



ARCHIVED - Archiving Content

Archived Content

Information identified as archived is provided for reference, research or recordkeeping purposes. It is not subject to the Government of Canada Web Standards and has not been altered or updated since it was archived. Please contact us to request a format other than those available.

ARCHIVÉE - Contenu archivé

Contenu archivé

L'information dont il est indiqué qu'elle est archivée est fournie à des fins de référence, de recherche ou de tenue de documents. Elle n'est pas assujettie aux normes Web du gouvernement du Canada et elle n'a pas été modifiée ou mise à jour depuis son archivage. Pour obtenir cette information dans un autre format, veuillez communiquer avec nous.

This document is archival in nature and is intended for those who wish to consult archival documents made available from the collection of Public Safety Canada.

Some of these documents are available in only one official language. Translation, to be provided by Public Safety Canada, is available upon request.

Le présent document a une valeur archivistique et fait partie des documents d'archives rendus disponibles par Sécurité publique Canada à ceux qui souhaitent consulter ces documents issus de sa collection.

Certains de ces documents ne sont disponibles que dans une langue officielle. Sécurité publique Canada fournira une traduction sur demande.



Gouvernement du Canada Government of Canada

Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile

Office of Critical Infrastructure Protection and Emergency Preparedness



Évaluation nationale de la planification des mesures d'urgence dans les centres hospitaliers du Canada

Remerciements

Cette publication a été préparée par le

Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile

2^e étage, édifice Jackson
122, rue Bank
Ottawa (Ontario) K1A 0W6
Tél. : (613) 944-4875
Sans frais : 1-800-830-3118
Télec. : (613) 998-9589
Courriel : communications@ocipep-bpiepc.gc.ca
Site Web : www.ocipep-bpiepc.gc.ca

Auteur :

Norman Ferrier
Toronto EMS, Toronto (Ontario)

Ce document repose sur les travaux ayant reçu le soutien de la Direction de la recherche et du développement (DRD) au Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile (BPIEPC), anciennement Protection civile Canada, en vertu du numéro de référence contrat 2000D012. Les opinions, constatations, conclusions ou recommandations exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue du Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile.

© Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux
N° du catalogue : D82-69/2002F-IN
ISBN : 0-662-87426-9

Résumé

La capacité des hôpitaux canadiens à répondre aux urgences est essentielle au degré de préparation en cas d'urgence du pays. Depuis de nombreuses années, le manque de temps, de ressources, de financement et de formation du personnel constituent les raisons les plus souvent citées afin d'expliquer le faible niveau de préparation aux urgences, les plans d'urgence désuets et le manque de programmes d'exercice dans le réseau canadien des centres hospitaliers.

Dans le but de mieux comprendre et de quantifier le niveau actuel de préparation aux situations d'urgence dans les hôpitaux canadiens, on a fait parvenir un questionnaire au PDG ou au directeur général de 343 unités administratives d'hôpitaux de soins actifs au Canada. Ce questionnaire comportait une série de questions visant à évaluer le niveau perçu et réel de préparation aux situations d'urgence de l'hôpital répondant ou de la région régionale de la santé qui le représente. Le présent rapport fait le résumé et l'interprétation des réponses obtenues lors du sondage et de la période de collecte des données qui s'est échelonnée d'octobre 2000 à février 2001. Les analyses effectuées sur les données du sondage ne sont pas très approfondies. Le présent rapport et la discussion qui l'accompagne visent plutôt à améliorer la préparation et la planification aux situations d'urgence dans les hôpitaux canadiens.

On a regroupé les réponses au sondage et on les a analysées dans différentes catégories dont la taille de la collectivité, le nombre de lits et l'expérience relativement aux situations d'urgence. On a également regroupé les répondants en fonction de la géographie, selon leur province ou leur territoire. À l'aide de leurs réponses à des questions précises servant à évaluer leur état de préparation, on a calculé une note de « préparation réelle » pour chaque groupe. Les réponses aux questions du sondage varient et elles mettent en relief les forces et les faiblesses de la préparation des hôpitaux aux situations d'urgence dans l'ensemble du pays. Certaines lacunes recensées semblent être associées aux conditions ou aux politiques locales, tandis que d'autres semblent pratiquement universelles. Même si tous les hôpitaux qui avaient répondu au sondage ont indiqué qu'ils avaient un plan d'urgence, ils comptent seulement 10 planificateurs des mesures d'urgence à plein temps et le niveau de coordination avec les autres organismes ou avec les plans communautaires est faible (53 p. 100). Les autres faiblesses communes comprennent le manque de systèmes indépendants de rappel du personnel en cas d'urgence, les ententes non officielles pour le partage du personnel et le manque de sensibilisation concernant la capacité de l'hôpital à évacuer les patients en cas d'urgence.

Dans l'ensemble, cette étude donne à penser qu'il y a beaucoup à faire pour améliorer l'état de préparation aux situations d'urgence des hôpitaux canadiens. Heureusement, les résultats du sondage et les commentaires des répondants laissent entendre que les planificateurs des mesures d'urgence forment un groupe enthousiaste et instruit voulant trouver une solution au problème actuel. Afin d'accroître la sensibilisation et la compréhension des principes de gestion des urgences dans les hôpitaux canadiens, la présente étude fait les recommandations suivantes :

- s'assurer que les régies régionales de la santé, les réseaux et les sociétés unifient toutes leurs activités de préparation aux situations d'urgence au sein de leur compétence;
- veiller à améliorer les possibilités de formation et de perfectionnement des planificateurs des mesures d'urgence des hôpitaux en élaborant des normes nationales;
- inclure les normes de formation à la préparation aux situations d'urgence au processus d'accréditation habituel des hôpitaux.

Table des matières

| | |
|---|-------------|
| Résumé | iii |
| 1. Introduction : Le nouveau visage des soins de santé au Canada | 1 |
| 2. Méthodologie | 2 |
| 2.1 Collecte de données | 2 |
| 2.2 Analyses | 2 |
| 3. Résultats..... | 4 |
| 3.1 Taille de l'hôpital et état de préparation | 5 |
| 3.2 Taille de la collectivité et l'état de préparation | 8 |
| 3.3 Isolement et l'état de préparation | 10 |
| 3.4 Expérience relativement aux situations d'urgence | 12 |
| 3.5 Risques perçus et état de préparation | 14 |
| 3.6 Les planificateurs des mesures d'urgence dans les hôpitaux..... | 15 |
| 3.7 Plans, formation et exercices | 17 |
| 4. Analyses régionales : les provinces et les territoires | 20 |
| 4.1 Terre-Neuve | 20 |
| 4.2 Nouvelle-Écosse..... | 23 |
| 4.3 Île-du-Prince-Édouard | 25 |
| 4.4 Nouveau-Brunswick..... | 27 |
| 4.5 Québec..... | 30 |
| 4.6 Ontario..... | 33 |
| 4.7 Manitoba..... | 36 |
| 4.8 Saskatchewan | 39 |
| 4.9 Alberta..... | 42 |
| 4.10 Colombie-Britannique | 45 |
| 4.11 Territoires du Nord-Ouest | 48 |
| 4.12 Yukon..... | 50 |
| 4.13 Nunavut | 52 |
| 5 Discussion | 54 |
| 5.1 Faiblesses | 54 |
| 5.2 Forces | 55 |
| 5.3 Obstacles à la préparation..... | 56 |
| 6 Recommandations..... | 58 |
| 7 Conclusions..... | 60 |
| I. Annexe I : Questionnaire du sondage..... | I-1 |
| II. Annexe II : Taille des échantillonsdes répondants régionaux..... | II-9 |

1. Introduction : Le nouveau visage des soins de santé au Canada

Différentes forces, principalement de nature économique, ont mené à la restructuration dramatique du réseau canadien des centres hospitaliers. Même si le Canada compte toujours 696 centres hospitaliers, la restructuration de l'administration des soins de santé a fait en sorte qu'il n'y a que 343 structures administratives qui sont, en général, des réseaux régionaux des soins de santé. Ces derniers fonctionnent sous différents noms, selon la province ou le territoire que l'on étudie, certains étant des régies régionales de la santé (dans l'Ouest) et des réseaux régionaux de la santé (dans les Maritimes) ou en tant que personnes morales indépendantes (Ontario et Québec). Le processus d'amalgamation est en cours et certaines provinces en sont à un stade très avancé et se servent de très peu de structures administratives pour superviser tous les hôpitaux. Dans d'autres provinces, le processus en est encore à ses débuts, certaines structures régionales sont en cours de développement et on compte toujours un grand nombre d'hôpitaux indépendants.

Depuis de nombreuses années, le manque de temps, de ressources, de financement et de formation du personnel constituent les raisons les plus souvent citées afin d'expliquer le faible niveau de préparation aux urgences, le peu de plans d'urgence à jour et le manque de programmes d'exercice dans le réseau canadien des centres hospitaliers. La personne responsable, en théorie, du plan d'urgence de l'hôpital ne reçoit aucun financement pour la formation ou les exercices et le dossier de la planification d'urgence figure parmi une longue liste de responsabilités. Cette dernière ne reçoit aucune ou alors très peu de formation sur la manière de rédiger un plan d'urgence ou sur l'élaboration d'exercices et elle n'a jamais eu la possibilité d'acquérir cette formation. Dans plusieurs cas, les hôpitaux ne s'intéressent pas aux plans ou aux exercices d'urgence, sauf lorsqu'ils doivent renouveler leur accréditation. À ce moment, on met rapidement sur pied un comité, on planifie un exercice et on tente de réécrire en surface le plan d'urgence. On oublie ensuite les résultats jusqu'à la prochaine accréditation, le comité est dissous et l'expérience acquise lors de l'exercice est perdue.

La capacité des hôpitaux canadiens à répondre aux urgences est essentielle au degré de préparation en cas d'urgence du pays. Le présent rapport évalue l'état actuel de la préparation et des ententes relatives aux situations d'urgence dans les centres hospitaliers canadiens. La méthodologie utilisée dans cette évaluation et les analyses subséquentes ne sont pas très approfondies; elles visent plutôt à améliorer l'état de préparation et la planification des situations d'urgence dans les hôpitaux canadiens.

2. Méthodologie

2.1 Collecte de données

On a effectué ce sondage d'octobre 2000 à février 2001, grâce à des questionnaires envoyés par la poste (voir annexe I). On les a fait parvenir aux membres de l'Association canadienne des soins de santé qui gèrent des hôpitaux de soins actifs de différentes tailles partout au Canada. Le sondage s'adressait au PDG ou au directeur général de l'établissement ou de la régie régionale de la santé et comprenait une enveloppe-réponse pré-affranchie dans le but de maximiser le nombre de questionnaires remplis retournés. Dans la lettre d'accompagnement, on demandait au PDG ou au directeur général de faire remplir le questionnaire par la personne responsable de la planification et des exercices d'urgence dans son établissement. Lorsqu'il n'y avait pas de responsable, on demandait au PDG ou au directeur général de le remplir lui-même et de le retourner.

Tous les hôpitaux de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-prince-Édouard, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique sont gérés par des régies régionales de la santé. Lorsqu'on a assemblé et analysé les données pour ce sondage, on a traité chaque régie régionale de la santé répondante comme un hôpital unique, peu importe le nombre d'établissements où on prodigue des soins.

2.2 Analyses

La recherche était axée sur certaines questions de base pour déterminer si tous les hôpitaux détiennent un plan d'urgence à jour, de quel genre d'outils le système canadien des soins de santé a besoin afin de se préparer adéquatement aux urgences, etc. (voir l'annexe I pour obtenir le texte complet du sondage). On a entré toutes les réponses dans une base de données en se servant du code postal de l'établissement comme saisie de donnée « clé ». Cette méthode a permis de trier les données par province ou par territoire à l'aide de la première lettre et du premier chiffre du code postal. Cette méthode d'utilisation des « clés » pour la saisie de données élimine également le risque de double emploi des données en raison d'une entrée double ou si l'on obtient plus d'une réponse par établissement.

Les réponses aux questions sur la taille de la collectivité et de l'hôpital ont fourni les bases servant à la comparaison du degré de préparation indiqué. Les renseignements sur les situations d'urgence passées ont également servi à comparer l'état de préparation des établissements ayant vécu une catastrophe et l'état de préparation de ceux qui n'en ont jamais fait l'expérience. Ces renseignements ont également permis de déterminer quels scénarios touchent le plus souvent le fonctionnement des hôpitaux au Canada. On a comparé les réponses relatives aux plans d'urgence présentement en place à des facteurs, comme la date de la dernière révision, du dernier exercice et de la dernière urgence majeure, afin de déterminer si l'établissement avait véritablement un plan d'urgence à jour. On estime que tout établissement ayant signalé une urgence interne ou externe

majeure au cours des deux dernières années a fait l'essai de son plan et il est considéré comme à jour.

On a également posé des questions visant à évaluer la perception des répondants quant à leur degré de préparation. On a comparé les réponses à l'évaluation de la préparation actuelle pour déterminer la préparation perçue par rapport à la préparation réelle. On a mesuré la préparation réelle à l'aide d'une échelle de dix points qui se trouve au tableau 1.

Tableau 1 : Questions servant à évaluer le degré réel de préparation aux situations d'urgence

| Critères d'évaluation | Dans l'affirmative, pondération |
|--|---|
| Existe-t-il des sources d'appoint pour : la nourriture? l'eau potable? les médicaments? l'équipement médical? le linge? | 1 point 1 point 1 point 1 point 1 point |
| Existe-t-il une entente relative à un site d'exploitation auxiliaire? ¹ | 2 points |
| Les ententes sur le rappel du personnel (plans de communications) sont-elles en place et non excédentaires? ² | 2 points |
| Y a-t-il des ententes en place relativement à « l'emprunt » de personnel à d'autres établissements? ³ | 1 point |
| TOTAL POSSIBLE DE POINTS | 10 |

¹Un maximum de deux points est accordé aux ententes formelles relatives à un emplacement auxiliaire dans un hôpital ou dans un autre établissement communautaire comme une école. Si les répondants se trouvent dans une région urbaine, on accorde un deuxième point s'ils ont mentionné plus d'un site d'hôpital auxiliaire.

²On a essayé de déterminer les méthodes principales et secondaires utilisées pour rappeler le personnel. On pouvait accorder deux points, mais afin de les obtenir, le système auxiliaire ne devait pas dépendre du système primaire (p. ex. téléavertisseurs et téléphones). On a fait preuve de beaucoup de souplesse en permettant aux répondants d'indiquer deux méthodes indépendantes (p. ex. on accordait deux points si une petite collectivité indiquait le porte à porte comme moyen de communication lors d'un rappel du personnel).

³On a demandé aux répondants d'indiquer les ententes officielles relatives au recours au personnel médical ou infirmier provenant d'autres établissements et on accordait un point si une entente officielle était en place.

Lors du calcul des notes d'évaluation, on a tenu compte des circonstances particulières des hôpitaux isolés aux Territoires du Nord-Ouest, au Yukon et au Nunavut. Les détails de ces circonstances particulières se trouvent dans les rapports régionaux individuels (section 5.0).

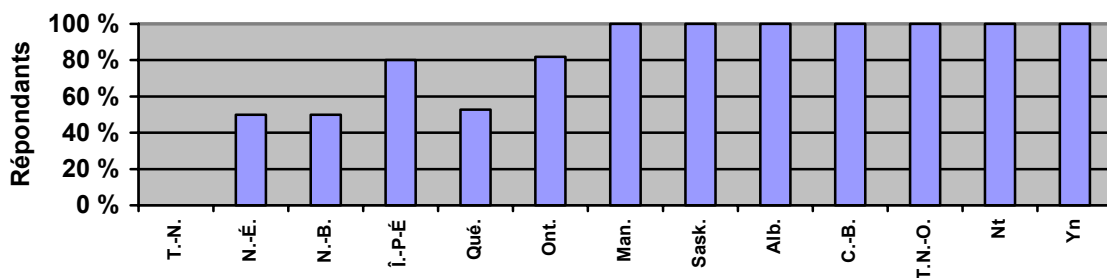
Finalement, on s'est servi des réponses pour comparer le rendement par province ou territoire. On a également comparé les réponses en fonction de la taille de l'hôpital et de la collectivité. On a examiné les établissements dans les collectivités isolées et on les a comparés à d'autres sites. Dans le cadre de la recherche, les **collectivités isolées** sont définies en tant qu'établissement n'ayant aucun accès routier à l'établissement le plus près ou que ce dernier se trouve à plus de 50 km. Il s'agit d'un fait important, puisque cela signifie que la collectivité touchée devra se débrouiller sans aide extérieure au cours de la première heure ou plus de l'urgence.

3. Résultats

On donne principalement les résultats en pourcentage. Pour obtenir le contexte et pour faciliter l'interprétation, on recommande aux lecteurs de se reporter aux renseignements sur la taille des échantillons à l'annexe II.

