

2 DES TYPES D'INTERVENTION

Peu importe le sinistre, l'établissement a recours à l'un ou l'autre des cinq types d'intervention suivants : l'évacuation, le confinement, la relocalisation, l'isolement et la réception massive d'usagers et de blessés.

2.1 L'évacuation

L'évacuation est l'action par laquelle une ou des personnes quittent les lieux qu'elles occupent afin de se soustraire à un sinistre appréhendé ou en cours. Au regard du sinistre en cause, de l'étude de vulnérabilité et des mesures d'atténuation mises en place, quatre types d'évacuation peuvent être planifiés (tableau 4.6). Chacun de ces types peut faire l'objet d'une opération distincte. L'organisation peut aussi décider de recourir aux quatre types lors d'une même opération, et ceci, simultanément ou selon un ordre déterminé.

Tableau 4.4
Des types d'évacuation

TYPES D'ÉVACUATION	CARACTÉRISTIQUES
<i>L'évacuation de site</i>	Déplacer les personnes sur une faible distance pour les soustraire du danger et permettre la mise en oeuvre des mesures de sauvegarde.
<i>L'évacuation horizontale</i>	Déplacer latéralement des personnes en danger (ce type d'évacuation s'impose lorsque le gaz, la fumée ou le feu menace toute la zone comprise entre deux portes coupe-feu). N.B. Ce type d'évacuation nécessite des installations pourvues de porte coupe-feu.
<i>L'évacuation verticale</i>	Déplacer des personnes en danger, généralement du haut vers le bas, deux niveaux inférieurs à celui du sinistre.
<i>L'évacuation totale</i>	Faire sortir tous les intervenants, la clientèle et les visiteurs de tous les locaux et sur tous les étages vers une zone de sécurité située à l'extérieur du bâtiment (si la situation le permet, on procède à l'évacuation totale étage par étage).

Figure 4.7
Représentation graphique des types d'évacuation

Mettre schéma en 3D

La séquence d'évacuation peut varier en fonction de la capacité du client de se mobiliser et de la provenance du danger. Aux figures 4.7 et 4.8, nous démontrons la séquence d'évacuation selon la source de danger et selon la capacité des clients de se mobiliser.

Figure 4.8
Schéma de décision pour évacuation horizontale optimisée

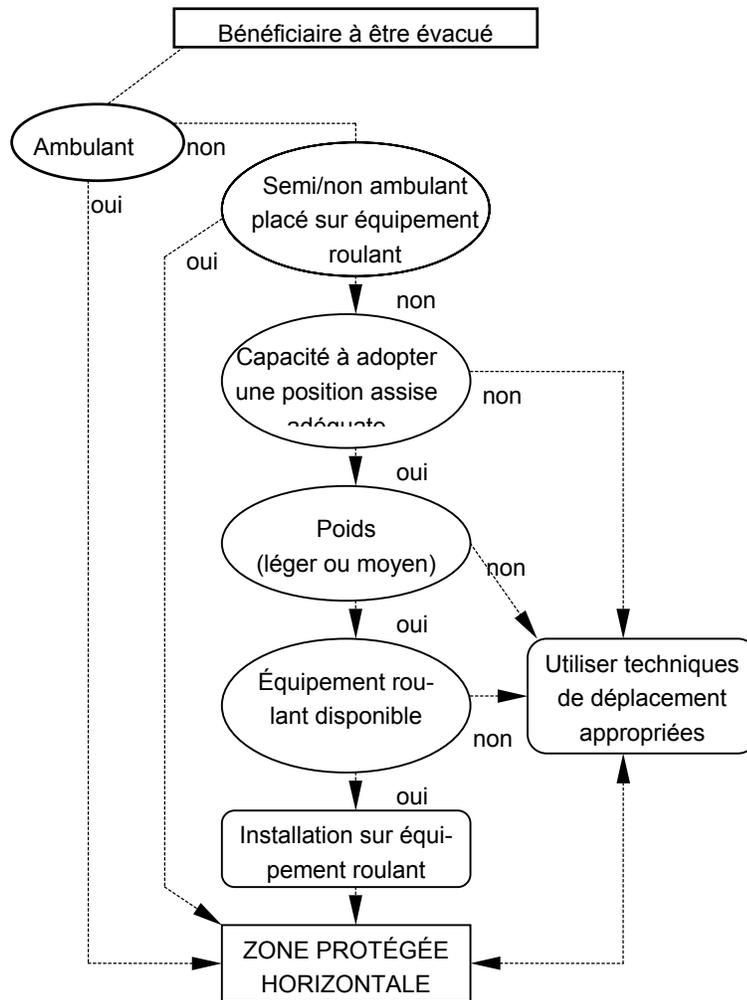
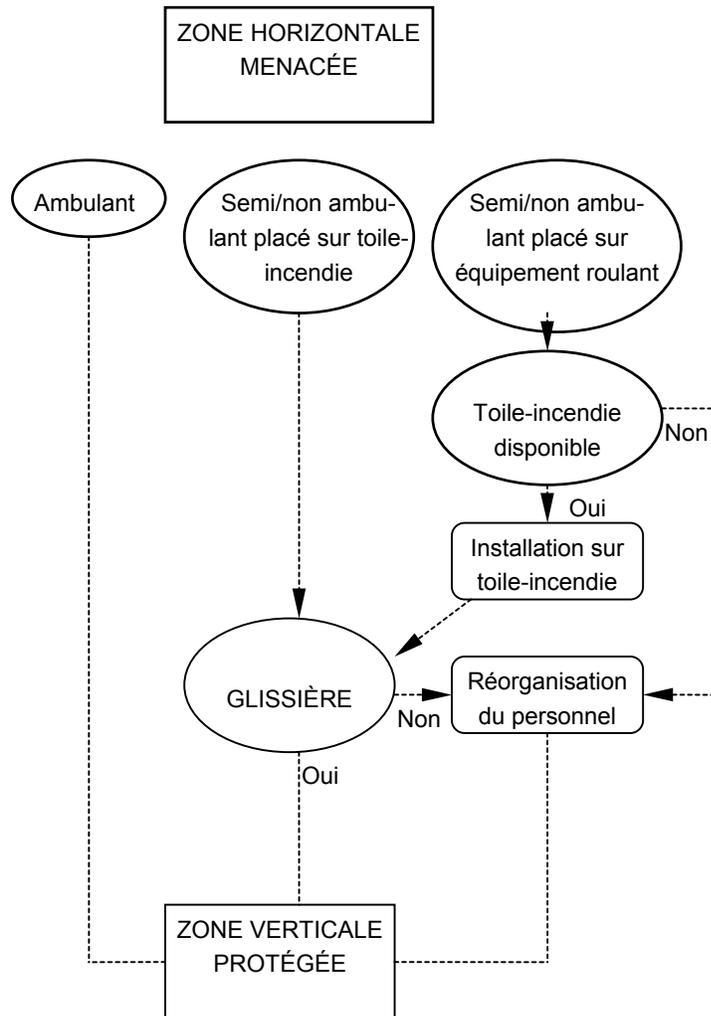


Figure 4.9
Schéma de décision pour évacuation verticale optimisée selon le degré de mobilité du client



Pour ce qui est de l'évacuation en cas d'incendie, nous utilisons les mêmes principes de déplacement. Voir la section 3 du présent chapitre « Des procédures et des techniques spécifiques ».

La planification de l'évacuation comporte plusieurs éléments :

- ? **la responsabilité de l'ordre d'évacuation;**
- ? **le mécanisme d'alerte;**
- ? **les activités de gestion, de coordination et d'opération;**
- ? **les schémas d'évacuation;**
- ? **la codification des usagers;**
- ? **les méthodes de déplacement des usagers;**
- ? **le marquage des pièces évacuées.**

2.1.1 La responsabilité de l'ordre d'évacuation

La décision d'évacuer revient au directeur général de l'établissement ou à son substitut. Toutefois, un ordre d'évacuation de site peut être donné soit par le chef de l'unité concernée, soit par le responsable du centre des opérations, ou encore par le premier intervenant à se trouver sur les lieux.

2.1.2 Le mécanisme d'alerte

Il est important d'avoir un moyen d'alerter l'ensemble de l'organisation. Ceci permet de s'assurer que l'ensemble du personnel est informé en même temps et que des actions cohérentes auront lieu tel que le prévoit le plan d'urgence. Dans la majorité des cas, il s'agit d'adopter un code précis pour le déclenchement de l'évacuation ainsi qu'un autre pour y mettre fin. Ce choix de codes doit tenir compte des codes déjà existants. Idéalement, les établissements du réseau devraient uniformiser leurs codes étant donné le nombre grandissant de membres du personnel partageant leur temps entre différentes installations.

2.1.3 Les activités de gestion, de coordination et d'opération

Certaines activités particulières à l'évacuation sont prises en charge par des intervenants de l'établissement. Ainsi, il faut planifier les activités de gestion, les activités de coordination et les opérations propres à l'évacuation. En voici quelques exemples :

Les activités de gestion :

- Veiller au respect de la procédure d'évacuation;
- Décider du déclenchement des mécanismes d'alerte;
- Décider du moment de la réintégration;
- Établir des mécanismes de coordination entre les différents départements;
- Mettre fin à la situation d'urgence.

Les activités de coordination :

- Établir les liens nécessaires avec les organismes externes;
- Établir les liens nécessaires entre les mécanismes et les structures internes;
- Obtenir le nombre d'usagers en fonction de la codification de ceux-ci;
- Alerter le personnel disponible;
- Déterminer les aires de rassemblement;
- Déterminer les accès et la circulation des personnes;
- Obtenir les rapports de situation;
- Limiter l'accès au site du sinistre.

Les activités d'opération :

- Recenser le personnel;
- Évacuer les usagers selon la codification prédéterminée;

-
- Consigner les usagers déplacés;
 - Procéder à l'évacuation des visiteurs;
 - Fermer les valves des gaz médicaux;
 - Marquer les pièces évacuées;
 - Sauvegarder les dossiers des usagers;
 - Fermer les portes coupe-fumée.

2.1.4 Les schémas d'évacuation

Plusieurs informations pertinentes peuvent être regroupées sous forme de schémas. Certaines concernent l'aménagement intérieur (matériel d'urgence, emplacement du matériel), alors que d'autres se rapportent aux terrains adjacents à l'installation. Idéalement, ces schémas très descriptifs sont tous inclus dans le plan des mesures d'urgence. Ils sont aussi affichés à des endroits stratégiques dans l'établissement, alors que les schémas originaux sont disponibles au centre de coordination. L'affichage des schémas d'évacuation est obligatoire en vertu de la réglementation sur la sécurité des édifices publics et certains règlements municipaux viennent préciser le contenu et l'emplacement de l'affichage des schémas d'évacuation.

2.1.5 La codification des usagers

La codification des usagers permet de connaître rapidement leur état afin d'établir des priorités d'évacuation, les usagers mobiles étant évacués les premiers. La codification affichée dans la chambre des usagers est tenue à jour et compilée dans un registre. Le tableau 4.7 donne un exemple de codification.

