCE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.

Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza — Mission santé, Direction des communications, 2006.

CRÉDITS



Coordonnatrice

• Denise Trudel, coordonnatrice adjointe, Direction nationale des urgences, MSSS

Experts de contenu

- Sylvie Berger, coordonnatrice, Direction de l'accessibilité des services médicaux, MSSS
- Sylvie Lamothe, infirmière-conseil, Centre de coordination nationale des urgences, MSSS

Collaborateurs

 Dr François Paquet, médecin-urgentologue, Direction de l'accessibilité des services médicaux, MSSS

Validation scientifique

 Dr Danielle Daoust, coordonnatrice médicale adjointe, Centre de coordination nationale des urgences, MSSS



Conception pédagogique

Robert Ferland

Recherche et essais

• Claude Breault

Révision linguistique

- Martine Dignard
- Sylvie Pouliot

Médiatisation

- Coordination de la médiatisation : Roger Paquin
- Conception graphique : Émilie Kawun
- Traitement graphique :
 - o Sophie Gélinas
 - o Marie-Claude Massé
- Intégration multimédia :
 - o France-Elen Berthiaume
 - Yannick Fortin
 - o Sophie Gélinas
 - o François Martel

- o Marie-Claude Massé
- Programmation : François Martel
- Correction de montage :
 - o Josée Garant
 - o Johanne Lavigne
 - o Suzie Roy