Lorsqu'on a planifié cette recherche, on a supposé que, compte tenu de toutes les mesures incitatives offertes, un niveau de réponse raisonnable au questionnaire serait de l'ordre de 35 p. 100. Toutefois, à la date limite du 31 janvier 2002, 60 p. 100 de tous les questionnaires avaient été retournés. On a accordé un délai de grâce de deux semaines après la date limite afin de pouvoir utiliser les réponses en retard, ce qui a permis d'atteindre un taux de réponse final de 77 p. 100 en février 2001. De nombreuses provinces et tous les territoires affichent un taux de réponse de 100 p. 100. On a également effectué un suivi téléphonique au cours du délai de grâce de deux semaines afin de s'assurer d'obtenir une représentation adéquate de toutes les provinces et de tous les territoires.

Figure 4.1 RÉPONSES AU SONDAGE
PAR PROVINCE ET TERRITOIRE



Les hôpitaux qui desservent plusieurs petites collectivités du Canada ont répondu en grand nombre à la recherche. Au cours de la phase préliminaire de transmission des données, les collectivités de moins de 50 000 habitants correspondaient à 62 p. 100 de l'ensemble des réponses. Il s'agit d'un fait important, car c'est souvent dans ces petites

collectivités qu'il survient de graves incidents pouvant devenir des catastrophes. Les collectivités ayant une grande population sont plus susceptibles de disposer des ressources nécessaires afin de composer avec un grave incident interne, ce qui fait en sorte qu'ils peuvent s'occuper d'une situation avant qu'elle ne se transforme en catastrophe.

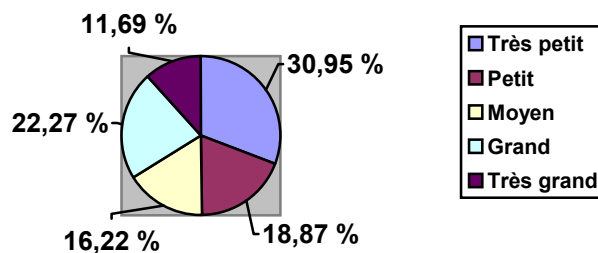
3.1 Taille de l'hôpital et état de préparation

La taille des collectivités canadiennes varie beaucoup, tout comme celle de leurs hôpitaux. Les hôpitaux qui ont répondu au sondage sont classés par taille à l'aide des critères suivants :

| <u>Description</u> | <u>Nombre de lits</u> |
|--------------------|-----------------------|
| Très petit | 0 à 49 lits |
| Petit | 50 à 99 lits |
| Moyen | 100 à 199 lits |
| Grand | 200 à 499 lits |
| Très grand | 500 lits et plus |

Même si différentes tailles d'hôpitaux ont répondu à la recherche, il est encourageant de remarquer que les groupes *très petit* et *petit* sont bien représentés. Les plus petits fournisseurs des soins de santé, qui sont souvent négligés dans les recherches, ont saisi la possibilité de se faire entendre dans le cadre de cette étude.

Figure 4.2 Hôpitaux canadiens répondants selon la taille



3.1.1 Très petit

Les répondants de la catégorie *très petit* correspondent à 32 p. 100 des réponses à la recherche. Les établissements très petits sont uniques, car 94 p. 100 d'entre eux sont également isolés. Seulement 40 p. 100 des répondants de la catégorie *très petit* ont signalé des situations d'urgence (internes ou externes) antérieures. Même s'ils ont tous indiqué qu'ils avaient un plan d'urgence à jour, ces établissements n'ont pas obtenu une bonne note en ce qui a trait à l'évaluation précise de la préparation. La note moyenne est de 4,6 sur 10. Seulement 10 p. 100 des répondants ont obtenu une note de 9 ou plus et 23,4 p. 100 ont obtenu 2 ou moins sur 10. On a signalé des problèmes relatifs aux articles

évalués à tous les niveaux et les lacunes les plus importantes touchent les stratégies de communication. Vingt pour cent des répondants ont indiqué qu'ils n'avaient aucun plan d'urgence pour les fournitures essentielles comme la nourriture ou les médicaments.

3.1.2 Petit

Vingt pour cent des réponses du sondage proviennent d'hôpitaux et de régions régionales de la santé de petite taille. Comme c'est le cas pour leurs homologues de la catégorie *très petit*, bon nombre de ces établissements (plus de 61 p. 100) satisfont à la définition d'établissement isolé. Environ 55 p. 100 des répondants de ce groupe ont indiqué qu'ils avaient déjà vécu une situation d'urgence. La note moyenne accordée pour l'état de préparation des petits établissements est de 8,6 sur 10. Vingt pour cent des établissements ont obtenu une note de 9 ou plus, et 7,5 p. 100 ont obtenu une note de 2 ou moins. Les secteurs problématiques comprennent les stratégies de communication et les ententes officielles sur le partage du personnel, 65 p. 100 des établissements ont reçu la note maximale pour les ententes d'urgences relatives aux fournitures essentielles.

3.1.3 Moyen

Les hôpitaux de taille moyenne correspondent à 18 p. 100 du total des répondants au sondage. La majorité des sites se trouvent dans des centres de population de taille moyenne, même s'il y a quelques exceptions, comme des établissements de taille moyenne desservant tout le Nunavut. Tous les établissements de cette catégorie ont indiqué qu'ils avaient des plans d'urgence à jour. Leur note moyenne est de 7,3 sur 10. Quelque 37,2 p. 100 des répondants ont obtenu une note de 9 ou plus, tandis que 6,9 p. 100 ont obtenu 2 ou moins. Une fois de plus, les secteurs problématiques comprennent les stratégies de communication, car la majorité des plans comportent une méthode de rappel du personnel qui dépend directement de la méthode principale. De plus, même si de nombreux établissements ont indiqué qu'ils avaient des ententes informelles sur le partage du personnel en situation de crise, pratiquement aucun d'entre eux n'a des ententes formelles en place à ce sujet, ce qui remet leur fiabilité en question. Les dispositions d'urgence relatives aux fournitures essentielles étaient beaucoup mieux élaborées et 80 p. 100 des répondants ont obtenu la note maximale dans ce domaine. Dix pour cent des répondants n'ont pris aucune disposition d'urgence.

3.1.4 Grand

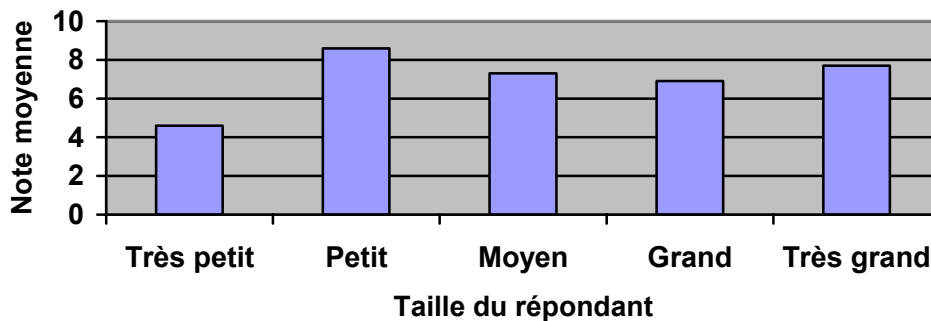
Les grands établissements correspondent à 18 p. 100 du total des répondants au sondage. Ils se trouvent dans de grands centres de population, à l'exception de quelques-uns. Seulement 26,7 p. 100 de ces établissements satisfont à la définition de site isolé. Un total de 66,6 p. 100 de ces répondants ont indiqué qu'ils avaient déjà vécu une situation d'urgence. Même s'ils ont tous indiqué avoir des plans d'urgence à jour, la note sur l'état de préparation laisse entendre qu'il y a place à l'amélioration. La note moyenne des grands établissements est de 6,9 sur 10. Au total, 23,3 p. 100 de ces établissements ont obtenu une note de 9 ou plus, tandis que 8,3 p. 100 ont obtenu 2 ou moins. Comme on l'a constaté ailleurs, les principales lacunes signalées ont trait aux stratégies de

communication et aux plans sur le partage du personnel. Même si 60 p. 100 des grands établissements ont obtenu la note maximale pour les dispositions d'urgence relatives aux fournitures essentielles, 11,7 p. 100 d'entre eux n'ont aucune disposition d'urgence en place.

3.1.5 Très grand

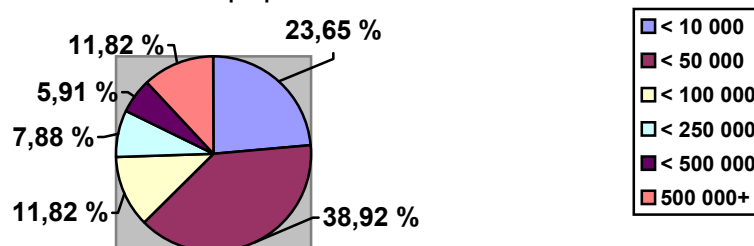
Les établissements de la catégorie *très grand* correspondent à 12 p. 100 du total des répondants au sondage. Ils se trouvent exclusivement dans des centres urbains. En tout, 87,5 p. 100 de ces établissements ont déjà fait face à une urgence majeure. À une exception près, ils ont tous indiqué qu'ils avaient un plan d'urgence à jour. Malgré cela, la note pour l'état de préparation indique qu'il y a place à l'amélioration. La note moyenne des très grands établissements est de 7,7 sur 10; 41,9 p. 100 des répondants ont obtenu 9 ou plus, et 10 p. 100 ont obtenu 2 ou moins. Une fois de plus, les lacunes les plus courantes en matière de planification ont trait aux stratégies de communication et au partage informel du personnel. Même si 52,2 p. 100 des répondants ont obtenu la note maximale pour les dispositions d'urgence, 10 p. 100 ont indiqué qu'ils n'avaient aucun plan en place relativement aux fournitures essentielles.

Figure 4.3 Note moyenne accordée à l'état de préparation selon la taille du répondant



3.2 Taille de la collectivité et l'état de préparation

Figure 4.4 Collectivités canadiennes répondantes selon la population



On peut également décrire les réponses des hôpitaux canadiens selon la taille de la collectivité à l'aide des caractéristiques suivantes :

| | |
|------------|-------------------|
| Très petit | < 10 000 |
| Petit | < 50 000 |
| Moyen | < 100 000 |
| Grand | < 250 000 |
| Très grand | < plus de 250 000 |

3.2.1 Très petit

Les répondants de la catégorie *très petit* représentent 24 p. 100 des réponses. Environ 30 p. 100 des établissements situés dans de très petites collectivités satisfont à la définition de site isolé. Seulement 30 p. 100 des répondants situés dans de très petites collectivités ont indiqué qu'ils avaient déjà fait face à des urgences. Tandis que 98,5 p. 100 d'entre eux ont indiqué qu'ils avaient des plans d'urgence à jour; ils n'ont pas obtenu une bonne note pour l'évaluation de l'état de préparation. La note moyenne des établissements dans les très petites collectivités est de 6,3 sur 10. Seulement 13,3 p. 100 des répondants ont obtenu 9 ou plus, et 18,3 p. 100 ont obtenu 2 ou moins. On a signalé des lacunes pour tous les éléments évalués dans l'ensemble, les plus importantes ayant trait aux stratégies de communications. Cinquante-cinq pour cent ont obtenu la note maximale pour la planification d'urgence relative aux fournitures essentielles, tandis que 18,3 p. 100 des répondants ont indiqué qu'ils n'avaient pas de plan d'urgence pour les fournitures essentielles comme la nourriture et les médicaments.

3.2.2 Petit

Les hôpitaux et les régies régionales de la santé situés dans de petites collectivités représentent 38 p. 100 de l'ensemble des réponses. De ce nombre, 59,1 p. 100 satisfont à la définition d'isolement. Environ 57 p. 100 des répondants de ce groupe ont indiqué qu'ils avaient déjà dû faire face à des situations d'urgence. Ils ont tous indiqué qu'ils

avaient des plans d'urgence à jour. La note moyenne accordée à la préparation des établissements des petites collectivités est de 6,9 sur 10. Des établissements dans les petites collectivités, 12,9 p. 100 ont obtenu 9 ou plus, et 7,5 p. 100 ont obtenu 2 ou moins. Les domaines comportant des lacunes comprennent les stratégies de communication et les dispositions officielles pour le partage du personnel. On a accordé la note maximale pour les dispositions d'urgence pour les fournitures essentielles à 62,3 p. 100 d'entre eux, tandis que 9,7 p. 100 de ces établissements ont indiqué n'avoir aucun plan d'urgence en place.

3.2.3 Moyen

Les hôpitaux situés dans des collectivités de taille moyenne correspondent à 12 p. 100 du total des répondants au sondage. Quelque 86,1 p. 100 d'entre eux ont déjà fait face à une situation d'urgence et ils ont tous indiqué avoir un plan d'urgence à jour. La note moyenne des établissements situés dans des collectivités de taille moyenne est de 7,2 sur 10. Quelque 27,7 p. 100 des répondants ont obtenu 9 ou plus, tandis que 8,3 ont obtenu 2 ou moins. Ils ont pris de meilleures dispositions relativement aux fournitures essentielles et 58,3 p. 100 ont reçu la note maximale à ce sujet, alors que 13,9 p. 100 des répondants ont indiqué n'avoir pris aucune disposition d'urgence.

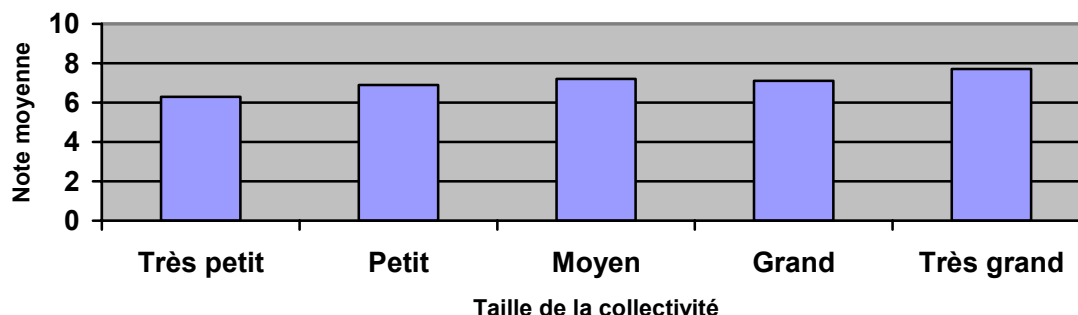
3.2.4 Grand

Les établissements situés dans de grandes collectivités représentent 8 p. 100 des répondants au sondage. Au total, 64 p. 100 d'entre eux ont indiqué avoir déjà vécu une situation d'urgence et ils ont tous indiqué qu'ils avaient un plan d'urgence à jour. La note d'évaluation moyenne de l'état de préparation est de 7,1 sur 10 dans les grandes collectivités. Les établissements ayant obtenu une note de 9 ou plus correspondent à 36 p. 100 du total et on n'a accordé aucune note de 2 ou moins. Comme on l'a constaté ailleurs, les lacunes se rapportent le plus souvent aux stratégies de communication et aux plans officiels pour le partage du personnel. Soixante-quatre pour cent des établissements ont reçu la note maximale relativement aux dispositions d'urgence pour les fournitures essentielles, tandis que 4 p. 100 n'ont pris aucune disposition d'urgence.

3.2.5 Très grand

Les établissements situés dans les très grandes collectivités correspondent à 18 p. 100 des répondants au sondage. Ils se trouvent exclusivement dans des centres urbains. Un total de 87,5 p. 100 d'entre eux ont déjà fait face à une urgence majeure. À une exception près, ils ont tous indiqué avoir un plan d'urgence à jour. La note moyenne des établissements situés dans de très grandes collectivités est de 7,7 sur 10. On a accordé une note de 9 ou plus à 41,9 p. 100 et une note de 2 ou moins à 10 p. 100 des répondants. Comme c'est le cas des autres groupes, les lacunes les plus fréquentes sont les stratégies de communication et les ententes officielles pour le partage du personnel. Même si 52,5 p. 100 des répondants ont obtenu la note maximale pour les dispositions d'urgence, 10 p. 100 d'entre eux ont indiqué qu'ils n'en avaient aucune en ce qui a trait aux fournitures d'urgence.

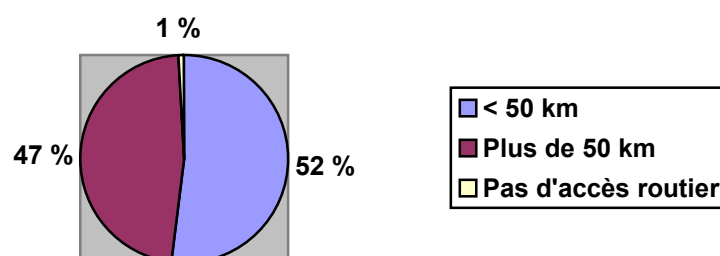
Figure 4.5 : Note moyenne de l'état de préparation selon la taille de la collectivité



3.3 Isolement et l'état de préparation

L'isolement relatif des hôpitaux canadiens constitue un des facteurs importants révélés par la recherche. Même s'il est rare qu'il n'y ait aucun accès routier vers l'hôpital le plus proche, la distance entre les établissements est souvent considérable. Dans 46,7 p. 100 des cas, l'hôpital le plus proche se trouve à plus de 50 km. Cela signifie que l'hôpital le plus proche devra assumer la catastrophe seul au début, qu'il faudra au moins 30 minutes avant que de l'aide arrive et que le transport de patients vers d'autres hôpitaux plus éloignés privera la collectivité de ressources dont elle a besoin (p. ex. une ambulance) pendant plus d'une heure.