Tableau 4.5
Exemple de codification des usagers

TYPES D'USAGERS	CODES	DÉFINITIONS
Mobiles	Vert	Usagers mobiles
Semi-mobiles	Jaune	Usagers semi-mobiles (fauteuils roulants obligatoires ou aide humaine nécessaire)
Alités	Rouge	Usagers immobiles (civière ou brancard obligatoire)

2.1.6 Les méthodes de déplacement des usagers

Chaque établissement fournit des descriptions détaillées des méthodes approuvées pour le transport des personnes à l'intérieur de ses installations. Lors d'une évacuation horizontale, pour les unités où les usagers sont dans des situations telles que l'utilisation d'un brancard pourrait mettre leur vie en danger, il est possible que le comité des mesures d'urgence ou le directeur de garde autorise leur transport dans leur lit (ex. : soins intensifs).

Il existe plusieurs méthodes de déplacement des usagers. Les techniques utilisées devraient refléter le degré de mobilité des personnes. De façon générale, les usagers mobiles peuvent se déplacer par leurs propres moyens vers une zone sécuritaire; on doit toutefois les diriger vers cette zone.

Les usagers semi-mobiles peuvent se déplacer avec l'aide d'équipement roulant tel que chaise roulante, fauteuil. Ces personnes ont besoin d'aide pour se déplacer.

Les usagers alités ont besoin d'aide pour être évacués. Des mesures de sauvetage doivent donc être utilisées, et pour ce faire, le personnel affecté à l'évacuation pourrait se servir des équipements appropriés que l'on retrouve usuellement sur un département. Faute d'équipement de sauvetage approprié, certaines pièces d'équipement ou de fourniture peuvent être facilement transformées en équipement de sauvetage, par exemple, un drap contour peut servir de « traîneau d'évacuation » (figure 4.9).

L'achat d'équipement de sauvetage doit faire l'objet d'une analyse afin de s'assurer qu'il sera efficace lors d'une intervention. Les équipements doivent être adaptés au type de clientèle (adultes, bébés, enfants), à la capacité du personnel de les utiliser et au type de bâtiment (figure 4.10). Il faut éviter de se rassurer indûment par l'achat de matériel de sauvetage qui s'avérerait inefficace au moment d'un sinistre.

Figure 4.10
Exemple d'une technique d'évacuation improvisée avec l'aide
d'une couverture



Figure 4.11
Exemple d'équipement spécialisé pour l'évacuation
Modèle Evac-5



2.1.7 Le marquage des pièces

Chaque établissement planifie un moyen de marquer les pièces fouillées et évacuées. Il s'assure de la disponibilité du matériel nécessaire. Il existe plusieurs façons de s'assurer qu'une pièce a été fouillée et qu'il n'y a pas d'occupants à l'intérieur. Des marques de crayons (crayons marqueurs), de bouts de ruban adhésif collés sur la porte et le cadrage ou l'installation d'un oreiller en position verticale permettent de faire savoir que la pièce a été évacuée et que personne n'est retourné à l'intérieur.



AIDE-MÉMOIRE LA PLANIFICATION DE L'ÉVACUATION

- ☞ Déterminer un code pour le déclenchement de l'évacuation et un code pour annoncer la fin de l'intervention.
- ☞ Désigner les responsables des activités de gestion et de coordination et des opérations.
- ☞ Concevoir les schémas d'évacuation.
- ☞ Choisir une codification des usagers.
- ☞ Choisir les méthodes de déplacement des usagers.
- ☞ Choisir la méthode de marquage des pièces et s'assurer que l'on dispose du matériel nécessaire.



AIDE-MÉMOIRE LA CONCEPTION DE SCHÉMAS D'ÉVACUATION

? SCHÉMA DE L'AMÉNAGEMENT INTÉRIEUR

- ☒ Indiquer les sorties et le chemin à parcourir en cas d'évacuation pour se rendre aux zones de rassemblement.
- ☒ Indiquer l'emplacement des ascenseurs, des cages d'escalier.
- ☒ Indiquer l'emplacement des extincteurs, des stations manuelles d'alarme et des tuyaux d'incendie.

? SCHÉMA DES TERRAINS ADJACENTS À L'ÉDIFICE

- ☒ Indiquer les zones de rassemblement extérieures.
- ☒ Indiquer les voies et le sens de la circulation.
- ☒ Indiquer les lieux où sont situés les moyens de transport appropriés.

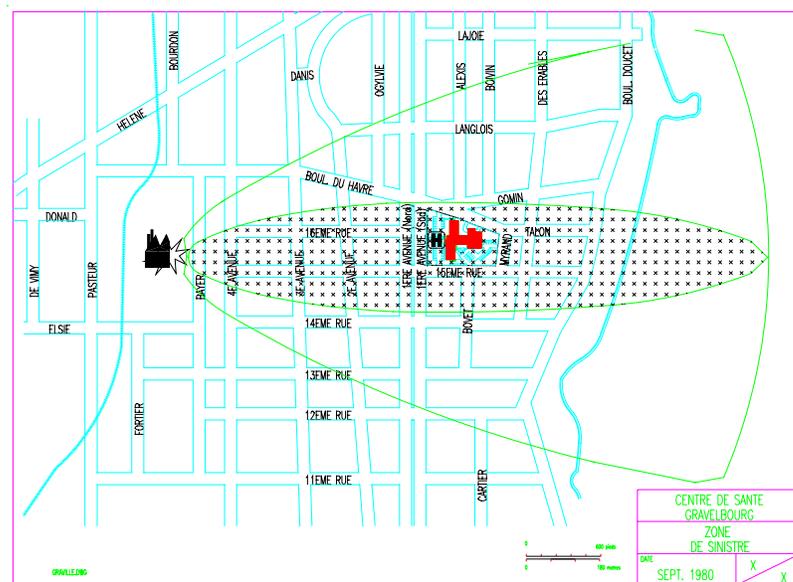
2.2 Le confinement

Les établissements de santé peuvent être menacés par des risques environnementaux. Selon la nature des risques et le délais d'intervention, il est utopique de croire que l'on pourra évacuer rapidement l'établissement et relocaliser les usagers sans mettre en danger leur sécurité. Il est donc nécessaire dans de pareilles circonstances d'utiliser la protection qu'offre l'installation. Le confinement du bâtiment permet de conserver, pendant une période, une qualité de l'air favorisant un environnement interne sécuritaire alors que la qualité de l'air de l'environnement externe se détériore.

Afin de mieux comprendre la réflexion qui sous-tend le confinement, voici un exemple :

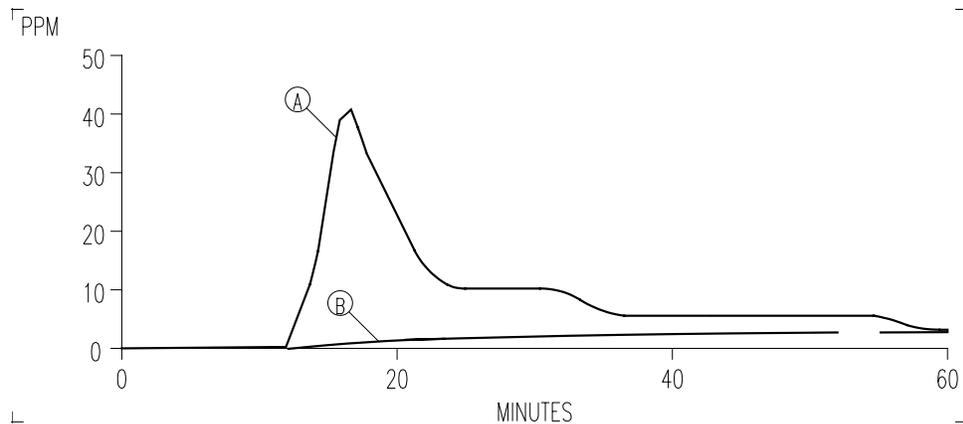
Nous avons simulé par ordinateur une fuite de chlore dans une industrie située à proximité d'un établissement de santé. À la figure 4.11, vous pouvez observer la source d'émission à gauche de la carte et constater que l'établissement de santé est situé en plein cœur du nuage toxique.

Figure 4.12
Positionnement de l'établissement de santé par rapport à la source d'émission de la matière dangereuse



À la figure 4.12, nous présentons les concentrations de chlore dans l'atmosphère (courbe A) et à l'intérieur de la bâtisse (courbe B), qui est située répétons-le, au beau milieu du nuage. Le temps 0 est le moment où il y a la fuite. À ce moment, le nuage de chlore n'a pas encore atteint l'établissement de santé. Vers la douzième minute, le nuage toxique atteint l'établissement, et en quelques minutes, la concentration atteint 42 ppm. Cette concentration est toxique et entraînera des problèmes respiratoires graves, à tel point qu'un individu ne pourra prendre des mesures pour se protéger et mourra dans les minutes qui suivent. Vers la vingt-cinquième minute, la majorité du nuage toxique est passée. La concentration de chlore dans l'air extérieur diminue rapidement pour ensuite atteindre des niveaux moins toxiques.

Figure 4.13
Concentration de chlore dans l'air au niveau
de l'établissement de santé



Il est impossible d'évacuer l'établissement de santé dans les premières minutes sans mettre en danger la sécurité des usagers. La rapidité avec laquelle le nuage arrive, soit douze minutes, et la concentration de 42 ppm rendent l'opération d'évacuation impossible. Par contre, en observant le graphique (courbe B), on constate que l'établissement a procédé à un confinement de sa bâtisse. La concentration n'a jamais dépassé 3 ppm pour une période d'une heure, ce qui est un seuil acceptable pour une courte période. Les réactions physiques à la présence du chlore à cette concentration seraient mineures et réversibles.

Dans cette situation, l'absence de procédure de confinement aurait permis au nuage de chlore d'envahir toute la bâtisse mettant en danger ses occupants.

Ceci n'est qu'un exemple afin de démontrer les avantages des procédures de confinement. Par contre, le responsable des mesures d'urgence doit adapter son intervention de confinement en fonction des matières dangereuses que l'on retrouve dans le milieu environnement. De là l'importance d'avoir une bonne connaissance du milieu et d'avoir procédé à une analyse rigoureuse des risques.



Le confinement est une intervention qui nécessite un endroit hermétique où les échanges d'air entre un bâtiment et l'environnement extérieur sont temporairement suspendus. Ce type d'intervention peut être envisagé par exemple lors d'une fuite de gaz toxique. Dans ce cas, la situation est évaluée en tenant compte de la toxicité et de la concentration des substances émises. Généralement, cette évaluation se fait conjointement avec les intervenants externes.

Le confinement peut être mis en application simultanément avec l'évacuation. Par ailleurs, on ne peut y recourir que dans les établissements où la possibilité de demeurer à l'intérieur du bâtiment lorsqu'un sinistre est en cours ou appréhendé a été retenue comme moyen de préserver l'intégrité et la sécurité des occupants à l'étape de l'étude de vulnérabilité. Ce type d'intervention nécessite un mécanisme d'information efficace, car il est important de donner le plus rapidement possible de l'information sur la nature de l'événement et sur les directives à suivre aux personnes confinées pour les rassurer et obtenir leur collaboration. La revue des avantages et des contraintes associés au confinement oriente le choix de recourir ou non à ce type d'intervention.

Les avantages :

- mesure de protection immédiate;
- faible niveau de morbidité;
- coût d'opération faible;
- besoin minime de ressources d'intervention à court terme.

Les contraintes :

- sentiment d'isolement, d'insécurité;
- besoin accru de soutien et de suivi psychosocial;
- mesure temporaire;
- réévaluation fréquente en fonction de l'évolution du sinistre.

Voici des exemples d'actions qui peuvent être entreprises rapidement afin d'éviter une pénétration de l'air extérieur dans la bâtisse.

- Obstruer soigneusement les portes, les fenêtres et toutes les ouvertures avec du ruban adhésif ou des chiffons mouillés.
- Arrêter toute ventilation (système de ventilation d'entrée et de sortie d'air, hottes dans la cuisine, ventilation dans les toilettes, les salles de bain, la buanderie, etc.).
- Contrôler et limiter les entrées et les sorties du bâtiment.
- En cas de picotements ou d'odeurs fortes, respirer à travers un mouchoir mouillé.
- Éviter toute flamme ou étincelle.
- Rester éloigné des fenêtres.



AIDE-MÉMOIRE LA PLANIFICATION DU CONFINEMENT

- ✍ Déterminer un code pour le déclenchement du confinement et un code pour annoncer la fin de l'intervention.
- ✍ Disposer des plans du système de ventilation (emplacement des éléments du système, position et fonctionnement des interrupteurs, etc.).
- ✍ Déterminer le type de message à transmettre et le moyen de le transmettre.
- ✍ Déterminer la procédure à mettre en place.
- ✍ Disposer du matériel nécessaire.

2.3 La relocalisation



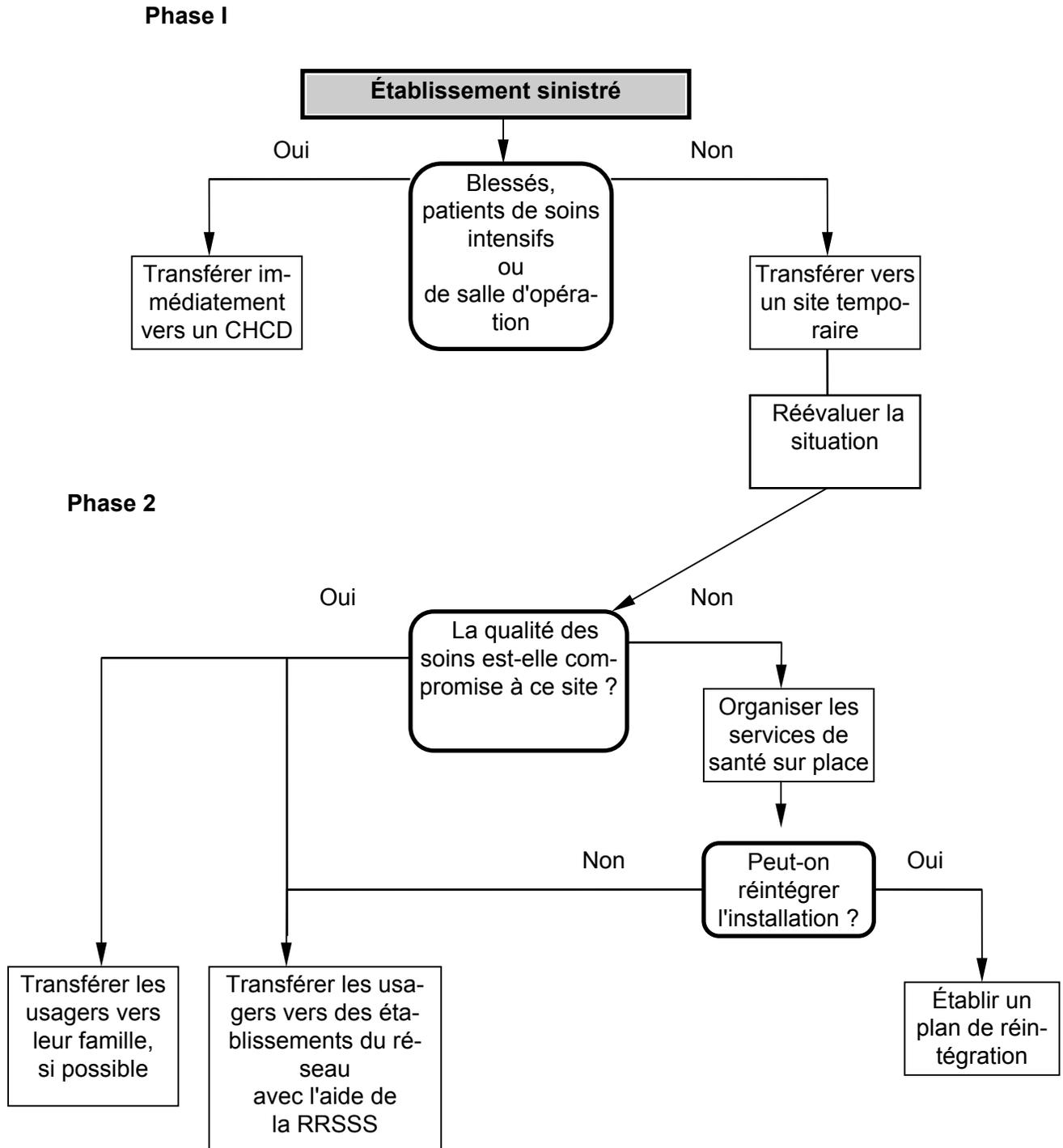
La relocalisation est une intervention qui permet de déplacer des usagers vers un autre édifice sécuritaire à l'extérieur de l'établissement (église, école, centre communautaire, etc.). Subséquente à une évacuation, cette intervention s'applique lorsque les lieux deviennent inhabitables à cause d'un sinistre survenu à l'intérieur de l'établissement (par exemple, incendie sur un étage) ou à l'extérieur de celui-ci (par exemple fuite de matières toxiques due à un déraillement de train). Comme plusieurs partenaires sont touchés par l'opération, il est donc important de mettre au point les mesures d'intervention en s'assurant que celles-ci s'intègrent aux plans des autres établissements et organismes concernés, tant au niveau régional qu'au niveau municipal. Il est aussi important de prévoir des ententes inter-établissements car les établissements sont appelés à partager des ressources humaines et matérielles pour répondre aux besoins. Il ne faut cependant pas oublier que le partage des responsabilités se fait localement en tenant compte de la mission de l'établissement, de son organigramme, ainsi que des particularités locales.

Lorsqu'on procède à une relocalisation, les premières démarches sont très importantes puisqu'il faut quitter les lieux rapidement et de façon sécuritaire tout en choisissant simultanément le site le plus approprié. Il faut donc être prêt à intervenir à l'aide d'outils qui facilitent le déplacement tout en sécurisant les usagers et le personnel.

2.3.1 Les phases d'une relocalisation

La relocalisation des usagers se fait généralement en deux phases (figure 4.13). Dans une première phase, les personnes blessées ou dont l'état nécessite des soins critiques sont dirigées vers un établissement approprié, alors que les autres usagers sont transférés à un site temporaire. Comme la durée du processus est fonction de la gravité du sinistre, il y a une réévaluation de la situation. Si la nécessité de la relocalisation persiste, la deuxième phase est activée : les usagers sont installés de façon permanente dans un nouvel établissement.

Figure 4.14
Phase d'intervention lors de la relocalisation



Relocalisation temporaire

Au cours de cette phase, les actions portent sur les éléments suivants :

- ☞ choisir le site temporaire de relocalisation;
- ☞ déterminer les modalités de répartition des usagers;
- ☞ désigner le personnel accompagnateur;
- ☞ déterminer les moyens de transport appropriés;
- ☞ déterminer les voies de circulation qui seront privilégiées;
- ☞ déterminer les besoins matériels (matériel médical, matériel de communication, fournitures générales);
- ☞ déterminer les principes d'organisation des soins qui seront suivis (par exemple, rassembler les usagers selon leur unité de soins).

Avant la mise en oeuvre de la deuxième phase, il y a une réévaluation de la situation ainsi qu'une prise de décision concernant la possibilité d'un retour à l'établissement ou la répartition des usagers vers un site permanent. Cette réévaluation se fait en concertation avec le centre de coordination.

Phase II

Relocalisation permanente

Au cours de cette deuxième phase, les actions portent sur les éléments suivants :

- ☞ le retour dans la famille :
 - établir la communication avec la famille;
 - décider du moyen de transport approprié;
 - établir les mécanismes de suivi médical;
- ☞ la relocalisation dans un autre type d'établissement :
 - décider du moyen de transport approprié;
 - désigner le personnel accompagnateur;
 - déterminer le matériel nécessaire;
- ☞ le transfert dans un autre établissement du réseau :
 - décider du moyen de transport approprié;
 - désigner le personnel accompagnateur;
 - déterminer le matériel nécessaire.

Peu importe la phase, l'établissement doit reloger adéquatement les usagers et assurer la continuité des services et des soins de base appropriés à leur état de santé. Différents éléments sont à considérer pour qui planifie les phases I et II de la relocalisation :

- le site de relocalisation;
- la répartition des usagers;
- les moyens de transport;

- la circulation et la sécurité;
- les services et le matériel sur le site de relocalisation.

2.3.2 Le site de relocalisation

Le choix d'un site de relocalisation peut varier en fonction de la nature et de l'ampleur du sinistre. C'est pourquoi les résultats de l'exercice de connaissance du milieu et de l'étude de vulnérabilité permettent d'éclairer ce choix. La connaissance du milieu permet de déterminer les installations qui seraient les plus appropriées pour accueillir les usagers ainsi que les ressources de transport disponibles. L'étude de vulnérabilité permet d'établir si l'installation que l'on souhaite utiliser comme site temporaire est située dans une zone dangereuse en cas de sinistre externe.

De façon générale, on privilégie un site près de l'établissement pouvant répondre adéquatement aux besoins de la clientèle. D'autres critères peuvent guider le choix : l'espace, les équipements disponibles, les facilités d'accès, les installations sanitaires, l'alimentation en eau, les zones d'entreposage, les facilités de communication, les conditions climatiques, etc.

Dans le cas d'un sinistre survenant à l'extérieur de l'établissement, le choix du site s'établit en concertation avec les partenaires concernés tels les pompiers, le ministère de l'Environnement et de la Faune, la direction de la santé publique de la région, etc.



Il est donc pertinent d'avoir plus d'un site de relocalisation temporaire, soit un à proximité de l'établissement et ne nécessitant que très peu de moyens de transport, et un autre à bonne distance de l'établissement lors de sinistres environnementaux.

Le choix d'un site temporaire

Comme la relocalisation est souvent enclenchée avant la mobilisation d'intervenants externes, il faut avoir accès temporairement à un site. Par prudence, on suggère de prévoir au moins deux sites temporaires. Il peut s'agir d'écoles, de locaux communautaires ou d'autobus si les usagers peuvent se déplacer par eux-mêmes. Par la suite, les usagers sont transportés dans un endroit plus approprié, en concertation avec les partenaires concernés (ex. : régie régionale, municipalité, etc.).

Le choix d'un site permanent

Dès que possible, un site permanent est choisi afin de mieux répondre aux besoins des usagers. Le choix du site permanent se fait habituellement en concertation avec les partenaires concernés (ex. : régie régionale, municipalité, autres établissements, etc.).