Figure 4.6 Distance de l'hôpital le plus proche



3.3.1 Établissements isolés

Les établissements isolés représentent 48 p. 100 des répondants au sondage. Près de 60 p. 100 d'entre eux ont déjà vécu une urgence majeure. À l'exception d'un établissement, ils ont tous indiqué qu'ils avaient un plan d'urgence à jour. Toutefois, 2,5 p. 100 d'entre eux ont signalé qu'ils ne l'avaient pas révisé depuis 5 à 10 ans, et

25 p. 100 ont indiqué qu'ils n'avaient effectué aucun exercice au cours de cette période. De plus, 25 p. 100 des répondants ont indiqué qu'aucune formation sur les plans d'urgence n'avait été offerte au personnel. Le degré de préparation, qui reflète la note moyenne, montre que l'on doit apporter des améliorations considérables dans ce domaine. La note moyenne des établissements qui répondent à la définition de site isolé est de 6,4 sur 10. Dix-huit pour cent des établissements ont reçu une note de 9 ou plus, tandis que 12,9 p. 100 d'entre eux ont reçu une note de 2 ou moins. Comme on s'y attendait, les établissements isolés ont en général obtenu une bonne note en ce qui a trait aux dispositions d'urgence, 58,6 p. 100 ont obtenu la note maximale pour avoir des dispositions en place afin de remplacer les fournitures essentielles. Malheureusement, 12 p. 100 avaient indiqué qu'ils n'avaient pris aucune disposition d'urgence, mais on doit reconnaître que certains facteurs hors de leur contrôle, comme l'absence de moyens de communication de rechange contribuent à cette faible note.

3.3.2 Établissements urbains et très grands établissements

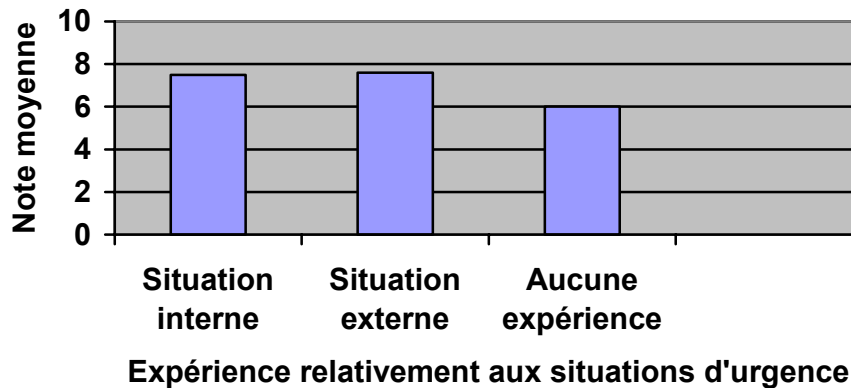
Les établissements dans la catégorie *très grand* correspondent à 12 p. 100 des répondants au sondage et se trouvent exclusivement dans des centres urbains. De ce nombre, 87,5 p. 100 ont déjà fait face à une urgence majeure. À une exception près, tous les établissements ont indiqué qu'ils avaient un plan d'urgence à jour. La note moyenne des établissements des très grandes collectivités est de 7,7 sur 10, elle est donc inférieure à celle des hôpitaux des petites collectivités. Seulement 41,9 p. 100 des répondants ont obtenu 9 ou plus, et 10 p. 100 ont obtenu 2 ou moins. Comme c'est le cas des autres groupes ayant participé au sondage, les principales lacunes en matière de planification ont trait aux stratégies de communication et au partage officiel du personnel. Même si 52,5 p. 100 des répondants ont obtenu la note maximale pour les dispositions d'urgence, 10 p. 100 ont indiqué n'avoir pris aucune disposition relativement aux fournitures d'urgence.

3.3.3 Analyse

Les très grands établissements dans les centres urbains ont tendance à obtenir une bonne note relativement à l'état de préparation, surtout en comparaison avec les établissements isolés. Cela est probablement attribuable aux importants budgets d'exploitation, à une plus grande disponibilité des ressources locales et à un plus grand niveau d'expérience. Ces facteurs pourraient expliquer les différences entre la note moyenne accordée à l'état de préparation entre ces types d'établissements (6,4 contre 7,7). Il est intéressant de remarquer que les établissements isolés ont obtenu une note légèrement supérieure en matière de dispositions d'urgences pour les fournitures essentielles. En général, les établissements isolés ne tiennent pas pour acquis qu'ils auront accès aux fournitures essentielles à la dernière minute; 58,6 p. 100 ont reçu la note maximale pour la planification d'urgence, comparativement à 52,5 p. 100 pour les très grands établissements. Même s'il s'agit d'une petite différence, cela donne à penser que les établissements ayant d'importantes ressources font preuve d'assurance excessive.

3.4 Expérience relativement aux situations d'urgence

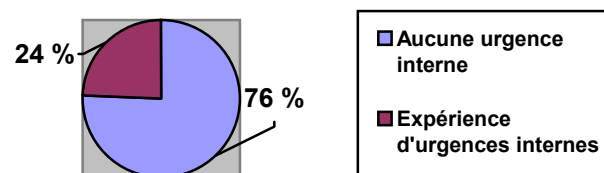
Figure 4.7 Note moyenne de l'état de préparation comparativement à l'expérience relativement aux situations d'urgence



Il ne fait aucun doute que l'expérience passée a une grande influence sur les activités de préparation aux situations d'urgence. Le sondage montre que la nature des expériences passées n'est pas particulièrement importante, c'est plutôt le fait qu'une situation d'urgence est survenue qui importe. La différence entre la note des répondants qui ont vécu une urgence interne et ceux qui ont vécu une urgence externe est négligeable (notes moyennes de 7,5 et de 7,6 respectivement), tandis que celle des répondants n'ayant jamais fait face à une catastrophe est de 6 points.

3.4.1 Urgences internes antérieures

Figure 4.8 Expérience antérieure - urgences internes

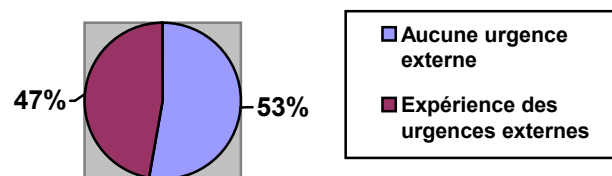


Les établissements indiquant qu'ils ont une expérience relativement à des urgences internes correspondent à 24 p. 100 des répondants qui mentionnent que leur plan d'urgence est à jour. De plus, 52,4 p. 100 des répondants ont indiqué que leur plan était totalement coordonné, tandis qu'un autre 41 p. 100 des répondants ont indiqué qu'il

l'était partiellement. Toutefois, 5 p. 100 d'entre eux ont par la suite signalé qu'ils n'avaient pas révisé leur plan depuis 5 ans et un autre 5 p. 100 ont indiqué qu'ils n'avaient pas fait d'exercice au cours de la même période. Seulement 91,9 p. 100 ont mentionné que leur personnel avait reçu une formation sur les procédures d'urgence. La note moyenne de l'état de préparation des établissements ayant déjà vécu une urgence interne est de 7,6 sur 10, et 34,4 p. 100 d'entre eux ont obtenu une note de 9 ou plus, tandis que 3,2 p. 100 ont obtenu une note de 2 ou moins. Une fois de plus, les faiblesses les plus importantes ont trait aux stratégies de communication et au partage du personnel. Les plans d'urgence relatifs aux fournitures d'urgence sont mieux élaborés dans ce groupe et 62,3 p. 100 des répondants ont obtenu la note maximale, et seulement 8,1 p. 100 des établissements ont indiqué n'avoir pris aucune disposition d'urgence.

3.4.2 Urgences externes antérieures

Figure 4.9 Expérience antérieure - urgences externes



Les établissements ayant vécu des urgences externes correspondent à 48,8 p. 100 des répondants. Ils ont tous indiqué avoir un plan d'urgence à jour et 57,8 p. 100 d'entre eux ont signalé qu'il était entièrement coordonné, tandis qu'un autre 40,2 p. 100 a indiqué une coordination limitée. De ce groupe, 3,5 p. 100 des répondants n'ont pas révisé leur plan d'urgence depuis 5 ans, 22,5 p. 100 n'en ont pas fait l'essai au cours de la même période et 17,6 p. 100 ont indiqué que le personnel n'a reçu aucune formation sur le plan d'urgence ou sur son utilisation. La note de l'état de préparation moyenne des établissements partout au pays qui ont déjà fait face à une urgence externe est de 7,5 sur 10. On a accordé une note de 9 ou plus à 32,3 p. 100 des établissements, et seulement 2,5 p. 100 d'entre eux ont obtenu une note de 2 ou moins. Comme c'est le cas des autres sous-groupes dans la recherche, il existe des problèmes sur le plan des stratégies de communication et peu d'entre eux ont des dispositions officielles relatives au partage du personnel. Une majorité de 75,5 p. 100 a obtenu la note maximale pour les plans d'urgence relatifs aux fournitures essentielles, tandis que 5,8 p. 100 ont signalé qu'ils n'avaient aucun plan d'urgence.

3.4.3 Aucune expérience relativement aux urgences

Les établissements n'ayant aucune expérience des urgences internes ou externes constituent 54 p. 100 de tous les répondants et 98,5 p. 100 d'entre eux ont indiqué qu'ils avaient un plan d'urgence à jour en place. Les plans de 49,6 p. 100 des répondants sont totalement coordonnés, tandis que ceux de 47,7 p. 100 d'entre eux le sont en partie. Six pour cent des répondants ont indiqué également qu'ils n'avaient pas révisé leur plan d'urgence depuis 5 ans, et 23,3 p. 100 d'entre eux ne l'ont pas mise à l'essai au cours de cette période. De plus, 25,6 p. 100 des répondants n'ont fourni aucune formation au personnel sur le plan d'urgence. La note moyenne de l'état de préparation des établissements n'ayant aucune expérience relativement aux urgences est de 6 sur 10. Seulement 13,5 p. 100 des répondants de ce groupe ont obtenu une note de 9 ou plus, et 15 p. 100 ont obtenu une note de 2 ou moins. Une fois de plus, le manque d'une solide stratégie de communication et d'ententes formelles sur le partage du personnel constituent les principaux problèmes. On a accordé la note maximale à 52,6 p. 100 des répondants pour les dispositions d'urgences relatives aux fournitures essentielles, tandis que 17,3 p. 100 d'entre eux ont indiqué qu'ils n'avaient aucun plan d'urgence en place.

3.5 Risques perçus et état de préparation

Dans presque tous les cas, les répondants sont en mesure de cerner les risques naturels historiques dans leur collectivité ainsi que les risques technologiques pouvant toucher la collectivité. Aucun répondant estime qu'il est à l'abri de ces deux groupes de phénomènes. Ainsi, il ne semble pas y avoir de bonne méthode pour comparer l'état de préparation dans les collectivités qui conçoivent que des risques existent à celles qui n'en sont pas conscientes, puisque tous les répondants ont indiqué avoir une certaine perception ou une connaissance des risques.

Figure 4.10 Facteurs de risques technologiques



Figure 4.11 Facteurs de risques naturels

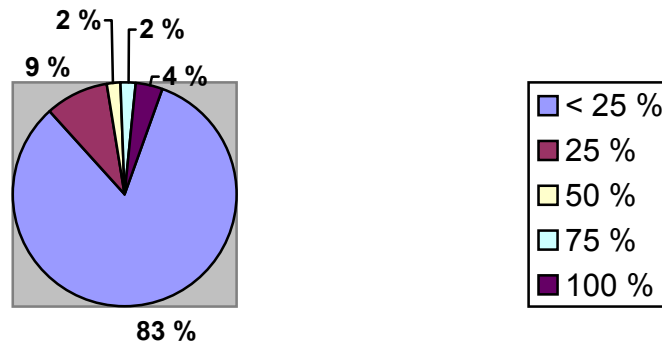


On a déjà prouvé que les adultes apprennent mieux lorsque la matière en question s'applique directement dans leur vie. Ainsi, il est important de remarquer que les scénarios utilisés lors des exercices visant à évaluer les plans d'urgence des établissements sont peu influencés par les facteurs de risques locaux. Étant donné qu'un exercice constitue une expérience éducative ainsi qu'un essai, et que pratiquement tous les répondants se sont plaints du manque de financement ou de temps pour les exercices, il serait logique que les exercices effectués soient directement pertinents aux risques de l'environnement des participants. Il semble n'y avoir aucun lien entre les risques perçus signalés et les scénarios choisis. Cela pourrait contribuer à la difficulté à motiver le personnel quant à la crédibilité des programmes d'exercice.

3.6 Les planificateurs des mesures d'urgence dans les hôpitaux

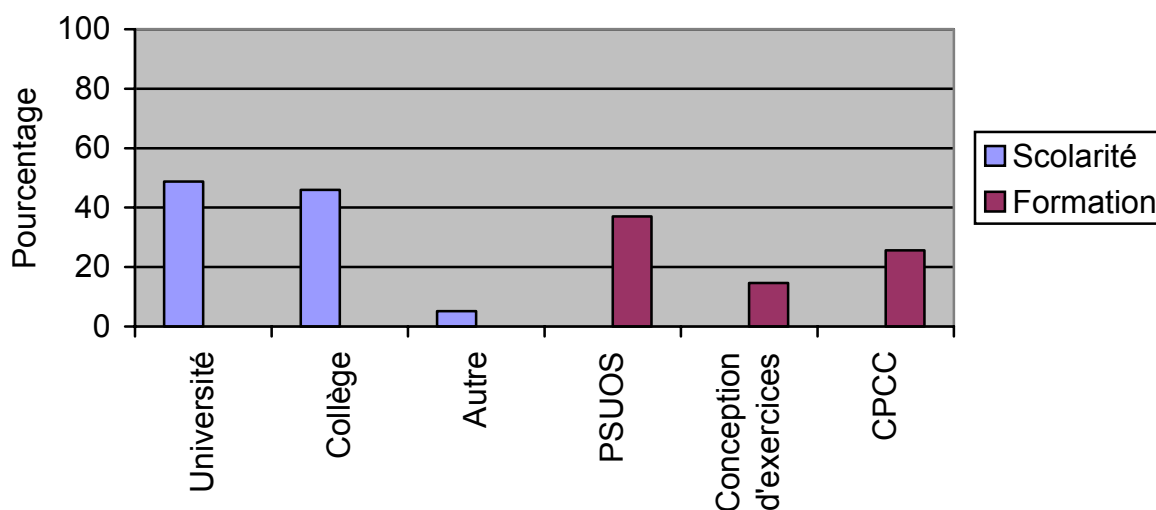
Par le passé, un grand nombre d'hôpitaux individuels ont assigné les responsabilités relatives à la planification d'urgence à des personnes qui consacrent moins de 25 p. 100 de leur temps à la planification et aux exercices. Désormais, une coalition d'hôpitaux peuvent se partager un gestionnaire des situations d'urgence convenablement formé qui travaille à plein temps. Par exemple, la régie régionale de la santé de Calgary a formé un planificateur des mesures d'urgence d'expérience qui travaille à plein temps et qui offre des services à quatre grands hôpitaux urbains. Malheureusement, parmi les répondants au sondage, on ne compte que dix planificateurs des mesures d'urgence qui travaillent à plein temps dans le secteur hospitalier au Canada. Même si on reconnaît la demande pour ce personnel, on ne peut pas toujours y répondre. Un hôpital en particulier a indiqué que personne n'avait été responsable de la planification d'urgence pendant huit mois, car il était impossible de trouver quelqu'un pour pourvoir au poste.

Figure 4.12 Activités de planification d'urgence -
 Pourcentage de la charge de travail



Les personnes qui effectuent la planification d'urgence dans les hôpitaux canadiens ont généralement un bon niveau de scolarité, mais ils détiennent peu de formation spécialisée. Dans 46 p. 100 des établissements répondants, le responsable de la planification d'urgence a une formation de niveau collégial (ou l'équivalent) et 48,8 p. 100 des planificateurs des mesures d'urgence ont un diplôme universitaire. Toutefois, seulement 37 p. 100 d'entre eux ont suivi un cours provincial ou territorial de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours (PSUOS) et seulement 14,6 p. 100 d'entre eux ont suivi un cours de conception des exercices du Collège de la Protection civile du Canada (CPCC) offert par le Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile et à Arnprior, en Ontario.

Figure 4.13 Scolarité et formation des planificateurs d'urgence dans le domaine de la santé

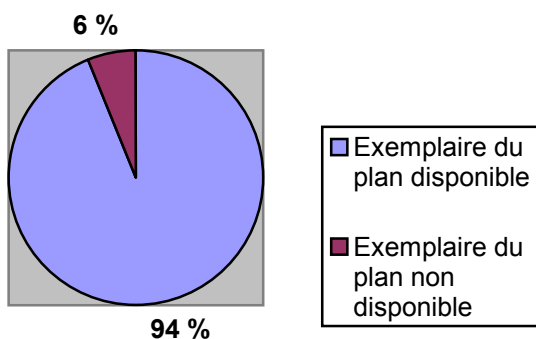


Le fusionnement des structures administratives pourrait permettre d'améliorer la gestion des hôpitaux canadiens et également permettre une croissance qui n'était pas possible auparavant. La gestion des situations d'urgence représente l'un des domaines ayant subi une croissance ainsi que des améliorations. Les hôpitaux fusionnés récemment devraient pouvoir mettre leurs ressources en commun afin d'assurer l'accès à certaines ressources, dont la gestion des situations d'urgence, qu'ils avaient de la difficulté à justifier auparavant. Réaliser cela nécessitera toutefois une plus grande concentration sur la formation du personnel des soins de santé.

3.7 Plans, formation et exercices

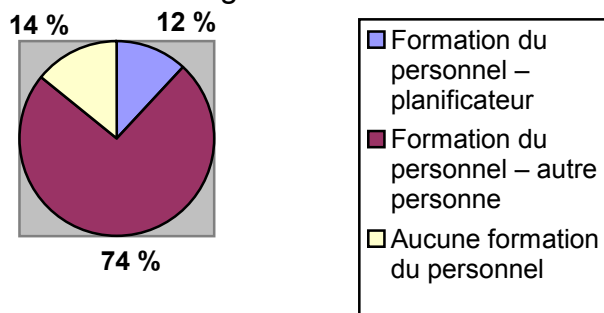
Bon nombre de personnes responsables de la planification d'urgence dans le secteur hospitalier manquent d'information sur les normes en matière de formation, de révision et d'accès aux ressources sur la préparation. Pratiquement tous les hôpitaux qui ont répondu ont indiqué qu'ils avaient un plan d'urgence à jour, mais 5,2 p. 100 d'entre eux ne l'ont pas révisé au cours des cinq dernières années. Dans la collectivité de la gestion des urgences, on estime que pour qu'un plan soit à jour, on doit réviser le tous les deux ans (au minimum). Même si plusieurs établissements répondent à cette norme, un grand nombre n'y répond pas. Lorsque l'on examine les faibles niveaux de préparation signalés dans leur contexte, on pourrait croire que le niveau élevé actuel de révision des plans dans les hôpitaux est l'un des avantages à long terme de la préparation à l'an 2000. Si cela est vrai, il est temps de prévoir un nouvel ensemble de révisions.

Figure 4.14 Disponibilité du plan dans les zones de travail



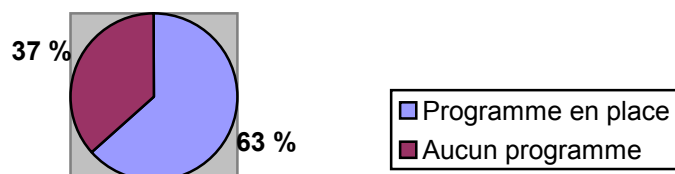
Le plan de 6 p. 100 des répondants n'est pas disponible dans les lieux de travail (là où on en aurait besoin en cas d'urgence) et 22,3 p. 100 d'entre eux ont indiqué qu'ils n'avaient pas offert de formation à leur personnel sur le plan d'urgence de l'hôpital ou sur son utilisation. Pour ce qui est des autres, de la formation a été offerte par l'entremise de différentes personnes et 85,4 p. 100 d'entre elles n'étaient pas les principaux responsables du plan.

Figure 4.15 Formation sur le plan d'urgence



Seulement 59,6 p. 100 des hôpitaux répondants ont indiqué qu'un programme d'exercice était prévu à l'horaire et 10,9 p. 100 d'entre eux ont également indiqué qu'ils n'avaient pas effectué d'exercice au cours des 5 à 10 dernières années et bon nombre (39 p. 100) n'étaient pas en mesure de dire à quand remontait le dernier exercice. Cela donne à penser que dans bien des cas, aucun programme d'exercice n'est prévu malgré les indications contraires.

Figure 4.16 Programmes d'exercice prévus signalés

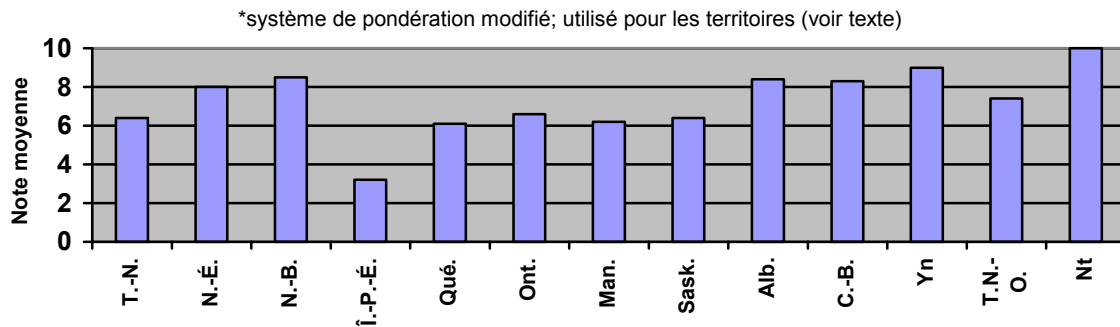


De plus, un grand nombre d'exercices signalés semblent être des exercices d'incendie. Plusieurs répondants ont spécialement indiqué qu'ils effectuaient des exercices d'incendie mensuels dans la section réservée aux commentaires associés à ces questions ou ils ont noté ces renseignements à côté de la case réponse. À l'échelle nationale, seulement 11,6 p. 100 des répondants ont mis à l'essai les procédures en cas de panne d'électricité, 33,4 p. 100 ont vérifié leur propre capacité à évacuer leur établissement et 8,6 p. 100 ont vérifié leur capacité à recevoir des patients évacués d'autres hôpitaux ou de maisons de soins infirmiers.

La coordination des plans d'urgence avec ceux des autres établissements dans la collectivité ne semble pas une priorité dans bien des cas. Seulement 53 p. 100 des répondants ont indiqué que leur plan était totalement coordonné et un autre 44,3 p. 100 des répondants ont indiqué qu'il existait une certaine coordination. De plus, 2,7 p. 100 des répondants ont signalé qu'il n'existait aucune coordination entre leur plan d'urgence et celui de la collectivité. Lorsqu'on leur a demandé si des organismes d'intervention en cas d'urgence, comme les services de police et d'incendie, le secours médical d'urgence ou les groupes de secours aux sinistrés comme l'Armée du Salut ou la Croix-Rouge, participaient à leurs exercices, 75 p. 100 des répondants ont répondu par l'affirmative. Toutefois, dans bon nombre de questionnaires retournés, au moins un des groupes énumérés avec lesquels il est possible de se coordonner a été rayé, ce qui indique qu'un seul groupe a participé. Dans d'autres cas, les participants ont répondu par « cela dépend ».

4. Analyses régionales : les provinces et les territoires

Figure 5.1 Note de préparation moyenne par province ou territoire



4.1 Terre-Neuve

4.1.1 Taille et type d'hôpital

Les hôpitaux de la province de Terre-Neuve et du Labrador ont tendance à être plus petits et plus isolés qu'ailleurs au pays. Des huit participants possibles, cinq ont rempli et retourné le sondage. De ce nombre, 60 p. 100 des réponses proviennent de petits hôpitaux, 20 p. 100 d'hôpitaux de taille moyenne et 20 p. 100 de grands hôpitaux. Tous les répondants satisfont à la définition d'établissement isolé. Quatre-vingts pour cent des établissements participants se définissent comme un établissement de soins actifs et l'autre 20 p. 100 indique être géré selon un fonctionnement multisite.

4.1.2 Expérience antérieure relativement aux urgences

Les hôpitaux répondants de Terre-Neuve étaient en mesure de déterminer les risques relatifs aux installations communautaires ainsi que les risques naturels. Quatre-vingts pour cent des répondants ont cerné les risques liés à la collectivité, comme un aéroport. Tous les hôpitaux ont cerné les risques naturels, les plus courants étant les violentes tempêtes d'hiver (100 p. 100) et les grands vents (80 p. 100). De plus, 40 p. 100 d'entre eux ont indiqué un risque de feu de forêt. Quarante pour cent des répondants ont indiqué qu'ils avaient déjà fait face à une urgence interne majeure, même si dans tous les cas cela s'est produit au cours des dix dernières années. Les urgences réelles signalées comprennent un naufrage, entre autres.

4.1.3 Plans et exercices d'urgence

Quatre-vingts pour cent des hôpitaux ont désigné une personne responsable des plans et des exercices d'urgence, mais cette dernière ne consacre que 25 p. 100 de sa journée de

travail à ces activités. Ses autres fonctions comprennent les soins aux patients, l'administration, l'enseignement aux patients et au personnel, l'ingénierie et la sécurité. Quatre-vingts pour cent des personnes responsables de la planification d'urgence dans les hôpitaux de Terre-Neuve ont une éducation postsecondaire, 40 p. 100 ayant fréquenté un établissement collégial et un autre 40 p. 100 détenant un diplôme universitaire.

Tous les répondants de Terre-Neuve et du Labrador ont indiqué qu'ils avaient un plan d'urgence à jour et que ce plan était « totalement intégré ». Ils fournissent tous des exemplaires du plan dans les zones de travail et 20 p. 100 d'entre eux en donnent un exemplaire personnel à chaque employé. Vingt pour cent ont signalé qu'ils n'offraient aucune formation au personnel sur le plan d'urgence et il semblerait que la personne responsable de la formation ne soit pas la personne responsable du plan.

Tous les répondants ont indiqué qu'ils avaient révisé leur plan au cours des deux dernières années et 40 p. 100 d'entre eux l'ont révisé au cours des six derniers mois. Malgré le peu d'urgences réelles, ils affirment tous avoir mis leur plan à l'essai, dans une certaine mesure, au cours des deux dernières années. Les essais comprennent des exercices sur papier (40 p. 100), une simulation d'exercice sur maquette (20 p. 100) et des exercices complets (40 p. 100). Soixante pour cent des hôpitaux avaient indiqué qu'ils ont prévu un programme d'exercice.

Les types d'urgences mis à l'essai lors des exercices varient légèrement, 60 p. 100 des répondants ont utilisé des scénarios externes et 40 p. 100 des scénarios internes. Les scénarios internes sont immanquablement rattachés à un incendie. Quatre-vingts pour cent des scénarios externes comprennent des accidents routiers et 20 p. 100 comprennent un déversement de produits chimiques. Tous les répondants ont indiqué que les services communautaires d'urgence ou que des organismes bénévoles y avaient participé. Aucun répondant n'a rapporté de scénario lié à une panne d'électricité et aucun n'a vérifié sa capacité à recevoir des patients évacués d'un autre hôpital ou d'une maison de soins, et seulement 40 p. 100 ont vérifié leur capacité à mener une évacuation. Hormis les exercices décrits, 40 p. 100 des hôpitaux ont effectué un autre exercice au cours des deux dernières années et un autre 40 p. 100 au cours des dix dernières années, tandis que 20 p. 100 ne savent pas à quand remonte de dernier exercice.

Le manque de concentration sur les exercices d'évacuation est troublant, d'autant plus que 40 p. 100 des répondants sont incapables d'estimer le temps nécessaire pour mener une évacuation ou ont fait une estimation irréaliste (99 patients en moins d'une heure). Même si tous les répondants avaient un plan relatif à l'utilisation d'autres installations communautaires, habituellement une école, seulement 40 p. 100 ont un plan d'urgence concernant l'utilisation d'un autre hôpital. On comprend qu'il s'agit d'établissements isolés, mais on se demande tout de même ce qui se passerait si toute la collectivité devait être évacuée.

4.1.4 Note d'évaluation de l'état de préparation

La note moyenne de l'état de préparation des hôpitaux répondants à Terre-Neuve et au Labrador est de 6,4 sur 10. Un répondant a obtenu la note maximale, tandis qu'un autre a reçu 1 sur 10. Dans 80 p. 100 des cas, les répondants ont indiqué qu'ils avaient un plan de secours pour le rappel du personnel à l'aide de téléavertisseurs si le système téléphonique ne fonctionnait pas. Seulement 20 p. 100 des répondants possèdent les deux méthodes indépendantes nécessaires. Quarante pour cent n'ont pas de dispositions d'urgence relatives à l'eau potable et un autre 20 p. 100 des répondants n'ont aucune disposition d'urgence relative aux fournitures essentielles.

4.1.5 Formation et obstacles

Aucun des hôpitaux répondants de Terre-Neuve et du Labrador a indiqué que la planification d'urgence était financée par un poste budgétaire distinct. Dans la majorité des cas, la source de financement provient d'un fonds discrétionnaire. Quatre-vingts pour cent des répondants ont indiqué que la personne responsable de la planification d'urgence avait suivi un cours provincial de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours, 40 p. 100 ont suivi un cours de conception d'exercice et 60 p. 100 ont suivi un cours ou plus au Collège de la Protection civile du Canada. Quarante pour cent ont également suivi un cours par correspondance de la FEMA et un autre 20 p. 100 a suivi une formation à partir d'autres sources. Ce niveau de formation est très élevé comparativement à celui signalé par bon nombre d'autres régions.

On a demandé aux répondants de recenser les obstacles importants qui nuisent aux activités de préparation aux situations d'urgence dans leur établissement. Les connaissances et l'attrition du personnel constituent les obstacles les plus souvent mentionnés, c'est-à-dire dans une proportion de 40 p. 100. Le soutien de la collectivité et la disponibilité du personnel représentent les autres obstacles les plus courants, tandis que 20 p. 100 des répondants ont nommé le soutien de la collectivité et la disponibilité du personnel pour la formation en tant qu'obstacles. Tous les répondants estiment qu'ils tirerait profit d'un programme national de formation à l'intention des planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier.

4.2 Nouvelle-Écosse

4.2.1 Taille et type d'hôpital

Les soins de santé en Nouvelle-Écosse ont une structure administrative plus centralisée. Seulement quatre régions régionales gèrent les hôpitaux de la province et deux d'entre elles ont répondu au sondage. Un des répondants fait partie de la catégorie *petit* et l'autre de la catégorie *grand* (mesuré selon le nombre total de lits dont la région est responsable). Tous les hôpitaux satisfont à la définition d'établissement isolé. Les deux régions régionales répondantes ont indiqué qu'elles exploitaient uniquement des établissements de soins actifs. Un des répondants a indiqué qu'il était géré selon un fonctionnement multisite.

4.2.2 Expérience antérieure relativement aux urgences

Les répondants de la Nouvelle-Écosse peuvent facilement déterminer les risques relatifs aux installations communautaires ainsi que les risques naturels. Même si les deux répondants ont nommé les autoroutes comme facteur de risque, il n'ont pas indiqué les aéroports. Un répondant a mentionné les violentes tempêtes d'hiver et les grands vents en tant que risque dans sa région. L'autre n'a recensé aucun risque naturel. Aucun répondant n'a signalé des urgences internes majeures antérieures, mais ils ont tous deux indiqué qu'ils avaient fait face à une urgence majeure externe au cours des deux dernières années.

4.2.3 Plans et exercices d'urgence

Les deux répondants régionaux ont indiqué qu'ils avaient un plan d'urgence à jour et que ce plan était « totalement intégré ». Ils en fournissent tous les deux des exemplaires dans les zones de travail. Un des répondants a toutefois indiqué qu'il n'avait donné aucune formation au personnel sur le plan d'urgence et il semblerait que dans l'autre cas, ce n'est pas la personne responsable du plan qui a donné la formation au personnel.

Les deux répondants ont indiqué qu'ils avaient révisé leur plan au cours de l'année dernière. Les rapports sur les urgences réelles confirment également que leur plan a été mis à l'essai, dans une certaine mesure, au cours des deux années précédentes. Un répondant a indiqué qu'un programme d'exercice prévu était en place et qu'il avait effectué un exercice sur papier l'année dernière. Même s'il a affirmé avoir un programme permanent, il ne savait pas avec exactitude à quand remontait le dernier exercice. Le deuxième répondant a indiqué qu'il n'avait pas de programme d'exercice en place, mais qu'il avait effectué un exercice complet au cours des cinq dernières années. Il ne savait pas à quand remontait le dernier exercice.

Les types d'urgences mis à l'essai lors de l'exercice sont légèrement différents, mais il s'agit de scénarios externes dans les deux cas. Ils comprennent tous deux des accidents de la route et l'un d'entre eux comprend un déversement de produits chimiques. Les deux répondants ont indiqué que des organismes de secours communautaires ou que des organismes bénévoles avaient participé à leur exercice. Aucun d'entre eux n'a fait

d'exercice pour les pannes d'électricité et n'a mis à l'essai sa capacité à recevoir des patients évacués d'un autre hôpital ou d'une maison de soins ou encore sa capacité à procéder à une évacuation.