AIDE-MÉMOIRE ACTIONS ET MOYENS FACILITANT LE CHOIX D'UN SITE DE RELOCALISATION

- ☞ Désigner un responsable de la supervision sur le site de relocalisation.
- ☞ Désigner l'équipe de soins.
- ☞ Dresser une liste des sites avec leurs caractéristiques (nom, capacité d'accueil, commodités, etc.).
- ☞ Déterminer les facilités disponibles permettant la prestation des soins.
- ☞ Préparer des plans et des schémas des locaux.
- ☞ Signer des ententes.
- ☞ Dresser une liste des noms et des coordonnées des personnes à contacter en tout temps afin d'assurer une réception prompte.
- ☞ Dresser une liste des noms et des coordonnées des personnes pouvant confirmer selon les disponibilités du moment le nombre de personnes qui peuvent être reçues (cela s'applique particulièrement aux CHCD concernant la relocalisation des usagers dont l'état nécessite des soins majeurs devant être maintenus de façon continue).

2.3.3 La répartition des usagers

Dans un premier temps, les usagers sont répartis entre le site temporaire et les centres hospitaliers de courte durée selon leur état de santé. Les modalités de répartition des usagers doivent être définies au préalable.

2.3.4 Les moyens de transport

Afin d'assurer le déplacement rapide des usagers et du personnel vers le site de relocalisation, on conclut des ententes avec les partenaires locaux après avoir déterminé les moyens de transport appropriés. Un responsable de la répartition ainsi que les ressources humaines nécessaires sont désignés pour accompagner et dispenser les soins pendant le transport.

2.3.5 La circulation et la sécurité

Lors d'une relocalisation, la circulation et la sécurité à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement étant affectées, des mesures additionnelles sont à prévoir. Elles seront en concordance avec celles élaborées pour une évacuation. Il faut se rappeler que ce type de planification se réalise en concertation avec la municipalité. Voici quelques éléments à planifier :

- prévoir les mécanismes de contrôle de la circulation nécessaires;
- déterminer les aires d'embarquement et de débarquement;
- déterminer les trajets pour se rendre au site de relocalisation;
- désigner un responsable des accès;
- prévoir l'accueil et l'enregistrement des usagers.

2.3.6 Les services et le matériel sur le site de relocalisation

Il est important de déterminer le matériel qu'il est essentiel de transporter sur le site de relocalisation et ce, pour les différents types de clientèle de l'établissement (plans de soins, matériel médical, fournitures d'hygiène, équipement de communication). Il est recommandé d'établir des priorités en ce qui concerne le matériel au cas où il serait impossible de tout rassembler et transporter. Par exemple, la priorité est accordée aux médicaments, aux dossiers des usagers et au matériel de soins. Par la suite, on peut songer aux effets personnels et à certains équipements d'appoint.

Afin d'augmenter l'efficacité des interventions lors d'une relocalisation, on dressera une liste comportant les éléments suivants : description et emplacement du matériel essentiel, méthode d'acheminement à l'interne et méthode de transport vers le nouveau site. De plus, le matériel essentiel peut être contenu dans une valise accessible en tout temps.



AIDE-MÉMOIRE LA PLANIFICATION DU MATÉRIEL ESSENTIEL SUR UN SITE DE RELOCALISATION

- ☞ Dresser une liste du matériel essentiel à transporter sur le site.
- ☞ Déterminer le matériel à transporter de façon prioritaire en cas d'extrême urgence.
- ☞ Désigner un responsable du transport des médicaments.
- ☞ Établir des procédures pour le transport des médicaments.

Au moment de la planification, une attention particulière est accordée aux mesures concernant le transport de médicaments (quantité, type de médicaments). Par exemple, une procédure stricte (types de contenants, désignation des personnes responsables, etc.) est établie pour les médicaments gardés habituellement sous clef (ex. : narcotiques).

Vous trouverez au tableau 4.3 des actions et des moyens qui peuvent faciliter une relocalisation.

TABLEAU 4.6
Exemple d'actions et de moyens facilitant la relocalisation

- ☛ Transférer rapidement les usagers :
 - Listes préétablies ou ententes concernant les fauteuils roulants, les brancards, les autobus, les ambulances, etc.;
 - Registre d'informations pour inscrire le site de relocalisation des usagers;
 - Listes des usagers pour chaque unité de soins et nom de la personne connaissant leur état (ambulant, civière, chaise);
 - Procédure pour tenir compte du jumelage, par exemple, de conjoints ou d'enfants avec leurs parents avant le transport;
 - Procédure pour donner des congés à certains usagers pouvant être hébergés dans leur famille, chez des amis ou des bénévoles et dont l'état nécessite des soins pouvant être prodigués à domicile;
 - Critères de classification des usagers (cf. critères d'identification lors d'une évacuation) selon leur état afin d'ajuster le moyen de transport (civière, fauteuil roulant, ambulant) ainsi que le choix du site selon les soins requis (soins aigus divers, soins prolongés, santé mentale, etc.).
- ☛ Accueillir promptement le personnel et les usagers sur le site de relocalisation :
 - Liste des noms et des coordonnées des personnes pouvant les accueillir;
- ☛ Rassembler rapidement les dossiers et les directives pour la médication.
- ☛ Rejoindre rapidement les équipes d'accompagnement :
 - Liste des membres du personnel avec leurs coordonnées;
- ☛ Disposer des horaires permettant le remplacement.
- ☛ Disposer d'une procédure pour le personnel accompagnateur au site de relocalisation.
- ☛ Rejoindre les ressources psychosociales nécessaires.
- ☛ Aviser les familles des usagers et, dans certains cas, les médecins.
- ☛ Disposer d'une valise* facilement transportable dans un lieu de relocalisation contenant, entre autres, les éléments suivants :
 - Liste à jour des usagers incluant le dossier sommaire de chacun, leur état et leur emplacement;
 - liste de leurs effets personnels (prothèse, lunettes, etc.);
 - nom des personnes à contacter (familles, amis);
 - liste des coordonnées des membres du personnel;
 - liste de numéros en cas d'urgence (ambulances, police, etc.);
 - bracelets d'identification;
 - liste d'organismes et de bénévoles;
 - téléphone cellulaire, etc.

* Une telle valise d'urgence peut accélérer la démarche préalable au déplacement, particulièrement pour les CHSLD ou les unités en soins prolongés ayant un faible taux de roulement.

2.4 L'isolement

Un établissement de santé est en isolement lorsqu'il est privé, suite à un sinistre, des ressources humaines, des ressources matérielles ou des services publics habituellement indispensables à son bon fonctionnement. Cet isolement peut résulter d'un sinistre d'origine anthropique ou d'un sinistre naturel dont les conséquences obligent l'établissement à ne compter que sur ses propres ressources pendant une période dont la durée peut varier considérablement. Le sinistre du verglas de janvier 1998 a provoqué l'isolement de nombreux établissements de santé en les privant entre autres d'alimentation électrique, et ce pendant de nombreuses semaines.

Les sinistres majeurs ont généralement pour conséquences de perturber les services d'utilité publique, d'affecter les infrastructures environnantes et celles de l'établissement, et enfin d'avoir des répercussions sur l'organisation des ressources humaines. Les services d'utilité publique les plus fréquemment affectés lors de sinistres sont l'alimentation électrique, le service téléphonique, le réseau de distribution de gaz, les voies de circulation routière et le réseau de distribution d'eau potable.

Le volet isolement peut aussi être activé dans le plan d'urgence même s'il n'y a pas de sinistre, pensons à un bris de conduite d'eau potable alimentant l'établissement. Cet incident peut résulter en une pénurie importante d'eau potable pour plusieurs heures.

Dans la connaissance du milieu, des systèmes ou des ressources essentielles ont été identifiés. Par la suite, l'étude de vulnérabilité a permis d'établir quels seraient les systèmes ou les ressources seraient affectées par un sinistre. Il faut alors déterminer des mesures d'atténuation qui permettront de maintenir en fonctionnement à la fois d'une partie des systèmes et des services essentiels.

Voici une liste de services ou de systèmes qui devraient être considérés dans la planification du volet d'isolement.

- Ressources humaines;
- Approvisionnement énergétique (électricité, gaz, diesel);
- Systèmes de télécommunication;
- Distribution d'eau potable;
- Service alimentaire;
- Approvisionnement pharmaceutique;
- Literie.

Voici, à titre d'exemple, un tableau montrant les conséquences possibles d'une perte de services publics.

Tableau 4.7
Conséquences possibles d'une perte de service.

Service	Conséquences possibles
Perte du service d'alimentation électrique	<ul style="list-style-type: none"> • Panne d'ascenseur; • Arrêt des systèmes de chauffage, de climatisation et de ventilation; • Arrêt du système téléphonique; • Problème dans l'organisation des repas; • Arrêt de fonctionnement de différents équipements essentiels à la prestation des soins.
Perte du service d'approvisionnement en eau potable	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à maintenir les normes d'hygiène; • Difficulté dans l'organisation des repas; • Difficulté à effectuer certaines activités médicales • Problème au niveau de la sécurité incendie avec un mauvais fonctionnement des gicleurs et des cabinets d'incendie; • Difficulté à faire fonctionner les chaudières du système de chauffage.
Perte du système de télécommunication	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à communiquer avec différents services à l'interne; • Difficulté de coordination des interventions d'urgence; • Difficulté à communiquer avec l'extérieur.
Isolement suite à une perturbation du réseau routier	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté pour le personnel de rentrer en travail; • Approvisionnement difficile (nourriture, médicament, literie); • Difficulté à obtenir des secours de l'extérieur ou à effectuer des relocalisations.

2.4.1 Les étapes de planification

La planification des interventions en cas d'isolement doit viser à déterminer les services et systèmes essentiels au fonctionnement de l'établissement. Par la suite, déterminer quels sont les moyens alternatifs pour assurer la prestation des services.

Pour chacun des systèmes ou des services que nous avons mentionnés précédemment, nous avons déterminé une série d'actions qui devraient être planifiées comme mesures d'atténuation ou d'intervention lors d'un sinistre.

2.4.2 Les ressources humaines

Si l'accès aux routes est interrompu, le personnel ne sera probablement pas remplacé à la fin du quart de travail. C'est pourquoi le personnel en place devra probablement faire des heures supplémentaires. On doit alors prévoir une réorganisation des horaires de travail. Des périodes de repos doivent être prévues compte tenu que dans une telle situation, le personnel a tendance à se surmener. Cette mesure, si elle est prise immédiatement, est bénéfique pour la santé et l'efficacité des ressources. Un endroit non utilisé peut être converti en salle de repos à l'usage du personnel.

Si l'établissement est complètement isolé, le personnel présent en début d'isolement assume tous les quarts de travail. Dans une telle situation, il est recommandé de diminuer approximativement de moitié, le nombre de personnes affectées habituellement à chaque endroit et de faire des quarts de douze heures. Les activités non essentielles sont mises de côté. Les bénévoles présents dans l'établissement lors de l'isolement peuvent être mis à contribution pour de multiples tâches selon leurs capacités et leurs compétences. Des périodes de repos sont aussi planifiées pour eux.

Lors de situations exceptionnelles, certains moyens peuvent être choisis pour atténuer la gravité de la situation. Par exemple, en fonction de leur mobilité, certains usagers ambulatoires peuvent contribuer à des tâches habituellement réservées au personnel afin de pallier au manque de ressources. Ils peuvent se rendre à la cafétéria, faire leur lit, se rendre au poste de garde pour leur médication. Lorsque des visiteurs sont sur place, ils peuvent aussi être mis à contribution.