Même si les deux répondants ont un plan relatif à l'utilisation d'un autre hôpital lors d'une évacuation, seulement un possède un plan de rechange pour l'utilisation d'installations communautaires. On comprend qu'il s'agit d'établissements isolés, mais on se demande néanmoins ce qui se passerait si toute la collectivité devait être évacuée ou si les hôpitaux avoisinants seraient en mesure de recevoir les patients évacués.

4.2.4 Note d'évaluation de l'état de préparation

La note moyenne d'évaluation de l'état de préparation en Nouvelle-Écosse est de 8 sur 10. Un répondant a obtenu 9 points et l'autre 7 points sur 10. Un d'entre eux a indiqué que son seul plan pour le rappel du personnel nécessitait l'utilisation de téléavertisseurs, dont l'efficacité est douteuse si le système téléphonique ne fonctionne pas. L'autre répondant détenait les deux méthodes indépendantes requises. Les dispositions d'urgence pour les fournitures nécessaires sont bonnes.

4.2.5 Formation et obstacles

Aucun des hôpitaux répondants a indiqué que la planification d'urgence était financée par un poste budgétaire distinct. Dans un cas, la source de financement provient d'un fonds discrétionnaire. L'autre répondant a indiqué qu'aucun financement n'était disponible. Les deux répondants ont désigné une personne responsable de la planification et des exercices d'urgence, mais cette dernière consacre moins de 25 p. 100 de son temps à ces activités. Ses autres fonctions comprennent une vaste gamme de tâches hospitalières. Les deux responsables de la planification d'urgence dans les régies régionales de la santé de la Nouvelle-Écosse détiennent une éducation postsecondaire, l'un de niveau collégial et l'autre de niveau universitaire.

Les réponses au sondage provenant de la Nouvelle-Écosse montrent que cette province doit travailler à la formation sur la gestion des urgences dans son système de soins de santé. Aucun répondant n'a indiqué que la personne responsable de la planification d'urgence avait suivi un cours provincial de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours ni qu'elle avait suivi un cours de conception d'exercices ou un cours au Collège de la Protection civile du Canada. Un des répondants a indiqué qu'il avait suivi un cours offert par une autre source.

Les répondants ont indiqué que les obstacles importants qui nuisent aux activités de préparation aux situations d'urgence dans leur établissement sont le financement (50 p. 100) et le temps disponible (50 p. 100). Un des répondants estime qu'il tirerait profit d'un programme national de formation à l'intention des planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier.

4.3 Île-du-Prince-Édouard

4.3.1 Taille et type d'hôpital

La prestation de soins de santé à l'Île-du-Prince-Édouard s'effectue selon une structure administrative plus centralisée. Cinq régies régionales de la santé gèrent les hôpitaux de la province et quatre d'entre elles ont répondu au sondage. Deux des répondants sont de la catégorie *très petit*, l'un est de la catégorie *moyen* et l'autre de la catégorie *grand*. Un seul répondant satisfait à la définition d'établissement isolé. Toutes les régies régionales de la santé qui ont répondu au sondage ont affirmé exploiter seulement des établissements de soins actifs et que tous les établissements étaient gérés en tant que site unique.

4.3.2 Expérience antérieure relativement aux urgences

Les régies régionales de l'Île-du-Prince-Édouard peuvent déterminer d'emblée les risques relatifs aux installations communautaires ainsi que les risques naturels. Les quatre répondants ont recensé différents facteurs de risques communautaires importants. Ils ont tous nommé les risques naturels dans leur région, les plus courants étant les violentes tempêtes d'hiver (100 p. 100) et les grands vents (75 p. 100). De plus, la moitié d'entre eux ont indiqué le risque de feu de forêt. Tous les répondants ont signalé qu'ils avaient déjà vécu une urgence interne majeure, mais aucun d'entre eux n'a vécu d'urgence externe majeure au cours des deux dernières années. Seulement 25 p. 100 ont indiqué qu'ils avaient fait face à une urgence externe majeure au cours des cinq dernières années.

4.3.3 Plans et exercices d'urgence

Tous les répondants régionaux ont indiqué qu'ils avaient un plan d'urgence à jour. Seulement la moitié a indiqué qu'il était « totalement intégré » et le reste a mentionné qu'il était « partiellement intégré ». Ils ont tous signalé que leur plan d'urgence avait été révisé au cours des deux dernières années et qu'ils en fournissaient des exemplaires dans les zones de travail. Un répondant a indiqué que des exemplaires individuels du plan d'urgence étaient disponibles pour tous les membres du personnel. Un des quatre répondants (25 p. 100) a signalé qu'il ne donnait aucune formation au personnel sur le plan d'urgence et il semblerait que pour les trois autres, la personne responsable du plan ne donne pas la formation au personnel.

Tous les répondants ont indiqué que leur plan avait été révisé au cours des deux dernières années. Les rapports d'exercice confirment également que 75 p. 100 des répondants ont mis leur plan à l'essai, en partie, au cours des deux dernières années. Ce même nombre a indiqué qu'un programme d'exercice était en place, mais la moitié d'entre eux ont indiqué que leur dernier exercice remontait à cinq ans, 25 p. 100 des répondants ont indiqué qu'il remontait de 5 à 10 ans et l'autre 25 p. 100 n'était pas certain de la date à laquelle remontait le dernier exercice. Les exercices effectués sont presque exclusivement des exercices complets.

Les types d'urgences mis à l'essai lors de l'exercice varient légèrement, 75 p. 100 des répondants utilisant des scénarios externes et 25 p. 100 des scénarios internes. Les scénarios internes se concentrent principalement sur les incendies et un des scénarios externes avait trait à un accident de la route. Tous les répondants ont mentionné la participation d'un organisme d'intervention d'urgence ou d'un organisme bénévole à leur exercice. Aucun des hôpitaux n'a indiqué qu'il avait mis à l'essai des scénarios en cas de panne d'électricité. Un des établissements a vérifié sa capacité à recevoir des patients évacués d'un autre hôpital ou d'une maison de soins et deux autres ont vérifié leur propre capacité à procéder à une évacuation.

Tous les répondants ont un plan relatif à l'utilisation d'un autre hôpital en cas d'évacuation ainsi qu'un plan de secours prévoyant l'utilisation d'un établissement communautaire. Les estimations du temps nécessaire à l'évacuation des hôpitaux sont quelque peu irréalistes. Compte tenu du nombre limité d'ambulances disponibles, on se demande si les répondants pourraient complètement évacuer leur hôpital (ailleurs que sur le terrain devant l'hôpital) en moins d'une heure. Malgré cela, deux des trois régies affirment que cette rapidité d'évacuation est possible.

4.3.4 Note d'évaluation de l'état de préparation

La note moyenne de l'état de préparation de quatre des établissements répondants à l'Île-du-Prince-Édouard est de 3,2 sur 10. Un répondant a obtenu 7 points, tandis qu'un autre en a reçu 2. Aucun d'entre eux n'a indiqué qu'il possédait un plan de secours indépendant pour rappeler le personnel si le système téléphonique ne fonctionnait pas. À l'exception d'un seul répondant, les dispositions d'urgence relatives aux fournitures essentielles n'existent pas. Tous les quatre possèdent un plan relatif à un établissement d'exploitation de rechange.

4.3.5 Formation et obstacles

Une des régies de l'Île-du-Prince-Édouard a signalé qu'elle finançait toute la préparation d'urgence par l'entremise d'un poste budgétaire distinct. Deux des régies ont indiqué qu'elles fonctionnaient selon un financement discrétionnaire. L'autre répondant a indiqué qu'il ne disposait d'aucun financement. Tous les répondants ont désigné une personne responsable de la planification et des exercices d'urgence, mais cette dernière ne consacre que 25 p. 100 de son temps à ces activités. Ses autres fonctions comprennent une vaste gamme de tâches hospitalières. Tous les responsables de la planification d'urgence dans les régies répondantes ont fait des études postsecondaires, un au niveau collégial et les trois autres détiennent un diplôme universitaire.

Seulement un répondant a indiqué que la personne responsable de la planification d'urgence avait suivi le cours provincial de préparation aux urgences et d'organisation des secours, ce qui porte à croire qu'une meilleure formation serait nécessaire. Une autre personne a suivi un cours de conception d'exercices et seulement une personne (une autre) a suivi des cours au Collège de la Protection civile du Canada.

Les répondants ont recensé d'importants obstacles aux activités de préparation d'urgence dans leur établissement. Le financement et le temps constituent les obstacles les plus souvent mentionnés, à 75 et 25 p. 100 respectivement. Ils estiment tous qu'ils tireraient profit d'un programme national de formation à l'intention des planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier.

4.4 Nouveau-Brunswick

4.4.1 Taille et type d'hôpital

Les hôpitaux du Nouveau-Brunswick font partie du système régional des soins de santé. La province compte huit régions et quatre d'entre elles ont répondu au sondage. Elles font toutes partie de la catégorie *grand* (selon le nombre de lits dont la région est responsable). Deux répondants satisfont à la définition d'établissement isolé. Trois des quatre régions répondantes ont indiqué qu'elles géraient des établissements de soins actifs et la dernière a rapporté des utilisations variées. Tous les répondants du Nouveau-Brunswick ont indiqué qu'ils étaient gérés selon un fonctionnement multisite.

4.4.2 Expérience antérieure relativement aux urgences

Les quatre répondants ont déterminé les facteurs de risques communautaires, comme un aéroport. Ils ont également tous recensé les risques naturels, les plus courants étant les violentes tempêtes d'hiver (100 p. 100) et les feux de forêt (100 p. 100). De plus, deux d'entre eux ont mentionné un risque attribuable aux grands vents. Aucun des répondants n'a indiqué qu'il avait vécu une urgence interne majeure, mais ils ont tous signalé avoir fait face à une urgence externe majeure au cours des 5 à 10 dernières années.

4.4.3 Plans et exercices d'urgence

Tous les répondants ont indiqué qu'ils avaient un plan d'urgence à jour et que ce dernier était « totalement intégré ». Ils fournissent tous des exemplaires dans les zones de travail où cela est nécessaire et ils fournissent aux employés leur propre exemplaire. Tous les répondants ont indiqué qu'ils offraient de la formation au personnel sur le plan d'urgence, mais il semblerait que ce ne soit pas la personne responsable du plan qui donne cette formation.

Les quatre régions répondantes ont indiqué que leur plan d'urgence avait été révisé l'année dernière et 50 p. 100 l'ont révisé au cours des six derniers mois. Malgré le manque d'urgences réelles, ils affirment tous avoir mis leur plan à l'essai, jusqu'à un certain point, au cours des deux dernières années. L'essai comprend des simulations d'exercice sur maquette (25 p. 100) et des exercices complets (75 p. 100). Tous les répondants ont indiqué avoir prévu un programme d'exercice et des renseignements supplémentaires appuient cette affirmation dans tous les cas.

Les types d'urgence mis à l'essai lors des exercices varient légèrement, 50 p. 100 se servant d'un scénario externe et 50 p. 100 d'un scénario interne. Ces derniers ont

généralement trait à des accidents de la route et un des scénarios avait trait à un déversement de produits chimiques. Tous les répondants ont mentionné la participation d'organismes de secours d'urgence ou d'organismes bénévoles. Aucune des régions régionales de la santé n'a signalé de scénarios liés à un incendie ou à une panne d'électricité. Seulement une d'entre elles a vérifié sa capacité à recevoir des patients évacués d'un autre hôpital ou d'une maison de soins, et seulement une a vérifié sa capacité à mener une évacuation. Hormis les exercices décrits, tous les hôpitaux ont mené un exercice au cours des deux dernières années.

Trois des quatre répondants ont affirmé qu'ils pouvaient procéder à une évacuation complète en moins d'une heure. Compte tenu de la taille des établissements et de la disponibilité limitée des ressources communautaires comme les ambulances et les autobus, il semble peu probable que ces régions puissent procéder à une évacuation selon les délais mentionnés. Ce qui donne à penser que l'on doit développer davantage la planification et la mise à l'essai des évacuations. Tous les répondants ont un plan relatif à l'utilisation d'un établissement communautaire (habituellement une école) ainsi qu'un plan de secours permettant d'utiliser un autre hôpital.

4.4.4 Note d'évaluation de l'état de préparation

La note moyenne de l'état de préparation des quatre répondants du Nouveau-Brunswick est de 8,5 sur 10. Un répondant a reçu 10 points, tandis que le reste a obtenu 8 sur 10. Le système de rappel du personnel est solide et comporte de multiples façons de rappeler le personnel dans tous les hôpitaux. Le partage du personnel constitue un domaine comportant des faiblesses, car dans 75 p. 100 des cas, on indique qu'il existe un plan, mais qu'il n'a jamais été rendu officiel. Lorsque l'on effectue la planification d'urgence, on ne peut jamais supposer que quelque chose sera disponible, à moins d'avoir pris les dispositions nécessaires à l'avance. Les dispositions d'urgence pour les fournitures essentielles sont solides.

4.4.5 Formation et obstacles

Aucune des régions répondantes du Nouveau-Brunswick ne finance ses activités de planification d'urgence à partir d'un poste budgétaire distinct. Dans la majorité des cas, on indique que la source de financement est discrétionnaire. Tous les répondants ont désigné une personne responsable du plan et des exercices d'urgence, mais cette dernière consacre moins de 25 p. 100 de sa journée de travail à ces activités. Ses autres fonctions se concentrent principalement sur l'administration. Toutes les personnes responsables de la planification d'urgence dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick ont fait des études postsecondaires, une au niveau collégial et les trois autres détiennent un diplôme universitaire.

Trois des quatre répondants ont indiqué que la personne responsable de la planification d'urgence avait suivi un ou plusieurs cours au Collège de la Protection civile du Canada, même si aucune d'entre elles n'a suivi de cours provincial de préparation aux urgences et d'organisation des secours ou de cours de conception d'exercices.

Les trois quarts des répondants ont indiqué que le financement constituait un obstacle important aux activités de planification d'urgence. L'attrition représente l'autre obstacle le plus souvent signalé, dans une proportion de 50 p. 100, suivi du soutien de la collectivité à 25 p. 100. Tous les répondants estiment qu'ils tireraient profit d'un programme national de formation à l'intention des planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier.

4.5 Québec

4.5.1 Taille et type d'hôpital

Les hôpitaux répondants du Québec ont tendance à être très différents et 48 sur 91 ont répondu au sondage. Les très petits hôpitaux correspondent à 12,5 p. 100 des réponses, un autre 12,5 p. 100 correspond aux hôpitaux de la catégorie *petit*, 18, 7 p. 100 sont de taille moyenne, 39, 6 p. 100 sont de grands établissements et 16,7 p. 100 sont de très grands établissements. Moins de la moitié des hôpitaux répondants satisfont à la définition d'établissement isolé (40,4 p. 100). Seulement 36,1 p. 100 des établissements répondants se décrivent en tant qu'établissement de soins actifs et un autre 63,9 p. 100 se décrit comme ayant différentes utilisations. De tous les répondants, 40,4 p. 100 ont indiqué qu'ils étaient gérés selon un site unique.

4.5.2 Expérience antérieure relativement aux urgences

La majorité des hôpitaux répondants pouvaient déterminer les risques liés aux installations communautaires ainsi que les risques naturels. Au total, 95,8 p. 100 des répondants ont cerné les facteurs de risques communautaires, comme un aéroport, et le risque le plus souvent signalé constitue les autoroutes. La majorité des hôpitaux ont recensé les risques naturels dans la zone qu'ils desservent (89,4 p. 100), les plus courants étant les violentes tempêtes d'hiver (74,4 p. 100) et les grands vents (57,4 p. 100). Un autre 36,1 p. 100 a indiqué avoir une expérience des tremblements de terre. De tous les répondants, 34 p. 100 ont indiqué avoir déjà fait face à une urgence interne majeure et la majorité de ces expériences remontent à plus de cinq ans. Quant aux urgences externes majeures, 40,4 p. 100 des répondants y ont déjà fait face et de ce nombre, seulement 15 p. 100 des urgences ont eu lieu au cours des dix dernières années.

4.5.3 Plans et exercices d'urgence

Tous les répondants du Québec ont indiqué qu'ils avaient un plan d'urgence à jour. Seulement 44,7 p. 100 ont mentionné que ce plan était « totalement intégré », et 55,5 p. 100 ont indiqué qu'il était « partiellement intégré ». De tous les répondants, 85,5 p. 100 ont indiqué qu'ils fournissaient des exemplaires du plan dans les zones de travail où cela est requis et un très petit nombre donne des exemplaires personnels aux employés. Malheureusement, 29 p. 100 ont indiqué qu'ils ne donnaient aucune formation au personnel sur le plan d'urgence et il semblerait que dans seulement 12,8 p. 100 des cas, la personne responsable du plan donne la formation.

Presque tous les répondants (93,7 p. 100) ont indiqué qu'ils avaient révisé leur plan au cours des deux dernières années et les autres ont signalé que la dernière révision remontait de deux à cinq ans. Malgré le manque d'urgences réelles, un grand nombre d'entre eux (76,6 p. 100) ont mentionné que leur plan avait été mis à l'essai, jusqu'à un certain point, au cours des deux dernières années. La vérification comprend des exercices sur papier (29,8 p. 100), des simulations d'exercice sur maquette (4,2 p. 100) et des

exercices complet (74,4 p. 100). Seulement 68 p. 100 des hôpitaux ont indiqué avoir prévu un programme d'exercice.