2.4.3 L'approvisionnement énergétique (électricité, gaz, diesel)

L'approvisionnement énergétique est un élément essentiel au bon fonctionnement de l'établissement. En absence d'énergie, l'établissement ne peut plus faire fonctionner ses équipements, assurer un chauffage et une climatisation adéquate.

Il y a généralement trois types d'approvisionnement énergétique. Il s'agit principalement de l'électricité, du gaz naturel, de l'essence ou du diesel. Le comité de planification des mesures d'urgence doit estimer comment il pourrait assurer le maintien de ces services lors d'un sinistre. Voyons plus précisément les éléments à considérer pour dégager un plan d'action.

Électricité

Un des moyens alternatif visant à assurer un approvisionnement électrique est l'utilisation d'une génératrice. Cette génératrice peut être installée en permanence dans l'établissement ou être installée de façon temporaire lorsque requise. Voici, de façon générale, les éléments à considérer lors de l'installation d'une génératrice:



- Déterminer les services essentiels à maintenir;
- Déterminer la charge électrique nécessaire pour alimenter ces services;
- Déterminer l'emplacement éventuel de génératrices en tenant compte des risques d'émanation de monoxyde de carbone;
- Déterminer les modalités de branchement de génératrices;
- Prévoir son approvisionnement en carburant;
- Prévoir les ressources pour son entretien lors du fonctionnement;
- Prévoir un programme d'entretien en cours d'opération et de pièces de rechange;
- Prévoir l'ajout de génératrices supplémentaires si la situation l'exige.

Diesel

Certains sinistres peuvent affecter l'approvisionnement en diesel, soit par une incapacité du fournisseur à effectuer la livraison ou à s'alimenter auprès des pétrolières. Il faut prévoir un approvisionnement alternatif via un autre fournisseur ou bien prévoir des mesures de rationnement afin d'économiser le diesel.

Gaz naturel

L'approvisionnement en gaz naturel s'effectue par conduites généralement souterraines. Un sinistre tel qu'un tremblement de terre peut endommager les conduites de gaz enfouies sous-terre et priver ainsi l'établissement de cette source d'énergie. Dans ces circonstances, la panne peut être relativement prolongée. L'établissement doit alors analyser l'impact de cette perte de ressource d'énergie sur son fonctionnement et par la suite, établir un plan d'action pour assurer le fonctionnement des services essentiels.

2.4.4 Les systèmes de télécommunication

Les systèmes de télécommunication sont des éléments essentiels pour la gestion. Une perte du système de télécommunication doit être compensée par la mise en place de mesures palliatives.

Afin de planifier adéquatement les interventions en cas de panne du système de télécommunication, il faut bien comprendre le fonctionnement de tous les moyens de communications à la disposition de l'établissement, l'objectif étant de maximiser le potentiel des systèmes encore en fonction. À titre d'exemple, il peut s'agir d'utiliser des lignes de télécopieur pour transmettre des communications vocales.

Voici des exemples de moyens de communications qui peuvent être utilisés tant pour communiquer à l'interne qu'à l'externe:

- Utilisation de lignes téléphoniques dédiées ne passant pas par la centrale téléphonique de l'établissement, il peut s'agir des lignes de télécopieur ou des lignes téléphoniques pour l'informatique;

-
- Utilisation de cellulaires et de téléavertisseurs;
 - Utilisation de messagers pouvant transmettre des messages sur les différents départements de l'établissement;
 - Utilisation d'un réseau de radiocommunication tel que celui des clubs de radioamateur ou un système privé;
 - Utilisation de transmission de messages par télécopieur ou par Internet.

Compte tenu de la complexité des systèmes de télécommunication, il faudra au préalable planifier différentes stratégies d'intervention en cas de panne de ceux-ci. Il faudra planifier des ententes de services avec des fournisseurs afin d'obtenir rapidement des équipements de télécommunication supplémentaires ou des services d'installations. Il faudra évaluer si des travaux d'aménagement sont nécessaires pour permettre l'installation rapide de systèmes de télécommunication d'appoint.

2.4.5 La distribution d'eau potable

Les sinistres peuvent affecter le système de distribution d'eau potable de deux façons. Il peuvent avoir comme conséquence de rendre impropre à la consommation l'eau tout en continuant à avoir accès à la ressource. Dans d'autres circonstances, le sinistre peut endommager le réseau de distribution d'eau et priver totalement l'établissement de cette ressource.

Dans ces deux cas, il faut minimalement avoir prévu un système auxiliaire de distribution d'eau potable reposant sur une réserve constituée à cet effet ou bien des ententes avec des fournisseurs d'eau potable.

Par ailleurs, lors d'une pénurie complète ou partielle dans l'approvisionnement en eau, l'établissement doit en évaluer l'impact sur son fonctionnement. Les effets possibles sont principalement sur l'élaboration des repas, le système de chauffage et la climatisation, les mesures d'hygiène, l'entretien sanitaire et la sécurité incendie.

2.4.6 Les autres ressources

Lors d'un sinistre important, l'état des routes peut empêcher l'approvisionnement régulier de l'établissement. Les délais de livraison supplémentaires peuvent créer une pénurie de ressources essentielles au fonctionnement normal de l'établissement.

Les établissements de santé qui hébergent des usagers doivent planifier des moyens de compenser l'incapacité de recevoir les fournitures médicales et les denrées alimentaires nécessaires au maintien de leurs services essentiels. Il s'agit entre autres des produits pharmaceutiques, de la lingerie, les gaz médicaux, les produits sanguins et tout ce qui est relatif à l'alimentation.

Dans ces circonstances, l'établissement peut envisager deux stratégies. La première étant d'avoir recours à des fournisseurs auxiliaires avec lesquels des ententes ont été préalablement conclues. Elle peut aussi avoir recours à une

stratégie de rationnement. Ces deux stratégies peuvent être complémentaires.

2.4.7 Le rationnement

Si la période d'isolement ne peut être déterminée au début, il faut prévoir immédiatement un rationnement de tous les produits de consommation. Une attention particulière est apportée à certains points :

- nourriture pour les patients, le personnel et les visiteurs;
- médicaments et liquides intraveineux;
- sang et produits sanguins;
- matériel jetable (médical et soutien);
- literie (si le service de buanderie n'est pas dans l'établissement);
- autres.

Le moment de mettre en application le rationnement est difficile à déterminer, surtout lorsque la durée de l'isolement ne peut être précisée d'avance. Il peut aussi être appliqué en totalité dès le début ou graduellement. La quantité et la diversité de nourriture en inventaire, de médicaments ou de tout autre produit nécessaire influence la décision de recourir à un rationnement partiel ou total. Par ailleurs, si l'établissement s'approvisionne au jour le jour, l'effet pourrait avoir des conséquences graves au niveau de la nécessité de prévoir des réserves. Les résultats de l'étude de vulnérabilité concernant l'inventaire des produits et du matériel nécessaire guident le responsable de la planification quant au délai et à l'ampleur du rationnement.

2.4.8 La gestion des déchets

L'entreposage temporaire des déchets de nourritures liquide et solide, des déchets biomédicaux et des autres déchets doit être envisagé si les déchets sont habituellement transportés hors du site. Il est important de planifier des méthodes alternatives de disposition des déchets. La situation pourrait devenir problématique surtout en période de chaleur.



Activité 8

L'évaluation du niveau de planification de l'isolement pour son établissement

C

Cette activité permet de déceler les points les plus vulnérables de l'établissement concernant l'isolement. À l'aide des résultats de la connaissance du milieu et de l'étude de vulnérabilité, on s'interroge sur le niveau de planification de l'isolement pour l'établissement. Ce niveau dépend du type d'établissement, des ressources disponibles ainsi que du lieu géographique.

- Sommes-nous vulnérables à certains sinistres ?

Sinistres	Oui	Non
– Blizzard		
– Inondation		
– Tempête de neige		
– Tornade		
– Tremblement de terre		
– Glissement de terrain		

- Sommes-nous en mesure de maintenir la continuité des plans de soins avec les ressources humaines disponibles à l'interne ?

	Oui	Durée	Non
– Le jour			
– Le soir			
– La nuit			

- Sommes-nous en mesure d'offrir les produits et les services suivants sans intervention ou soutien externes ?

	Oui	Durée	Non
– Ventilation et chauffage			
– Approvisionnement en eau			
– Approvisionnement en eau de cuisson			
– Approvisionnement en électricité <ul style="list-style-type: none">• Éclairage essentiel• Équipements médicaux			
– Réfrigération pour la nourriture			
– Réfrigération pour les médicaments			
– Réfrigération pour les produits sanguins			

-
- Disposons-nous à proximité de mécanismes de soutien ? Quels sont-ils ?

2.5 La réception massive d'usagers et de blessés

Lors de ce type d'intervention, pendant lequel plusieurs intervenants sont mis à contribution, l'établissement reçoit un grand nombre d'usagers ou de blessés. L'établissement doit donc prévoir des mécanismes pour les accueillir et leur prodiguer les soins et les services nécessaires. Le partage des responsabilités se fait en fonction de la mission, de l'organigramme, des particularités locales de l'établissement ainsi qu'en fonction des compétences des personnes désignées.

Le volet «réception» doit donc être adapté selon la mission de l'organisation.

2.5.1 La réception d'usagers à l'occasion d'une relocalisation

Cette situation survient lorsqu'un établissement sinistré doit transférer une partie ou la totalité de ses usagers. Tout établissement ayant des facilités pour répondre aux besoins du moment peut recevoir ces usagers.

Lorsque le personnel infirmier de l'établissement sinistré accompagne ses usagers, il est préférable de regrouper toutes ces personnes dans un même lieu. Il sera peut-être nécessaire de déplacer des usagers de l'établissement dans d'autres locaux.

2.5.2 La réception de multiples blessés à l'urgence

Chaque établissement ayant un service d'urgence peut recevoir un nombre de blessés impressionnant à la suite d'un sinistre. Un plan d'urgence pour la réception de multiples blessés à l'urgence doit être mis au point selon les orientations du plan d'urgence régionale du réseau de la santé et des services sociaux, volet «intervention en santé physique». L'établissement concerné doit donc se donner des lignes de conduite (figure) car, dans une telle situation, il déclenche très rapidement son plan des mesures d'urgence et intervient conformément à sa mission et aux responsabilités suivantes :

- Procéder au triage des victimes dès leur arrivée;
- Prodiger les soins requis selon les protocoles établis et procéder à des transferts pour les soins non disponibles;
- Assurer une disponibilité optimale de lits et de ressources humaines et matérielles;
- Déléguer, si nécessaire, et selon les ententes préétablies dans le plan

- régional des mesures d'urgence, l'équipe médicale ou certaines ressources humaines et matérielles sur les lieux du sinistre ou à d'autres points désignés;
- Demander assistance aux établissements voisins et à la régie régionale;
 - Informer les partenaires, les familles et la population.

TABLEAU 4.8
EXEMPLE DE LIGNES DE CONDUITE LORS
D'UNE RÉCEPTION À L'URGENCE

- ⇒ Organiser l'accueil.
 - ⇒ Prévoir une seule entrée pour l'arrivée de tous les sinistrés à l'aire de triage de l'urgence où se trouve une personne responsable du triage.
 - ⇒ Procéder de nouveau au triage avec la méthode START car la condition des sinistrés peut changer durant le transport. Séparer le plus rapidement possible les blessés pouvant tolérer une certaine période d'attente de ceux ayant besoin de soins immédiats afin de préserver leur vie et leur santé.
 - ⇒ Diriger ou transporter les sinistrés dont la condition est stable dans un lieu préalablement désigné.
 - ⇒ Transporter les sinistrés dont l'état de santé est incertain dans une aire adjacente pour qu'ils y soient examinés et diagnostiqués (par un médecin ou un infirmier). Regrouper les patients diagnostiqués stables avec le groupe similaire qui attend des services.
 - ⇒ Après le triage, diriger les sinistrés considérés comme étant dans un état précaire (code rouge) dans les salles de traitement prévues pour les stabiliser et par la suite les traiter selon leur condition.
 - ⇒ Utiliser un formulaire préétabli pour faciliter l'inscription. Y noter :
 - le nom ou le numéro*;
 - la provenance;
 - la condition;
 - la médication prescrite;
 - l'endroit assigné;
 - etc.
 - ⇒ Tenter d'obtenir le plus de renseignements précis possible, au début de la réception et pendant celle-ci, sur le nombre de victimes, la nature et la gravité des blessures (l'information recue est parfois imprécise et même contradictoire).
 - ⇒ Faire escorter les patients par le personnel non médical aux lieux désignés afin d'alléger les tâches de l'équipe de soins.
 - ⇒ Lorsque l'équipement médical est nécessaire pour intervenir, donner les traitements là où l'équipement est habituellement situé (le fait d'intervenir hors de l'urgence risque de ralentir les interventions).
 - ⇒ Garder les parents, les amis et les curieux hors de l'aire de tri et de traitement et prévenir l'incursion de journalistes à l'aide du service de sécurité.
- * Il faut avoir un moyen d'identification rapide lorsque les sinistrés arrivent sans dossier ou inconscients; on utilise généralement le numéro de l'étiquette du premier triage.



AIDE-MÉMOIRE PRINCIPAUX ÉLÉMENTS À PLANIFIER LORS DE LA RÉCEPTION MASSIVE D'USAGERS ET DE BLESSÉS

- ☒ Prévoir la procédure d'accueil et d'enregistrement.
- ☒ Déterminer des zones de rassemblement en tenant compte de la codification.
- ☒ Prévoir des corridors d'accès.
- ☒ Prévoir la structure des équipes d'intervention ainsi que le matériel nécessaire;
- ☒ Prévoir des moyens de communication avec le site.
- ☒ Établir des procédures pour donner des congés à certains usagers pouvant être hébergés dans leur famille, chez des amis ou chez des bénévoles et dont l'état nécessite des soins pouvant être prodigués à domicile afin de disposer de plus de places pour les sinistrés.
- ☒ Établir des procédures de fonctionnement d'un centre d'information publique et assigner un porte-parole unique (des ententes préalables avec les médias facilitent la diffusion de l'information).
- ☒ Établir la liste des aires pouvant accommoder des sinistrés et déterminer leur capacité d'accueil.
- ☒ Établir l'ordre de priorité concernant l'utilisation de l'unité de soins ou de l'aire de services.
- ☒ Dresser une liste comprenant la description et l'emplacement du matériel susceptible de servir en cas de réception et établir la procédure d'approvisionnement et de cheminement.
- ☒ Définir la procédure pour faire appel à des ressources en services psychosociaux.
- ☒ Établir la ligne d'autorité lorsque les usagers arrivent avec le personnel accompagnateur et indiquer les signatures requises pour les demandes de services.
- ☒ S'assurer de l'arrimage avec les partenaires du réseau pour définir la capacité de réception, signer des ententes relatives aux échanges de ressources humaines et matérielles et vérifier la conformité avec les orientations régionales.
- ☒ Voir à ce qu'il y ait coordination avec la municipalité relativement au plan de circulation et à la sécurité à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.
- ☒ S'assurer de disposer d'une liste des sinistrés accueillis facile à consulter et indiquant l'endroit où ils se trouvent tout au long de l'événement.
- ☒ Définir les tâches des intervenants internes et externes participant à la réception.
- ☒ Établir les lignes de communication durant l'alerte avec les partenaires.
- ☒ Planifier le transfert vers d'autres établissements de santé si la capacité de traitement est insuffisante ou si l'état des victimes nécessite des soins spécialisés.

3 DES PROCÉDURES ET DES TECHNIQUES SPÉCIFIQUES

Produire un manuel de planification des mesures d'urgence sans aborder les procédures et les techniques particulières à des risques omniprésents dans l'ensemble des établissements du réseau n'était pas envisageable.

3.1 Évacuation en cas d'incendie

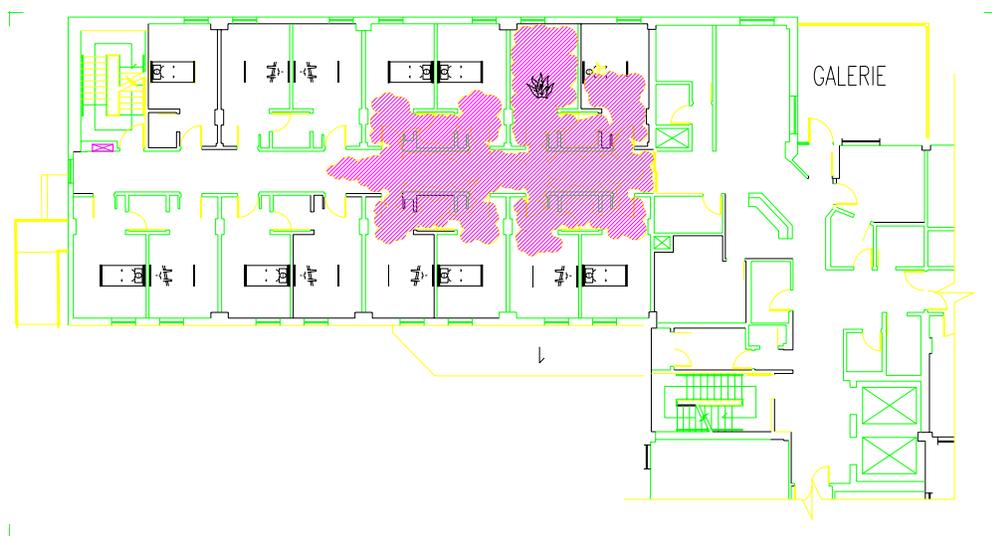
Les incendies sont le type de sinistre que l'on rencontre le plus couramment dans les établissements de santé. Ils sont aussi parmi les plus meurtriers. Il est donc essentiel que le plan d'urgence prévoit les modalités d'intervention en cas d'incendie. Le plan d'intervention incendie fait partie du plan d'urgence, il n'est pas le plan d'urgence.

3.1.1 Théorie de la compartimentation

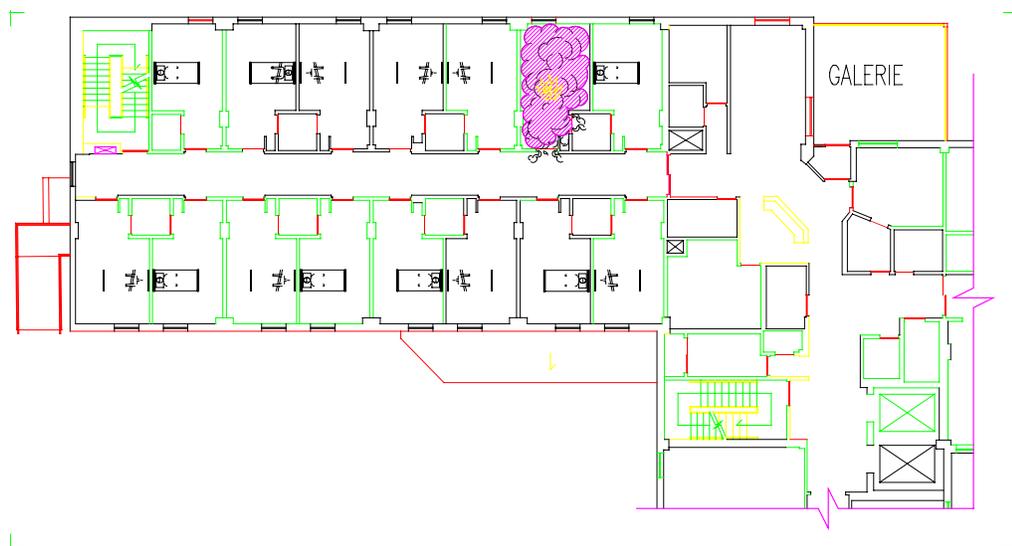
Les études démontrent que lors des incendies, les personnes meurent à la suite de l'inhalation de fumée. Le décès survient dans les premières minutes qui suivent le début de l'incendie. Il est essentiel d'intervenir rapidement afin de protéger les occupants.

Pour assurer une telle protection, on retrouve généralement, dans les établissements, des systèmes de détection et des systèmes d'extinction automatiques. Malgré la présence de ces mécanismes, les incendies peuvent progresser rapidement si les systèmes de compartimentation de la bâtisse ne fonctionnent pas rapidement. En effet, un établissement de santé est conçu comme une série de petites boîtes juxtaposées. Le principe d'intervention est de circonscrire l'incendie dans un compartiment afin d'éviter que la fumée et les flammes attaquent d'autres secteurs. La figure 4.15 démontre l'importance de la fermeture des portes lors d'un incendie dans une unité de soins.

Figure 4.15
Démonstration de la compartimentation favorisant une diminution de la propagation de la fumée



Propagation de la fumée sur un département lorsque la porte de la pièce où il y a l'incendie est demeurée ouverte.



Propagation de la fumée sur un département lorsque la porte a été fermée compartimentant ainsi l'incendie.

3.1.2 Le RACE

La NFPA (National Fire Protection Association) recommande le principe d'intervention RACE. Le RACE est l'acronyme anglais de Rescue, Alarm, Confinement, Extinction.

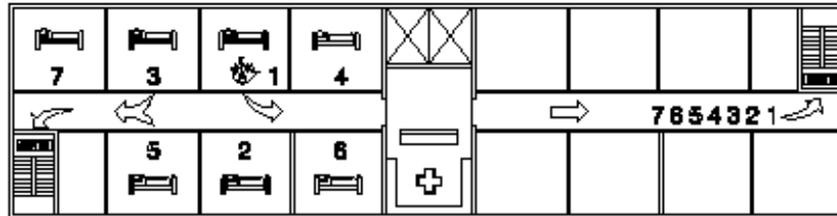
Considérant que sur une unité de soins, le nombre de membres du personnel est limité et que les résidents ont, dans la majorité des cas, besoin d'aide pour être évacués, il faut donc intervenir rapidement afin de limiter la dispersion de la fumée et de circonscrire l'incendie. Le principe de RACE peut être utilisé comme stratégie d'intervention incendie dans l'ensemble des départements d'un établissement. Il s'agit en fait de secourir les personnes en danger, d'actionner l'alarme, de fermer la porte de la pièce où il y a l'incendie ainsi que toutes les autres portes des pièces et les portes coupe-feu et de tenter d'éteindre l'incendie. La fermeture des portes empêchera la fumée et l'incendie de se propager plus rapidement. On utilise donc ici le principe de compartimentation ainsi que les qualités de protection de la bâtisse. L'application de ce principe d'intervention dans les premiers instants d'un incendie permettra de ralentir la progression de l'incendie en attendant l'arrivée de secours supplémentaires pour procéder à l'extinction et au sauvetage des autres occupants du secteur sinistré. Il est possible qu'il y ait des actions concomitantes lors de l'intervention en utilisant RACE. L'important est de retenir que c'est l'ensemble de ces éléments qui permettront de diminuer les conséquences de l'incendie.