Les types d'urgences mis à l'essai lors des exercices varient légèrement, 21, 3 p. 100 indiquant qu'ils utilisaient des scénarios externes et 36, 2 p. 100 signalant l'utilisation de scénarios internes. Ces derniers sont souvent liés à un incendie (70,2 p. 100) et 10,6 p. 100 ont trait à un déversement de produits chimiques. Seulement 66 p. 100 des répondants ont mentionné la participation des services d'urgence communautaires ou d'organismes bénévoles. Seulement 8,5 p. 100 des hôpitaux ont fait un essai relatif à une panne d'électricité et 6,4 p. 100 ont vérifié leur capacité à recevoir des patients d'un autre hôpital ou d'une maison de soins, mais 46, 8 p. 100 ont vérifié leur capacité à procéder à une évacuation. Hormis les exercices décrits, 70,2 p. 100 des hôpitaux ont effectué un autre exercice au cours des cinq dernières années et un autre 29, 8 p. 100 a organisé un exercice au cours des 10 dernières années ou ne se souvient pas à quand remonte le dernier exercice.

Quatre-vingt-trois pour cent des répondants ont fourni des estimations réalistes du temps nécessaire afin de procéder à une évacuation. Dans plusieurs autres cas, l'estimation du temps requis pour évacuer est extrêmement optimiste (99 patients en une heure). En révisant les autres éléments du plan, comme les établissements d'exploitation de rechange, il est devenu évident que les plans nécessitent davantage de précision. Même si certains répondants possèdent un plan relatif à l'utilisation d'un autre établissement communautaire (généralement une école) ou ont pris des dispositions d'urgence relativement à l'utilisation d'un autre hôpital, très peu de répondants ont les deux.

4.5.4 Note d'évaluation de l'état de préparation

La note moyenne de l'état de préparation des hôpitaux du Québec est de 6,1 sur 10. Deux répondants ont obtenu 10 points, tandis qu'un autre n'a obtenu qu'un seul point. Dans pratiquement tous les cas, les répondants ont mentionné avoir un plan de secours pour le rappel du personnel qui nécessite l'utilisation de téléavertisseurs si le système téléphonique ne fonctionne pas. Seulement 12,7 p. 100 comptent les deux méthodes indépendantes requises. Seulement 17,2 p. 100 des répondants ont indiqué qu'ils avaient des plans officiels relatifs au partage du personnel en situation d'urgence, et 21,3 p. 100 ont signalé qu'ils n'avaient pris aucune disposition d'urgence en ce qui a trait aux fournitures essentielles.

4.5.5 Formation et obstacles

Seulement 17 p. 100 des hôpitaux répondants du Québec ont indiqué que le financement de la planification d'urgence s'effectuait à partir d'un poste budgétaire distinct. Dans la majorité des cas, on a indiqué que la source de financement était discrétionnaire. Tous les hôpitaux ont désigné une personne responsable du plan et des exercices d'urgence, mais cette dernière consacre moins de 25 p. 100 de sa journée de travail à ces activités. Ses autres fonctions comprennent une vaste gamme de tâches hospitalières qui se concentrent ailleurs que sur les activités entourant les soins aux patients. Seulement 6,3 p. 100 des hôpitaux répondants du Québec ont mentionné qu'ils employaient des planificateurs des

mesures d'urgence à plein temps. La majorité des responsables de la planification d'urgence ont une formation postsecondaire (82 p. 100), 36,1 p. 100 détenant un diplôme collégial et 53,1 p. 100 un diplôme universitaire.

Au Québec, seulement 38,3 p. 100 des répondants ont indiqué que la personne responsable de la planification d'urgence avait suivi cours provincial de préparation aux urgences et d'organisation des secours, seulement 14,9 p. 100 ont suivi un cours de conception d'exercices et 27,6 p. 100 ont suivi un ou plusieurs cours au Collège de la Protection civile du Canada. Un grand nombre de planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier (31,9 p. 100) ont indiqué qu'ils n'avaient suivi aucune formation relative à leur fonctions, ce qui laisse entendre qu'il existe des lacunes dans ce domaine.

Le financement constitue l'obstacle aux activités de planification d'urgence le plus souvent mentionné dans les hôpitaux du Québec (61,7 p. 100). Les connaissances du personnel ainsi que l'érosion des effectifs représentent également d'importants obstacles, car 42,5 p. 100 des répondants les ont mentionnés tous les deux, tandis que 8,5 p. 100 ont nommé les demandes concurrentes en tant qu'obstacle. Des répondants, 89,4 p. 100 estiment qu'ils tireraient profit d'un programme national de formation à l'intention des planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier.

4.6 Ontario

4.6.1 Taille et type d'hôpital

Les hôpitaux de l'Ontario couvrent une vaste gamme de tailles et de systèmes administratifs et 110 des 133 établissements ont répondu au sondage. Les très petits hôpitaux correspondent à 31, 8 p. 100 des réponses, un autre 20 p. 100 provient des petits hôpitaux, 15,5 p. 100 proviennent d'hôpitaux de taille moyenne, 20 p. 100 sont de grands établissements et 12,7 p. 100 des réponses proviennent des très grands établissements. Au total, 29,1 p. 100 des répondants satisfont à la définition d'établissement isolé. Seulement 37,2 p. 100 des établissements répondants ont indiqué qu'ils étaient uniquement des établissements de soins actifs et un autre 62,8 p. 100 a indiqué une utilisation variée. Environ la moitié des hôpitaux répondants de l'Ontario ont indiqué être gérés en tant que site unique (48,2 p. 100).

4.6.2 Expérience antérieure relativement aux urgences

Les facteurs de risques communautaires, comme un aéroport, ont été recensés par 93,7 p. 100 des répondants, et les grandes autoroutes constituent le facteur le plus souvent mentionné. Des répondants, 92,8 p. 100 ont nommé des risques naturels dans la zone qu'ils desservent, les plus courants étant les violentes tempêtes d'hiver (80 p. 100) et les tempêtes d'été (62,7 p. 100). Un autre 29 p. 100 a signalé une expérience des tornades et 18,2 p. 100 ont indiqué qu'ils avaient vécu une urgence interne majeure, mais la majorité de ces expériences remontent à plus de cinq ans. De plus, 41,8 p. 100 des répondants ont déjà fait face à une urgence externe majeure

4.6.3 Plans et exercices d'urgence

Tous les répondants de l'Ontario ont indiqué qu'ils avaient un plan d'urgence à jour. Seulement 60 p. 100 ont mentionné que le plan était « totalement intégré », le reste a signalé qu'il était « partiellement intégré ». À deux exceptions près, les répondants fournissent des exemplaires du plan dans les zones de travail où cela est requis et un très petit nombre en fournit des exemplaires individuels aux employés. Chez 16,4 p. 100 des répondants, aucune formation sur le plan n'est offerte au personnel. Chez les autres qui donne une formation, la personne responsable du plan s'en occupe dans seulement 9,1 p. 100 des cas.

Pratiquement tous les répondants (96,4 p. 100) ont indiqué que leur plan avait été révisé au cours des deux dernières années, et le reste a signalé que de deux à cinq années se sont écoulées depuis la dernière révision du plan. Malgré le manque d'urgences réelles, plusieurs d'entre eux ont indiqué qu'ils avaient pu mettre leur plan à l'essai, en partie, au cours des deux dernières années (80 p. 100). L'essai comprend des exercices sur papier (21,8 p. 100), des simulations d'exercice sur maquette (19,1 p. 100) et des exercices complets (62,7 p. 100). Seulement 63,4 p. 100 des hôpitaux ont indiqué avoir prévu un programme d'exercice.

Les types d'urgences mis à l'essai varient légèrement, 58 p. 100 préférant les scénarios externes et 21,8 p. 100 les scénarios internes, qui ont souvent trait au feu (25,4 p. 100) ou à un déversement de produits chimiques (10 p. 100). La majorité a signalé la participation des services d'urgence communautaires ou d'organismes bénévoles. Dix pour cent ont fait l'essai de scénarios liés à une panne d'électricité. Seulement 9,1 p. 100 ont vérifié leur capacité à accueillir des patients d'un autre hôpital ou d'une maison de soins, tandis que 33,6 p. 100 ont mis à l'essai leur propre capacité à évacuer. Hormis les exercices décrits, 69,1 p. 100 des hôpitaux ont mené un autre exercice au cours des cinq dernières années. Les autres n'ont pas organisé d'exercice depuis cinq ans ou ne se souviennent pas à quand remonte de dernier exercice.

Des répondants, 78,2 p. 100 ont fait une estimation crédible du temps nécessaire afin de procéder à une évacuation. Dans les autres cas, les estimations sont très optimistes (99 patients en l'espace d'une heure). Certains répondants prévoient utiliser un autre établissement communautaire (habituellement une école) ou ont pris des dispositions d'urgence relatives à l'utilisation d'un autre hôpital, et plus de la moitié (58,2 p. 100) ont les deux.

4.6.4 Note d'évaluation de l'état de préparation

La note moyenne de l'état de préparation des hôpitaux de l'Ontario est de 6,6 sur 10. Malgré le grand nombre de répondants de l'Ontario, seulement deux ont obtenu 10 points, tandis qu'un autre 24,5 p. 100 a reçu une note de 5 ou moins. Dans presque tous les cas, les répondants ont mentionné qu'ils avaient un plan de secours pour le rappel du personnel à l'aide de téléavertisseurs si le système téléphonique ne fonctionne pas. Seulement 69,9 p. 100 ont les deux méthodes indépendantes requises. Seulement 24,5 p. 100 des répondants ont signalé avoir des plans officiels sur le partage du personnel lors d'une situation d'urgence, et 10 p. 100 ont indiqué n'avoir pris aucune disposition d'urgence relative aux fournitures essentielles.

4.6.5 Formation et obstacles

Seulement 5,4 p. 100 des hôpitaux répondants de l'Ontario ont indiqué qu'ils finançaient la préparation d'urgence par l'entremise d'un poste budgétaire distinct. Dans la majorité des cas, ils ont mentionné que la source de financement était discrétionnaire, tandis que 34 p. 100 ont indiqué qu'ils ne disposaient d'aucun financement pour les activités de préparation d'urgence. La plupart des hôpitaux (90 p. 100) ont désigné une personne responsable de la planification et des exercices d'urgence, mais cette dernière consacre en moyenne moins de 25 p. 100 de son temps à ces activités. Ses autres fonctions comprennent une vaste gamme de tâches hospitalières. Seulement un hôpital de l'Ontario emploie des planificateurs des mesures d'urgence à plein temps. Chez les responsables de la planification d'urgence dans les hôpitaux ontariens, 86,4 p. 100 ont une formation postsecondaire et 43,6 p. 100 détiennent un diplôme universitaire.

La formation relative à la planification d'urgence pourrait être grandement améliorée dans les hôpitaux de l'Ontario. Un grand nombre de planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier (67, 3 p. 100) ont indiqué qu'ils n'avaient suivi aucune formation

relativement à ces fonctions. Au total, 24,5 p. 100 des répondants ont signalé que la personne responsable de la planification d'urgence avait suivi un cours provincial de préparation aux urgences et d'organisation des secours, seulement 12 p. 100 ont suivi un cours de conception d'exercices et 13,6 p. 100 ont suivi un ou plusieurs cours au Collège de la Protection civile du Canada.

Les obstacles qui nuisent aux activités de planification d'urgence ont été déterminés de la façon suivante : financement (61 p. 100), connaissances du personnel (38,2 p. 100), érosion des effectifs (24,5 p. 100) et demandes concurrentes de temps (30 p. 100). Pratiquement tous les répondants estiment qu'ils tireraient profit d'un programme national de formation à l'intention des planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier (94,6 p. 100).

4.7 Manitoba

4.7.1 Taille et type d'hôpital

Les hôpitaux du Manitoba ont tendance à être différents et les 19 établissements avec lesquels nous avons communiqué ont retourné leur sondage rempli. Les très petits hôpitaux correspondent à 31,6 p. 100 des réponses, ceux des catégories *petit* et *moyen* correspondent à 15,8 p. 100, les grands et les très grands hôpitaux représentent respectivement 26,3 et 10,5 p. 100. Plus de la moitié (57,9 p. 100) des hôpitaux répondants satisfont à la définition d'établissement isolé. Seulement 31,6 p. 100 se définissent comme étant des établissements de soins actifs et les autres ont indiqué qu'ils avaient diverses fonctions. Des répondants du Manitoba, 62,3 p. 100 ont indiqué qu'ils étaient gérés selon un fonctionnement multisite.

4.7.2 Expérience antérieure relativement aux urgences

La totalité des répondants ont déterminé les facteurs de risques communautaires, comme un aéroport. Les grandes autoroutes représentent le risque le plus souvent mentionné. Tous les hôpitaux ont recensé les risques naturels dans la zone qu'ils desservent, les plus courants étant les violentes tempêtes d'hiver (100 p. 100) et les grands vents (84,2 p. 100). Des répondants, 26,3 p. 100 ont indiqué qu'ils avaient déjà vécu une urgence interne majeure. Toutes ces expériences remontent à moins de cinq ans. Seulement 10,5 p. 100 des répondants ont signalé qu'ils avaient déjà fait face à une urgence externe majeure et seulement une d'entre elles s'est produite au cours des dix dernières années.

4.7.3 Plans et exercices d'urgence

Tous les répondants ont mentionné qu'ils avaient un plan d'urgence à jour, 42,1 p. 100 ont affirmé que ce plan était « totalement intégré », 52,6 p. 100 ont indiqué qu'il était « partiellement intégré » et 5,3 p. 100 ignorent dans quelle mesure leur plan est intégré. Ils en fournissent tous des exemplaires dans les zones de travail où cela est nécessaire et 20 p. 100 en fournissent un exemplaire personnel à leurs employés. En ce qui a trait à la formation du personnel sur le plan d'urgence, 31,6 p. 100 en donnent et il semblerait que dans seulement 57 p. 100 des cas, ce soit la personne responsable du plan d'urgence qui donne la formation.

Pratiquement tous les répondants ont indiqué avoir révisé leur plan au cours des deux dernières années, mais 15,8 p. 100 ont signalé qu'il s'était écoulé de deux à cinq ans depuis la dernière révision. Malgré le manque d'urgences réelles, un grand nombre (63,7 p. 100) ont affirmé avoir mis leur plan à l'essai, jusqu'à un certain point, au cours des deux dernières années. Les essais comprenaient des exercices sur papier (10,5 p. 100), des simulations d'exercice sur maquette (36,8 p. 100) et des exercices complets (42,1 p. 100). Un autre 10,6 p. 100 n'a fourni aucun détail sur les exercices. Seulement 31,6 p. 100 des hôpitaux ont indiqué qu'ils avaient prévu un programme d'exercice.

Les types d'urgences mis à l'essai varie légèrement, 36,8 p. 100 ont utilisé un scénario externe et 31,6 p. 100 un scénario interne. Les scénarios internes ont souvent trait à un incendie. Les scénarios externes comportent souvent un accident de la route (80 p. 100) et 10 p. 100 sont liés à un déversement de produits chimiques. Seulement 73,7 p. 100 des répondants ont mentionné la participation des services d'urgence communautaires ou d'organismes bénévoles. Vingt-cinq pour cent ont signalé qu'ils avaient fait l'essai de scénarios liés à une panne d'électricité. Seulement 5,2 p. 100 ont vérifié leur capacité à recevoir des patients évacués d'un autre hôpital ou d'une maison de soins, tandis que 42,1 p. 100 ont vérifié leur propre capacité à mener une évacuation. Hormis les exercices décrits, 63,1 p. 100 des hôpitaux ont mené un autre exercice au cours des cinq dernières années et un autre 26,2 p. 100 l'a fait au cours des dix dernières années ou ne sait pas à quand remonte le dernier exercice.

Seulement 31,6 p. 100 des répondants ont fourni une estimation crédible du temps nécessaire à une évacuation. Même s'ils possèdent tous un plan pour l'utilisation d'un autre établissement communautaire (généralement une école), seulement 40 p. 100 ont un plan de secours relatif à l'utilisation d'un autre hôpital. Ces données laisse entendre qu'un renforcement est nécessaire en matière de planification d'évacuation.

4.7.4 Note d'évaluation de l'état de préparation

La note moyenne de l'état de préparation des hôpitaux du Manitoba est de 6,2 sur 10. Deux répondants ont obtenu 9 points et deux autres ont reçu deux points. Dans presque tous les cas, les répondants ont mentionné avoir un plan de secours pour le rappel du personnel qui nécessite l'utilisation de téléavertisseurs si le système téléphonique ne fonctionne pas. Seulement 20 p. 100 possèdent les deux méthodes indépendantes requises. Quarante pour cent n'ont pas pris de dispositions d'urgence pour l'eau potable et 20 p. 100 n'en ont pas pris en ce qui a trait aux fournitures essentielles.

4.7.5 Formation et obstacles

Seulement 15,8 p. 100 des hôpitaux du Manitoba ont signalé qu'ils finançaient la planification d'urgence par l'entremise d'un poste budgétaire distinct. Dans la plupart des cas, on a indiqué que la source de financement était discrétionnaire. Des hôpitaux répondants, 84,2 p. 100 ont désigné une personne responsable de la planification et des exercices d'urgence, mais cette dernière consacre moins de 25 p. 100 de son temps à ces activités. Ses autres fonctions se concentrent majoritairement sur l'administration (77,4 p. 100). Chez les responsables de la planification d'urgence dans les hôpitaux du Manitoba, 36,8 p. 100 ont une formation postsecondaire de niveau collégial et 31,6 p. 100 détiennent un diplôme universitaire.

Des répondants du Manitoba, 42,1 p. 100 ont indiqué que la personne responsable de la planification d'urgence avait suivi un cours provincial de préparation aux urgences et d'organisation des secours, 10,5 p. 100 ont suivi un cours de conception d'exercices et 36,8 p. 100 ont suivi un ou plusieurs cours au Collège de la Protection civile du Canada.

La majorité des planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier (52,6 p. 100) ont indiqué qu'ils n'avaient suivi aucune formation relativement à ces fonctions.

Les principaux obstacles aux activités de planification d'urgence au Manitoba recensés par les répondants portent sur le financement (73,7 p. 100), les demandes concurrentes de temps (52,6 p. 100), les connaissances du personnel (36,8 p. 100) et l'érosion des effectifs (21 p. 100). La majorité (94,7 p. 100) des répondants estiment qu'ils tireraient profit d'un programme national de formation à l'intention des planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier.

4.8 Saskatchewan

4.8.1 Taille et type d'hôpital

Les hôpitaux de la Saskatchewan ont tendance à être plus petits et davantage isolés. Les 39 établissements avec lesquels nous avons communiqué ont retournés leur sondage rempli. La majorité (64,1 p. 100) des hôpitaux répondants font partie de la catégorie *très petit*, suivi par 17,9 p. 100 dans la catégorie *petit*, 12,8 p. 100 dans la catégorie *moyen* et deux hôpitaux font partie des catégories *grand* et *très grand* respectivement. La majorité des hôpitaux répondants satisfont à la définition d'établissement isolé (75,6 p. 100) et représentent des établissements de soins actifs (73 p. 100). L'autre 27 p. 100 des répondants ont indiqué qu'ils avaient diverses fonctions. La majorité des hôpitaux répondants de la Saskatchewan ont affirmé qu'ils étaient gérés selon un fonctionnement multisite (70,3 p. 100).

4.8.2 Expérience antérieure relativement aux urgences

Les risques attribuables à la collectivité, comme un aéroport, ont été recensés par 89,2 p. 100 des répondants. Tous les hôpitaux ont nommé les risques naturels dans la zone qu'ils desservent, les plus courants étant les violentes tempêtes d'hiver (86,4 p. 100) et les grands vents (72,9 p. 100). De plus, 21,6 p. 100 des répondants ont mentionné un risque de tornade. Au total, 16,2 p. 100 des répondants ont indiqué qu'ils avaient déjà vécu une urgence interne majeure au cours des cinq dernières années, tandis que 35,1 p. 100 ont signalé qu'ils avaient fait face à une urgence externe majeure au cours de la même période.

4.8.3 Plans et exercices d'urgence

La majorité des répondants de la Saskatchewan ont indiqué qu'ils avaient un plan d'urgence à jour (97,3 p. 100), 35,1 p. 100 ont décrit leur plan comme « totalement intégré », tandis que 64,9 p. 100 ont mentionné qu'il était « partiellement intégré » et 2 p. 100 ont indiqué qu'il n'était « pas coordonné » avec la collectivité. La plupart des répondants (94,6 p. 100) ont indiqué qu'ils avaient révisé leur plan d'urgence au cours des deux dernières années. Des exemplaires du plan sont disponibles dans les zones de travail où cela est requis dans la majorité des établissements (89,2 p. 100), mais 10,8 p. 100 ont signalé qu'ils ne distribuaient pas d'exemplaires. De plus, 35,1 p. 100 des répondants n'offrent aucune formation au personnel sur le plan d'urgence. Chez ceux qui donnent une formation, il semblerait que la personne responsable du plan offre la formation au personnel dans très peu de cas.

Des répondants de la Saskatchewan, 37,8 p. 100 ont indiqué n'avoir prévu aucun programme d'exercice et 29,7 p. 100 n'ont pas fait d'exercice au cours des cinq à dix dernières années. Ceux qui ont fait un exercice préfèrent les exercices complets (45,9 p. 100), les simulations d'exercice sur maquette (37,8 p. 100) et les exercices sur papier (32,4 p. 100). On préfère de beaucoup les scénarios externes aux scénarios internes (48,6 contre 13,5 p. 100). La majorité des scénarios ont trait à un incendie (35,1 p. 100)

et, d'une façon moins considérable, aux accidents de la route, aux pannes d'électricité et aux déversements de produits chimiques. Seulement 8,1 p. 100 des répondants ont indiqué avoir fait un essai relatif à une panne d'électricité. Seulement 32,4 p. 100 ont signalé avoir vérifié leur capacité à évacuer leur propre hôpital et seulement 5,4 p. 100 ont vérifié leur capacité à recevoir des patients évacués d'un autre établissement. Seulement la moitié des hôpitaux ont mentionné avoir invité un organisme externe d'organisation des secours ou des groupes bénévoles à participer à leurs exercices.

Un certain nombre de répondants était incapable d'estimer le temps nécessaire à une évacuation ou ont fourni une estimation irréaliste (99 patients en moins d'une heure). Après avoir examiné d'autres éléments du plan, comme la coordination avec les organismes locaux, il est clair que les plans d'évacuation doivent être perfectionnés davantage. Même si tous les répondants possèdent un plan relatif à l'utilisation d'un autre établissement communautaire (généralement une école), seulement 40 p. 100 ont indiqué qu'ils avaient pris des dispositions d'urgence relatives à l'utilisation d'un autre hôpital.

4.8.4 Note d'évaluation de l'état de préparation

La note moyenne de l'état de préparation des hôpitaux de la Saskatchewan est de 6,4 sur 10. Quatre répondants ont obtenu 10 points, tandis que six en ont obtenu un seul. Dans plus de 80 p. 100 des cas, les répondants ont indiqué qu'ils possédaient un plan de secours pour rappeler le personnel à l'aide de téléavertisseurs si le système téléphonique ne fonctionne pas. Ainsi, moins de 20 p. 100 ont les deux méthodes indépendantes requises. Même si de nombreux hôpitaux ont élaboré des plans d'urgence complets pour différents types de fournitures essentielles, seulement 20 p. 100 ont indiqué avoir pris des dispositions relatives à leur approvisionnement.

4.8.5 Formation et obstacles

Seulement 13,5 p. 100 des hôpitaux répondants de la Saskatchewan ont indiqué qu'ils finançaient la planification d'urgence par l'entremise d'un poste budgétaire distinct. Plus de 50 p. 100 ont signalé qu'aucun financement n'était disponible pour les activités de planification d'urgence, et dans les autres cas, la source de financement est discrétionnaire. La majorité des hôpitaux (83,8 p. 100) ont désigné une personne responsable de la planification et des exercices d'urgence, mais cette personne consacrent moins de 25 p. 100 de son temps à ces activités. De plus, 16,2 p. 100 des répondants n'ont pas désigné de responsable principal de la planification et des exercices d'urgence. Des responsables de la planification d'urgence dans les hôpitaux de la Saskatchewan, 72,9 p. 100 ont une formation postsecondaire, 40, 5 p. 100 au niveau collégial et 32,4 p. 100 détiennent un diplôme universitaire.

Seulement 45,9 p. 100 des répondants ont indiqué que la personne responsable de la planification d'urgence avait suivi un cours provincial de préparation aux urgences et d'organisation des secours, 13,5 p. 100 ont suivi un cours de conception d'exercices et 13,5 p. 100 ont suivi un ou plusieurs cours au Collège de la Protection civile du Canada.

Les principaux obstacles qui nuisent aux activités de planification d'urgence dans les hôpitaux de la Saskatchewan portent sur le financement (59,4 p. 100), les connaissances du personnel (56,7 p. 100) et le soutien de la collectivité (40,5 p. 100). Le temps nécessaire afin de mener un programme constitue un obstacle mentionné par 32,4 p. 100 des répondants et l'attrition complète la liste des obstacles dans une proportion de 29,7 p. 100. Pratiquement tous les répondants estiment qu'ils tireraient profit d'un programme national de formation à l'intention des planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier (94,6 p. 100).

4.9 Alberta

4.9.1 Taille et type d'hôpital

Les hôpitaux de l'Alberta sont gérés par des régies régionales de la santé et c'est à elles qu'on a fait parvenir le sondage. Les 17 établissements à qui ont été envoyés un sondage l'ont retourné rempli. Des répondants, 11,8 p. 100 proviennent de la catégorie *très petit* (selon le nombre total de lits dont la région est responsable), 29,4 p. 100 de la catégorie *petit*, 35,3 p. 100 de la catégorie *moyen*, 17,6 p. 100 de la catégorie *grand* et 5,9 p. 100 de la catégorie *très grand*. Presque la moitié des régies répondantes satisfont à la définition d'établissement isolé (47 p. 100). De plus, 58,8 p. 100 ont indiqué que leurs hôpitaux étaient des établissements de soins actifs, tandis que le reste des répondants ont indiqué qu'ils avaient diverses fonctions. La majorité des répondants de l'Alberta ont mentionné que leurs hôpitaux étaient gérés selon un fonctionnement multisite (88,2 p. 100).

4.9.2 Expérience antérieure relativement aux urgences

Tous les répondants ont recensé les facteurs de risque liés à la collectivité, comme un aéroport, ainsi que les risques naturels, les plus courants étant les violentes tempêtes d'été et d'hiver (94,1 p. 100 chacun) et les tornades (52,9 p. 100). Certains ont mentionné également un risque de feu de forêt (29,4 p. 100). Des répondants, 64,7 p. 100 ont indiqué qu'ils avaient déjà vécu une urgence interne majeure et 58,8 p. 100 ont signalé qu'ils avaient fait face à une urgence externe majeure au cours des cinq dernières années.

4.9.3 Plans et exercices d'urgence

Tous les répondants de l'Alberta ont affirmé posséder un plan d'urgence à jour et 88,2 p. 100 ont indiqué que ce dernier était « totalement intégré ». Ils en fournissent tous un exemplaire dans les zones de travail où cela est requis, mais peu d'entre eux en donnent un exemplaire personnel à leurs employés. De plus, 11,8 p. 100 des répondants ont indiqué qu'ils ne donnaient pas de formation au personnel sur le plan d'urgence et pour ceux qui en offrent, elle est donnée par la personne responsable du plan que dans 23,5 p. 100 des cas.

Presque tous les répondants (94,1 p. 100) ont mentionné avoir révisé leur plan au cours des deux dernières années et 47 p. 100 de ces révisions ont eu lieu au cours des six derniers mois. Compte tenu du nombre relativement élevé d'urgences réelles, tous sauf 5,9 p. 100 des répondants peuvent affirmer que leur plan a été mis à l'essai, jusqu'à un certain point, au cours des deux dernières années. Les essais comprennent les exercices sur papier (5,8 p. 100), les simulations d'exercice sur maquette (88,2 p. 100) et les exercices complets (23,5 p. 100). Seulement 58,8 p. 100 des hôpitaux ont indiqué avoir prévu un programme d'exercice.

Les types d'urgences mis à l'essai lors des exercices varient quelque peu. La moitié des répondants n'ont pas donné de détails sur les activités entourant les exercices et l'autre

moitié utilise autant de scénarios externes que de scénarios internes. Ces derniers se concentrent davantage sur les pannes d'électricité (35,3 p. 100). Bon nombre de scénarios externes sont liés à des accidents de la route, même si très peu d'entre eux (5,8 p. 100) ont trait à un déversement de produits chimiques. La majorité des répondants ont mentionné la participation des services communautaires d'urgence ou d'organismes bénévoles (82,3 p. 100). Le tiers des hôpitaux ont indiqué qu'ils avaient fait l'essai de scénarios liés à une panne d'électricité. Seulement 11,8 p. 100 des répondants ont vérifié leur capacité à recevoir des patients évacués d'un autre hôpital ou d'une maison de soins et le même nombre a mis à l'essai sa propre capacité à évacuer son établissement. Hormis les exercices décrits, 5,9 p. 100 des hôpitaux n'ont pas effectué d'autre exercice au cours des cinq dernières années.

Des répondants, 82,3 p. 100 sont incapables d'estimer le temps nécessaire à une évacuation ou fournissent une estimation irréaliste (99 patients en moins d'une heure). Après avoir étudié les autres éléments du plan, il est devenu clair que, dans la majorité des cas, le plan d'évacuation de base doit être davantage mis en pratique et vérifié. Presque tous les répondants ont mentionné posséder un plan relatif à l'utilisation d'un autre établissement communautaire (habituellement une école), et ils ont presque tous pris des dispositions d'urgence relatives à l'utilisation d'un autre hôpital.

4.9.4 Note d'évaluation de l'état de préparation

La note moyenne de l'état de préparation des hôpitaux de l'Alberta est de 8,4 sur 10. Quatre répondants ont obtenu 10 points et 83,3 p. 100 ont obtenu 8 points ou plus. Un répondant a obtenu une note de 2 sur 10. Le rappel du personnel constitue le domaine comportant les plus importantes lacunes, car 17,6 p. 100 des répondants ont indiqué que leur plan de secours pour le rappel du personnel nécessitait l'utilisation de téléavertisseurs si le système téléphonique ne fonctionne pas. Le reste détenait les deux méthodes indépendantes requises. Les dispositions d'urgence relatives aux fournitures essentielles sont solides, pour la plupart.

4.9.5 Formation et obstacles

Bon nombre de régies régionales de la santé (41,1 p. 100) en Alberta ont indiqué qu'elles finançaient les activités de planification d'urgence par l'entremise d'un poste budgétaire distinct. Dans la majorité des autres cas, on mentionne que la source de financement est discrétionnaire. Seulement 23,5 p. 100 des répondants ont indiqué qu'aucun financement n'était disponible. La plupart des régies ont désigné une personne responsable de la planification et des exercices d'urgence (88,2 p. 100). Chez 64,7 p. 100 des répondants, cette dernière consacre moins de 25 p. 100 de son temps à ces activités. Ses autres fonctions comprennent une vaste gamme de tâches hospitalières, dont les soins aux patients, l'administration, l'enseignement aux patients et au personnel, l'ingénierie et la sécurité. En général, 23,5 p. 100 des régies régionales de la santé de l'Alberta emploient des planificateurs des mesures d'urgence à plein temps. La majorité des responsables de la planification d'urgence dans les hôpitaux de l'Alberta ont une formation postsecondaire (88,2 p. 100), 29,4 p. 100 de niveau collégial et 58,8 p. 100 détiennent un diplôme universitaire.

Les régies régionales de la santé de l'Alberta ont mentionné un niveau plus élevé de formation en matière de gestion des situations d'urgence que la plupart des autres provinces; 58,8 p. 100 ont indiqué que la personne responsable de la planification d'urgence avait suivi un cours provincial de préparation aux urgences et d'organisation des secours, 23,5 p. 100 ont suivi un cours de conception d'exercices et 52,9 p. 100 ont suivi un ou plusieurs cours au Collège de la Protection civile du Canada. De plus, 5,8 p. 100 ont suivi un cours d'apprentissage à distance de la FEMA et 27, 8 p. 100 ont suivi des cours de formation à partir d'autres sources.

Les répondants ont cerné d'importants obstacles qui nuisent aux activités de planification d'urgence dans leur région, c'est-à-dire : les connaissances du personnel (64,7 p. 100), l'érosion des effectifs (41,1 p. 100), le temps (35,3 p. 100), le financement (23,5 p. 100) et l'appui de la collectivité (11,7 p. 100). La majorité des répondants estiment qu'ils tireraient profit d'un programme national de formation à l'intention des planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier.

4.10 Colombie-Britannique

4.10.1 Taille et type d'hôpital

Les hôpitaux de la Colombie-Britannique sont gérés comme une série de régions régionales de la santé, de manière similaire à l'Alberta. Ces régions ont retourné 12 des 13 sondages envoyés (1 établissement était fermé temporairement). Les réponses montrent que 16,6 p. 100 des régions font partie de la catégorie *très petit*, 16,66 p. 100 sont petites, 25 p. 100 sont grandes et 41,66 p. 100 font partie de la catégorie *très grand* (selon le nombre de lits dont la région est responsable). Le tiers (33,33 p. 100) des régions régionales répondantes comptent des hôpitaux qui satisfont à la définition d'établissement isolé. Des régions répondantes, 16,66 p. 100 ont indiqué qu'elles offraient exclusivement des soins actifs et l'autre 83,34 p. 100 ont mentionné avoir diverses fonctions. La majorité des régions régionales de la santé de la Colombie-Britannique ont indiqué qu'elles étaient gérés selon un fonctionnement multisite (91,6 p. 100).