3.1.3 Déplacement des usagers

Si l'incendie n'est pas maîtrisé rapidement, il faudra déplacer les usagers vers des zones de refuge sécuritaires. De façon générale, la zone de refuge se retrouve de l'autre côté des portes coupe-feu. On déplace en premier lieu les usagers ambulants et situés dans les chambres à proximité du lieu de l'incendie. On procède par la suite en évacuant les usagers alités. Le personnel doit évaluer, avec l'aide du système de codification des usagers, le meilleur moyen de transport. On applique le principe d'évacuation horizontale tout en étendant l'évacuation aux autres chambres si l'incendie n'est pas maîtrisé.

Dans la figure 4.16, nous représentons le concept d'évacuation horizontale à partir de l'endroit où se trouve l'incendie ou la menace. La chambre 1 est l'endroit sinistré. L'usager de cette chambre est évacué en premier. Les autres chambres sont isolées par la fermeture des portes afin d'éviter que la fumée pénètre dans les chambres. Si l'incendie n'est pas maîtrisé dans la chambre 1, on procède à une évacuation horizontale. L'ordre d'évacuation se fait en suivant la numérotation décrite dans le schéma. Il s'agit, dans un premier temps, d'évacuer la chambre en face de la chambre sinistrée (chambre 2), puis les chambres adjacentes (chambres 3 et 4), puis les chambres situées de chaque côté de la chambre 2, soit les chambres 5 et 6, et ainsi de suite, tout en s'éloignant de la source de danger. Les usagers évacués de leur chambre seront dirigés de l'autre côté des portes coupe-feu, le plus près possible de la sortie.

Figure 4.16
Séquence d'évacuation des chambres lors
d'un déplacement horizontal



- LÉGENDE**
- Évacuation horizontale recommandée
 - ↖ Évacuation verticale lorsque le corridor n'est pas sécuritaire

Par contre, si le corridor devenait non sécuritaire, l'incendie dans la chambre 1 n'étant pas maîtrisé, il faudrait envisager une évacuation des chambres 3, 5 et 7 à la verticale sans passer par une évacuation horizontale, comme le démontrent les flèches pointillées.

Si l'incendie devenait plus important et menaçait les usagers qui ont été déplacés de l'autre côté de la porte coupe-feu, on devrait procéder à une évacuation verticale.

Il est important de retenir que selon le type d'usagers, l'évacuation verticale demande un grand nombre de ressources, ce qui peut retarder les opérations de sauvetage. La stratégie d'intervention doit favoriser une évacuation horizontale.

Le scénario d'évacuation décrit plus haut peut être adapté. On pourra privilégier l'évacuation des chambres 1, 2, 3, 5 et 7, puis évacuer les chambres 4 et 6. Ceci évitera que les chambres 3, 5 et 7 doivent être évacuées verticalement si le corridor devient impraticable ou dangereux.

LA STRATÉGIE D'INTERVENTION DOIT ÊTRE ÉVALUÉE EN TENANT COMPTE :

- **DU TYPE DE PROTECTION QU'OFFRE LE BÂTIMENT;**
- **DU TYPE D'USAGERS;**
- **DU NOMBRE DE MEMBRES DU PERSONNEL DISPONIBLES POUR PROCÉDER AUX OPÉRATIONS DE SAUVETAGE DANS LES PREMIERS MOMENTS.**

LE RESPONSABLE DES MESURES D'URGENCE POURRA AVOIR RECOURS AU SERVICE DES INCENDIES POUR METTRE AU POINT UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION ADAPTÉE À SON ÉTABLISSEMENT.

4. LE PLAN DES MESURES D'URGENCE : UN CARNET DE BORD UTILE

Une fois les interventions planifiées, c'est le moment de produire le plan des mesures d'urgence. Le plan des mesures d'urgence est le document dans lequel sont consignés tous les éléments résultant de la planification des mesures d'urgence de façon à faciliter le repérage des renseignements essentiels à une intervention efficace et efficiente.

Dans ce chapitre, nous tentons de répondre aux différentes questions du responsable de la planification des mesures d'urgence qui veut doter l'établissement d'un plan des mesures d'urgence :

- Quels types d'informations doivent-ils être fournis et à qui sont-ils destinés ?
- Comment organiser les éléments retenus par le comité de planification lors de la planification des interventions ?
- Comment présenter les informations ?
- Comment s'assurer que les informations sont exactes ?
- Etc.

4.1 Le contenu d'un plan des mesures d'urgence

Le plan des mesures d'urgence est un plan que l'on veut opérationnel, c'est-à-dire où il est possible de retrouver rapidement l'information nécessaire. Il sert en quelque sorte de carnet de bord qui précise *Qui fait quoi, quand et comment* lors d'une urgence ou d'un sinistre.

Il doit donc contenir des informations fiables, exactes et pertinentes, en plus d'être facile à consulter et à utiliser. La qualité et l'efficacité d'un plan ne sont surtout pas fonction de son nombre de pages. Un plan trop volumineux peut même créer une fausse confiance.

Tableau 4.9
Exemple de critères de qualité d'un plan des mesures d'urgence

CRITÈRES	COMMENTAIRES
<ul style="list-style-type: none"> • Être simple, précis et représentatif du milieu 	<ul style="list-style-type: none"> • Le plan ne doit pas être trop volumineux afin de ne pas décourager le lecteur. • La forme télégraphique est privilégiée.
<ul style="list-style-type: none"> • Être connu de tous 	<ul style="list-style-type: none"> • Le plan est diffusé à tout le personnel ainsi qu'à tous les partenaires externes, et il tient compte des rôles et des responsabilités de chacun.
<ul style="list-style-type: none"> • Être vivant 	<ul style="list-style-type: none"> • Des mises à jour, des améliorations et des modifications sont apportées régulièrement au plan afin de toujours refléter la réalité du milieu.

Peu importe la mission ou la capacité de l'établissement, le plan des mesures d'urgence est un outil de référence facile à consulter et vivant. En véhiculant une vision commune et en transmettant la même information aux intervenants concernés, ce document permet d'offrir une formation adéquate et de garantir ainsi une uniformité et une complémentarité des interventions.

Une version complète ainsi que des versions abrégées sont établies. La version complète regroupe tous les éléments de planification des mesures d'urgence (annexe). À partir de cette version, différentes versions sont préparées afin de répondre à des besoins plus particuliers (plan d'intervention concernant l'incendie pour un service, affiche sur les techniques de déplacement, etc.).

La version complète comprend trois sections :

- les généralités;
- les plans d'intervention;
- les annexes.

Voici un exemple de tables des matières d'un plan d'urgence qui comprend l'ensemble des éléments que doit contenir un plan complet. Il appartient à chaque établissement de déterminer la portée et le niveau de raffinement de chacune des sections :

Section 1 : Généralités

Cette première section regroupe les informations d'ordre général ainsi que les résultats de chacune des étapes de la démarche de planification :

- Page de présentation
- Présentation de la direction générale
- Introduction
- Liste de distribution
- Registre des mises à jour
- Table des matières
- Lexique
- Mission générale et description sommaire de l'établissement
- Résultats de l'étude de vulnérabilité
- Structures et mécanismes communs
- Description des centres de décision :
 - centre de coordination (pourquoi, qui, où, matériel nécessaire);
 - centre des opérations (expliquer la différence entre le centre des opérations et le centre de coordination);
 - description des responsabilités des différents départements lors d'un sinistre ;
 - description de la brigade d'intervention.
- Description des mécanismes d'alerte (organigramme, chaîne téléphonique, etc.) :
 - interne (personnel en fonction);
 - externe (municipalité, service ambulancier, régie régionale, etc.);
 - rappel au travail (personnel non en fonction).
- Description des mécanismes d'information
- Types d'intervention :
 - évacuation :
 - pourquoi,
 - procédure,
 - lieu de rassemblement;
 - confinement :
 - quand,
 - procédure;
 - relocalisation :
 - définition,
 - lieux de relocalisation et procédure d'ouverture de ces lieux
 - transport,
 - soins sur les lieux pour une période de 24 heures,
 - équipement nécessaire,
 - rôle de la Régie régionale,
 - procédure de congé,
 - procédure concernant les soins intensifs et la salle d'opération;

-
- isolement :
 - définition de l'isolement,
 - explication des causes d'un isolement et des conséquences sur les activités de l'établissement,
 - explication des méthodes de travail en présence des problèmes suivants : manque d'eau potable, panne électrique, manque de personnel, panne du système de chauffage, panne du système téléphonique;
 - réception massive d'usagers et de blessés :
 - définition,
 - description des circonstances (établissement sinistré, sinistre dans la communauté),
 - alerte du personnel et des autorités de l'établissement,
 - endroit prévu pour l'accueil,
 - évaluation et triage des sinistrés,
 - prestation des soins,
 - inscription des sinistrés,
 - responsabilité des différents services,
 - transfert inter-établissement.

Section 2 : Plans d'intervention spécifiques

Dans cette deuxième section sont regroupés les plans d'intervention destinés à préciser des modalités d'opération pour un risque particulier de sinistre retenu lors de l'étude de vulnérabilité. Il peut s'agir entre autres d'intervention incendie, d'alerte à la bombe, d'intervention en présence de matières dangereuses, etc. Chaque plan d'intervention comprend cinq sous-sections :

- **Situation** : en se référant aux résultats de l'étude de vulnérabilité, on explique la situation de l'établissement en ce qui concerne les mesures d'urgence.
- **Mission** de l'établissement au regard du risque retenu : cette sous-section décrit le rôle et les responsabilités de l'établissement par service ou selon le découpage privilégié par l'établissement. Les attentes face aux tâches des intervenants en situation d'urgence y sont décrites.
- **Exécution** : cette sous-section décrit l'opérationnalisation de la planification.
- **Soutien logistique et administration** : toutes les ressources matérielles et administratives allouées à l'intervention y sont décrites.
- **Commandement et contrôle** : cette sous-section décrit la chaîne de commandement et de contrôle au moyen d'organigrammes ainsi que les moyens de communication disponibles.

Section 3 : Annexes

Véritable répertoire, cette dernière section regroupe les informations qui soutiennent les interventions. Ces informations, présentées sous forme de listes, permettent de rejoindre les ressources humaines et d'obtenir les services et le matériel essentiels aux interventions. On y retrouve aussi des schémas de l'établissement.

4.2 Les formes de présentation et la distribution du plan des mesures d'urgence

Généralement, le support de présentation de la version complète d'un plan des mesures d'urgence est un cahier à anneaux. De couleur vive et muni de séparateurs, celui-ci permet une consultation rapide tout en facilitant les mises à jour. On peut ainsi extraire, agrandir ou reproduire des tableaux, des schémas ou des textes selon les besoins.



Activité 9 La distribution du plan des mesures d'urgence

Cette activité permet de constater si dans votre établissement tous et chacun ont en leur possession une version appropriée du plan des mesures d'urgence. En vous servant du tableau suivant, identifiez les personnes qui ont reçu le plan des mesures d'urgence en précisant quelles sont la version et la forme du plan qui leur a été remis.

CONTENU	FORME	DESTINATAIRE
Version complète		INTERNE
		EXTERNE
Version simplifiée (certains éléments du plan)		

4.3 La mise à jour : des petits ajustements au fil des jours

La mise à jour fait référence à «L'actualisation du plan des mesures d'urgence afin de le rendre conforme à la réalité de l'établissement». La mise à jour concerne donc directement le plan des mesures d'urgence. À tous moments de l'année, la personne responsable du dossier des mesures d'urgence vérifie s'il y a eu des modifications, les intègre au plan des mesures d'urgence et prépare la distribution des mises à jour.

4.3.1 Des avantages appréciables

La mise à jour du plan des mesures d'urgence comporte de nombreux avantages. Elle incite le personnel de l'établissement et les partenaires de l'externe à consulter périodiquement le plan des mesures d'urgence et à le critiquer afin de l'améliorer, ce qui favorise la circulation de l'information. De plus, comme on s'assure que les informations contenues dans le plan des mesures d'urgence sont complètes, pertinentes et fiables, cela contribue à diminuer le temps de réponse lors d'une intervention (temps de réaction).

4.3.2 Les moments où il faut effectuer une mise à jour

Une mise à jour s'avère nécessaire lorsque certaines informations sont désuètes et que l'absence de mise à jour peut compromettre la sécurité des usagers et du personnel. Les circonstances qui justifient une mise à jour sont les suivantes :

- la modification de numéros de téléphone;
- la modification temporaire d'un corridor en raison de travaux de construction;
- un projet de construction ou de rénovation qui touche à l'intégrité du bâtiment existant;
- la fermeture de passages habituellement utilisés par le personnel pour des activités normales;
- des modifications dans les systèmes de communication;
- des modifications dans le système d'alarme;
- l'acquisition de nouveaux équipements de sécurité et de prévention;
- etc.

Afin de s'assurer qu'il y a au moins une mise à jour annuelle, le responsable des mesures d'urgence fixe une date et l'inscrit dans son calendrier de travail. Cette mise à jour annuelle permet la validation des informations contenues dans le plan des mesures d'urgence, telles que celles réunies dans le bottin des ressources internes et le bottin des ressources externes.

4.3.3 La distribution de la mise à jour

La liste de distribution des mises à jour est identique à celle de la distribution du plan des mesures d'urgence. Une lettre accompagnant la mise à jour permet de situer la personne concernée et de lui transmettre les indications nécessaires pour effectuer la mise à jour de son plan (figure).

Dès la réception de l'avis de mise à jour, la personne concernée apporte *immédiatement* les changements au document original. Par la suite, elle note sur la feuille intitulée **Registre des mises à jour** le numéro ainsi que la date de la mise à jour et y inscrit son nom. Cette feuille est insérée au début du plan des mesures d'urgence.

Tableau 4.11
Exemple d'avis de mise à jour

AVIS DE MISE À JOUR		
Le 20 mai 1997		
Monsieur, Madame,		
Vous trouverez ci-joint les mises à jour 1, 2 et 3 du plan des mesures d'urgence du Centre de santé de Gravelbourg.		
MISES À JOUR	PAGES À SUPPRIMER	PAGES À INSÉRER
1	pages 3, 4, 5	pages 3, 4, 5, 5a
2	page 60	page 60
3	page 61	
Assurez-vous d'apporter rapidement les changements à votre exemplaire du plan des mesures d'urgence et d'inscrire sur la feuille Registre des mises à jour la date et le numéro des changements.		
Merci.		
Praline Fontaine, Responsable des mesures d'urgence		



Activité 10
Plan d'intervention relatif à un déversement de matières dangereuses au Centre de santé de Gravelbourg

PLAN DES MESURES D'URGENCE

CENTRE DE SANTÉ
GRAVELBOURG

Plan d'intervention

Déversement de matières dangereuses

SITUATION

Le Centre de santé de Gravelbourg se situe à 1,5 km du parc industriel régional. On retrouve dans ce parc industriel environ 60 entreprises, dont 12 sont considérées comme présentant un risque d'accident industriel majeur par l'Association industrielle de Gravelbourg, ce qui rend notre établissement vulnérable.

Bien que la responsabilité d'intervenir et de gérer les interventions sur son territoire incombe à la municipalité, un déversement à proximité du Centre peut affecter la sécurité et la santé de ses occupants.

L'importance du déversement, le climat et les vents dominants sont tous des facteurs déterminants pour la prise de décision.

L'étude de vulnérabilité a démontré qu'une fuite de chlore menacerait le Centre.

MISSION

Assurer la sécurité des usagers et du personnel, déterminer s'il faut procéder à l'évacuation des bâtiments ou à l'obstruction des entrées d'air.

PORTÉE

Le présent plan d'intervention porte essentiellement sur les interventions visant à protéger les occupants du Centre contre les risques d'exposition à un contaminant lors d'un déversement ou d'un incendie entraînant la dissémination de matières dangereuses dans l'environnement.

EXÉCUTION

Le plan d'intervention comprend trois phases :

1. Phase de détection et de confinement
2. Phase de surveillance du confinement
3. Phase de retour à la normale

La phase de détection et de confinement est la phase durant laquelle les employés perçoivent une odeur de chlore ou de tout autre produit chimique ou durant laquelle ils reçoivent une alerte des services d'urgence municipaux. Le Centre est alors immédiatement mis en confinement.

La phase de surveillance du confinement consiste à monitorer la qualité de l'air et le confort des occupants.

La phase de retour à la normale consiste à purger les systèmes de ventilation afin d'éviter que des contaminants ne pénètrent dans le bâtiment et à inspecter les dépressions dans les différents endroits afin de vérifier s'il n'y a pas eu accumulation de gaz à ces endroits.

Rôles et responsabilités

A. Coordonnateur des opérations

Lorsque le coordonnateur des opérations est informé d'une intervention d'urgence à la suite d'un déversement de matières dangereuses, il doit prendre une décision sur l'une ou l'autre des procédures de protection à adopter.

Phase 1 – Obturation des entrées d'air

- ⇒ Reçoit un avis de présence de matières dangereuses dans l'environnement via la centrale de surveillance du service de sécurité.
- ⇒ Analyse la situation et recommande, le cas échéant, le déclenchement des procédures de confinement.
- ⇒ Avise le directeur général.
- ⇒ Établit le centre des opérations à la salle de conférence.
- ⇒ Rassemble le personnel pour gérer l'intervention.
- ⇒ Coordonne les activités avec les intervenants externes (pompiers, policiers, ambulanciers).

Phase 2 – Surveillance du confinement

- ⇒ S'assure de la qualité de l'air et détermine un plan de monitoring selon les directives de la direction de la santé publique de la région et du ministère de l'Environnement.
- ⇒ Prépare le déclenchement du plan d'intervention d'évacuation advenant que les procédures de confinement n'assurent plus la sécurité des occupants.

Phase 3 – Retour à la normale

- ⇒ Décide avec les autorités de lever les procédures de confinement.
- ⇒ S'assure de la purge des systèmes de ventilation.
- ⇒ Fait inspecter le bâtiment.
- ⇒ Fait le bilan des opérations.

B. Infirmière-chef

Phase 1 – Obturation des entrées d'air

- ⇒ Rappelle au personnel les consignes sur la fermeture des portes et des fenêtres.
- ⇒ Établit un lien de communication avec toutes les unités de soins.

Phase 2 – Surveillance du confinement

- ⇒ Informe le personnel des unités de soins des signes et symptômes d'intoxications aiguës.
- ⇒ Prépare le déplacement d'usagers qui seraient vulnérables vers des zones de confinement plus étanche.
- ⇒ S'il s'agit d'un gaz lourd, avise les unités de soins qu'il pourrait y avoir une évacuation verticale vers le haut.
- ⇒ Fait le bilan de tout signe d'intoxication aiguë.
- ⇒ Prépare les équipes de soins à une évacuation.

Phase 3 – Retour à la normale

- ⇒ Démobilise ses ressources.
- ⇒ Fait le bilan des activités.

C. Chef d'unité

Phase 1 – Obturation des entrées d'air

- ⇒ Avise ses équipes de soins des procédures de confinement à suivre.
- ⇒ Transmet les informations sur les signes et symptômes d'intoxication.

Phase 2 – Surveillance du confinement

- ⇒ Déplace les usagers vers des zones de confinement plus étanches.
- ⇒ Fait le bilan des mesures de confinement à l'infirmière-chef.
- ⇒ Avise ses équipes de soins de se préparer à une évacuation.
- ⇒ Rassure les usagers.

Phase 3 – Retour à la normale

- ⇒ S'assure de la ventilation des pièces.
- ⇒ Fait le bilan.

D. Responsable de la cuisine

Phase 1 – Obturation des entrées d'air

- ⇒ Arrête les activités de cuisson à la cuisine.

Phase 2 – Surveillance du confinement

- ⇒ Arrête les activités de cuisson à la cuisine.
- ⇒ Ferme toutes les sources de gaz naturel.

E. Responsable de la centrale thermique

Phase 1 – Obturation des entrées d'air

- ⇒ Procède manuellement à la fermeture du système de ventilation.
- ⇒ Ferme les dispositifs de ventilation non reliés au contrôle d'arrêt manuel.

Phase 2 – Surveillance du confinement

- ⇒ Surveille la qualité de l'air dans les différents secteurs.

Phase 3 – Retour à la normale

- ⇒ Purge le système de ventilation.
- ⇒ Inspecte le système de ventilation avant sa remise en fonction s'il s'agit d'un gaz corrosif.
- ⇒ Inspecte les dépressions que l'on retrouve dans le bâtiment (trous d'homme, quais de déchargement, égouts). Cette inspection doit être faite avec l'aide de systèmes de protection individuelle et de systèmes de détection.

SOUTIEN LOGISTIQUE ET ADMINISTRATION

- 1. Ressources matérielles.** La grille qui se trouve à l'annexe Z du plan d'intervention du Centre de santé de Gravelbourg décrit l'équipement et les fournitures disponibles dans l'établissement ainsi que leur distribution.
- 2. Fournisseurs essentiels.** L'annexe X du plan d'intervention du Centre de santé de Gravelbourg dresse une liste des principaux fournisseurs dont la participation est requise dans la gestion du sinistre.
- 3. Soutien administratif.** Le personnel de secrétariat assurera le soutien administratif dont a besoin le coordonnateur des opérations au poste de commandement.

COMMANDEMENT ET CONTRÔLE

- 1. Coordonnateur des opérations.** Le directeur des services techniques agit comme **coordonnateur des opérations**.
- 2. Évacuation générale.** Seul le coordonnateur des opérations ou l'officier commandant du Service de prévention des incendies peuvent recommander au directeur général une évacuation générale.
- 3. Communications.** Le schéma de communication est reproduit à l'annexe C du plan d'intervention du Centre de santé de Gravelbourg et les listes des numéros de téléphone se trouvent à l'annexe T dudit plan.