4.10.2 Expérience antérieure relativement aux urgences

Tous les répondants ont recensé les facteurs de risque liés à la collectivité, comme un aéroport. Toutes les régions ont également nommé les risques naturels dans la zone qu'ils desservent, les plus courants étant les grands vents (66,6 p. 100), les feux de forêt (58,33 p. 100) et les violentes tempêtes d'hiver (50 p. 100). Des répondants, seulement 8,33 p. 100 ont indiqué avoir déjà vécu une urgence interne majeure et 16,66 p. 100 ont déjà fait face à une urgence externe majeure.

4.10.3 Plans et exercices d'urgences

La majorité des répondants de la Colombie-Britannique ont indiqué qu'ils avaient un plan d'urgence à jour (91,7 p. 100), 25 p. 100 ont mentionné qu'il était « totalement intégré », tandis que 75 p. 100 ont indiqué qu'il était « partiellement intégré ». Tous les répondants en fournissent des exemplaires dans les zones de travail où cela est requis, mais aucun n'en donne un exemplaire personnel aux employés. Toutes les régions ont signalé qu'elles offraient de la formation au personnel sur le plan d'urgence et il semblerait que dans 25 p. 100 des cas, la personne responsable du plan d'urgence donne la formation au personnel.

Tous les répondants ont indiqué avoir révisé leur plan au cours des deux dernières années et la majorité d'entre eux (88,33 p. 100) l'ont fait l'année dernière. Malgré le manque d'urgences réelles, ils étaient également tous en mesure d'affirmer qu'ils avaient mis leur plan à l'essai, jusqu'à un certain point, au cours des deux dernières années. Les essais comprennent des exercices sur papier (8,33 p. 100) et des simulations d'exercice sur maquette (83,33 p. 100). Aucun exercice complet n'a été signalé. La majorité des hôpitaux (83,33 p. 100) ont indiqué qu'ils prévoyaient un programme d'exercice.

Certaines régions de la Colombie-Britannique n'ont pas fourni les détails de leur programme d'exercice. Celles qui l'ont fait affichent une préférence pour les scénarios externes (58,33 p. 100 de tous les répondants) et le reste (16,66 p. 100) a recours à des scénarios internes. La majorité des répondants ont mentionné la participation des services communautaires d'urgence ou d'organismes bénévoles (91,66 p. 100). Des scénarios mis à l'essai, 16,66 p. 100 avaient trait à une panne d'électricité et 25 p. 100 portaient sur la capacité à recevoir des patients évacués d'un autre hôpital ou d'une maison de soins. Seulement 8,33 p. 100 ont vérifié leur propre capacité à mener une évacuation. Hormis les exercices décrits, la majorité des régions ont mené un autre exercice au cours des cinq dernières années, mais 25 p. 100 ne l'ont pas fait et 16,66 p. 100 ignorent à quand remonte le dernier exercice.

Des répondants, 33,33 p. 100 ont mentionné qu'ils n'avaient pas de plan d'urgence contenant plus d'un établissement d'exploitation de rechange. Tous les répondants détiennent un plan relatif à l'utilisation d'un autre établissement communautaire (généralement une école) et 75 p. 100 ont indiqué qu'ils avaient pris des dispositions d'urgence pour l'utilisation d'un autre hôpital.

4.10.4 Note d'évaluation de l'état de préparation

La note moyenne de l'état de préparation des hôpitaux de la Colombie-Britannique est de 8,3 sur 10. Cinq répondants ont obtenu 10 points, tandis qu'un autre n'en a reçu que 2. Le domaine comportant les lacunes les plus importantes semble être le manque de solutions d'évacuation. Dans la majorité des cas, les dispositions d'urgence pour les fournitures essentielles semblent bien élaborés, mais une région a signalé qu'elle n'avait aucune disposition d'urgence en place.

4.10.5 Formation et obstacles

Seulement 8,33 p. 100 des hôpitaux de la Colombie-Britannique financent la planification d'urgence à partir d'un poste budgétaire distinct. Dans la plupart des cas, on a indiqué que la source de financement était discrétionnaire. Un autre 16,66 p. 100 a souligné qu'aucun financement n'était disponible. La majorité des régions (91,66 p. 100) ont désigné une personne responsable de la planification et des exercices d'urgence, mais cette dernière consacre moins de 25 p. 100 de son temps à ces activités. Ses autres fonctions comprennent une vaste gamme de tâches hospitalières, dont les soins aux patients, l'administration, l'enseignement aux patients et au personnel, l'ingénierie et la sécurité. Deux régions ont mentionné qu'elles employaient des planificateurs des mesures d'urgence à plein temps. Parmi les responsables de la planification d'urgence dans les hôpitaux de la Colombie-Britannique, la majorité détient une formation postsecondaire (83,33 p. 100), 33,33 p. 100 de niveau collégial et 50 p. 100 détiennent un diplôme universitaire.

La Colombie-Britannique a encore du travail à faire en matière de formation sur la gestion des situations d'urgence. Des répondants, 41 p. 100 ont indiqué que la personne responsable de la planification d'urgence avait suivi un cours provincial de préparation

aux urgences et d'organisation des secours, 25 p. 100 ont suivi un cours de conception d'exercices et 41,66 p. 100 ont suivi un ou plusieurs cours au Collège de la Protection civile du Canada. Malheureusement, seulement la moitié des personnes responsables de la planification d'urgence dans les hôpitaux de la province ont suivi une formation propre à leur poste.

Les répondants ont recensé des obstacles importants qui nuisent aux activités de planification d'urgence dans leurs établissements. Le temps nécessaire à la réalisation de ces activités représente l'obstacle le plus courant (75 p. 100), suivi du financement (41,66 p. 100), des connaissances du personnel (33,33 p. 100) et de l'érosion des effectifs (25 p. 100). La majorité des répondants (91,7 p. 100) estiment qu'ils tireraient profit d'un programme national de formation à l'intention des planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier.

4.11 Territoires du Nord-Ouest

4.11.1 Taille et type d'hôpital

Les hôpitaux des Territoires du Nord-Ouest ont tendance à être plus petits et beaucoup plus isolés qu'ailleurs au Canada. Des quatre hôpitaux auxquels on a envoyé un sondage, trois ont répondu, et un établissement est temporairement fermé. Deux réponses proviennent de très petits hôpitaux et l'autre d'un petit hôpital. Tous les répondants satisfont à la définition d'établissement isolé et ont indiqué qu'ils fournissaient des soins actifs et de longue durée. Deux des trois hôpitaux sont gérés selon un fonctionnement multisite.

4.11.2 Expérience antérieure relativement aux urgences

Tous les répondants ont recensé les facteurs de risques communautaires, comme un aéroport ou un parc de stockage. Tous les hôpitaux ont également nommé les risques naturels dans la zone qu'ils desservent, les plus courants étant les violentes tempêtes d'hiver (66,6 p. 100) et les feux de forêt (66,6 p. 100). Aucun n'a rapporté avoir vécu une urgence majeure, interne ou externe, par le passé.

4.11.3 Plans et exercices d'urgence

Tous les répondants ont mentionné qu'ils possédaient un plan d'urgence à jour. Seulement un établissement a indiqué que ce dernier était « totalement intégré ». Un seul établissement en fournit des exemplaires dans les zones de travail où cela est requis et aucun n'en donne un exemplaire personnel à ses employés. Un des trois répondants a signalé qu'il ne donnait aucune formation à son personnel relativement au plan. Pour les deux autres qui le font, il semblerait que la formation ne soit pas donnée par la personne responsable du plan.

Tous les répondants ont indiqué avoir révisé leur plan au cours des deux dernières années. Malgré le manque d'urgences réelles, ils ont tous affirmé que leur plan avait été mis à l'essai, jusqu'à un certain point, au cours des deux dernières années. Les essais comprennent un exercice sur papier (1) et des exercices complets (2). Seulement un hôpital prévoit un programme d'exercice.

Les types d'urgences mis à l'essai lors des exercices varient légèrement. Les trois hôpitaux se servent de scénarios externes qui se concentrent principalement sur les accidents de la route. Deux d'entre eux ont mentionné la participation de services d'urgence communautaires ou d'organismes bénévoles. Aucun hôpital n'a mis à l'essai des scénarios entourant une panne d'électricité, sa capacité à recevoir des patients évacués d'un autre hôpital ou d'une maison de soins ou encore sa propre capacité à évacuer l'établissement. Hormis les exercices décrits, deux hôpitaux ont mené un autre exercice au cours des cinq dernières années. Le troisième répondant ignore à quand remonte le dernier exercice.

Les trois hôpitaux ont des établissements d'exploitation de rechange, ce qui donne à penser qu'ils reconnaissent la nécessité des plans d'évacuation efficaces. Même s'ils ont tous un plan pour l'utilisation d'un autre établissement communautaire (généralement une école), il est impossible d'évacuer les patients dans un autre hôpital, en raison de la distance entre les établissements. On comprend qu'il s'agit d'établissements isolés, mais on se demande ce qui surviendrait si toute la collectivité devait être évacuée; cela serait probablement le plus grand défi de planification d'urgence que ces hôpitaux pourraient devoir relever.

4.11.4 Note d'évaluation de l'état de préparation

Le caractère isolé des hôpitaux des Territoires du Nord-Ouest pose certains problèmes spéciaux quant à la méthode d'évaluation. L'isolement physique des collectivités fait en sorte qu'il est difficile de mesurer certains critères servant à évaluer les autres hôpitaux canadiens. Étant donné que l'évaluation vise à apporter des améliorations, on a décidé de ne pas pénaliser ces hôpitaux isolés parce qu'il leur manque certains éléments (comme l'échange de personnel) qui sont clairement impossibles à réaliser à court terme. Compte tenu de cela, la note moyenne de l'état de préparation des hôpitaux des Territoires du Nord-Ouest est de 7,4 sur 10. Un répondant a obtenu 9 points et la note la plus basse est de 5 points. Les plans de secours pour le rappel du personnel sont inexistants si le système téléphonique ne fonctionne pas. Ils ont tous pris des dispositions d'urgence si des articles essentiels venaient à manquer, et un hôpital a pris des dispositions d'urgence seulement pour les médicaments.

4.11.5 Formation et obstacles

Aucun des répondants des Territoires du Nord-Ouest ne finance la préparation d'urgence à partir d'un poste budgétaire distinct et deux d'entre eux ont indiqué qu'ils ne disposaient d'aucun financement à cet effet. Deux répondants ont désigné une personne responsable de la planification et des exercices d'urgence, mais cette dernière consacre moins de 25 p. 100 de son temps à ces activités. Ses autres fonctions comprennent les soins aux patients et l'administration. Les deux responsables de la planification d'urgence dans les hôpitaux des Territoires du Nord-Ouest détiennent un diplôme universitaire.

Les hôpitaux des Territoires du Nord-Ouest comportent d'importantes lacunes en ce qui a trait à la formation propre à la gestion des situations d'urgence. Aucun des répondants n'a mentionné que son planificateur d'urgence avait reçu de la formation, par l'entremise d'un cours provincial de préparation aux urgences et d'organisation des secours, de conception d'exercices ou d'un cours du Collège de la Protection civile du Canada. Les répondants ont nommé le financement, les connaissances du personnel et l'érosion des effectifs en tant qu'obstacles majeurs nuisant aux activités de planification d'urgence dans leur établissement. Les trois répondants estiment qu'ils tireraient profit d'un programme national de formation à l'intention des planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier.

4.12 Yukon

4.12.1 Taille et type d'hôpital

Un très petit hôpital qui ne compte qu'un seul site dessert le Yukon. Il offre uniquement des soins actifs, satisfait à la définition d'établissement isolé et se trouve beaucoup plus loin qu'à 50 km de l'hôpital le plus près.

4.12.2 Expérience antérieure relativement aux urgences

L'hôpital du Yukon a nommé les risques relatifs aux établissements communautaires ainsi que les risques naturels. Il a recensé les facteurs de risques communautaires, comme un aéroport ou un parc de stockage, ainsi que les risques naturels suivants dans la zone qu'ils dessert : violentes tempêtes d'hiver, grands vents et tremblements de terre. Il a également mentionné qu'il n'avait jamais vécu d'urgence majeure, interne ou externe.

4.12.3 Plans et exercices d'urgence

Le répondant du Yukon a mentionné qu'il a un plan d'urgence à jour et qu'il était « totalement intégré ». Des exemplaires du plan sont disponibles dans les zones de travail où cela est requis, mais il n'en donne pas d'exemplaires personnels aux employés. Il a également souligné que le personnel avait reçu une formation relativement au plan et que c'est la personne responsable du plan qui l'a donnée. Le plan a été révisé au cours des deux dernières années. Malgré le manque d'urgences réelles, le répondant a affirmé avoir mis son plan à l'essai, dans une certaine mesure, au cours de l'année dernière. L'essai comprenait un exercice externe complet qui portait sur le transport. Le répondant a mentionné qu'il prévoyait un programme d'exercice.

Le répondant a mentionné la participation des services d'urgence communautaires ou d'organismes bénévoles. Il a indiqué avoir fait un essai relatif à une panne de courant, mais il n'a jamais vérifié sa capacité d'évacuation. Hormis l'exercice décrit, l'hôpital en a mené un autre un an auparavant.

L'hôpital possède un plan pour l'utilisation d'un établissement communautaire, étant donné que l'évacuation dans un autre hôpital est en grande partie impossible. Si toute la collectivité devait être évacuée, il ferait face à un immense défi.

4.12.4 Note d'évaluation de l'état de préparation

L'isolement de l'hôpital pose certains problèmes particuliers relativement à la méthode d'évaluation. L'isolement physique des collectivités nordiques fait en sorte qu'il est impossible d'appliquer certains critères utilisés pour les autres hôpitaux canadiens. Étant donné que le but de cette évaluation consiste à encourager les améliorations, nous avons décidé de ne pas pénaliser les hôpitaux isolés pour l'absence de certains éléments (comme le partage du personnel) qui sont, de toute évidence, impossibles à réaliser à court terme. Donc, la note moyenne de l'état de préparation de l'hôpital du Yukon est de

9 sur 10. Les plans de secours pour le rappel du personnel sont pratiquement inexistantes si le système téléphonique ne fonctionne pas. Les dispositions d'urgence de l'hôpital pour les fournitures essentielles sont bien élaborées.

4.12.5 Formation et obstacles

Le financement de la planification d'urgence provient de dépenses discrétionnaires et aucun fonds officiel n'y est consacré. L'hôpital a désigné une personne responsable de la planification et des exercices d'urgence, mais cette dernière consacre moins de 25 p. 100 de son temps à ces activités. Ses autres fonctions comprennent les soins aux patients, l'enseignement au personnel et l'administration. La personne responsable de la planification d'urgence à l'hôpital du Yukon détient un diplôme collégial.

L'hôpital se porte bien en ce qui a trait à la formation propre à la gestion des situations d'urgence qu'à reçu son planificateur d'urgence. Ce dernier a suivi un cours provincial de préparation aux urgences et d'organisation des secours, un cours de conception d'exercices ainsi que des cours au Collège de la Protection civile du Canada. Le répondant n'a nommé aucun obstacle majeur nuisant aux activités de planification d'urgence de l'établissement, mais il estime qu'il tirerait profit d'un programme national de formation à l'intention des planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier.

4.13 Nunavut

4.13.1 Taille et type d'hôpital

Le territoire le plus récent du Canada est desservi par un hôpital moyen comportant un seul site. Il fournit des soins actifs et de longue durée et satisfait à la définition d'établissement isolé. Il est situé à beaucoup plus que 50 km de l'hôpital le plus proche, qui ne serait pas accessible par la route de toute façon.

4.13.2 Expérience antérieure relativement aux urgences

L'hôpital du Nunavut était en mesure de recenser les risques liés aux installations de la collectivité ainsi que les risques naturels. Il a nommé les risques communautaires, comme une grande autoroute, ainsi que les violentes tempêtes d'hiver, les grands vents et les feux de forêt. Le répondant n'a jamais fait face à une urgence majeure, interne ou externe.

4.13.3 Plans et exercices d'urgence

Le répondant du Nunavut a indiqué qu'il avait un plan d'urgence à jour « totalement intégré ». Il en fournit des exemplaires dans les zones de travail où cela est nécessaire, mais il n'en donne pas d'exemplaires personnels à ses employés. Il offre de la formation au personnel à ce sujet, mais ce n'est pas la personne responsable du plan d'urgence qui la donne. Le plan a été révisé au cours des deux dernières années. Malgré le manque d'urgences réelles, le répondant a affirmé qu'il avait mis son plan à l'essai, en partie, au cours de l'année précédente. L'essai comprenait une simulation d'exercice externe sur maquette et portait principalement sur le transport. Le répondant a mentionné qu'il prévoyait un programme d'exercice. Il a également souligné la participation des services d'urgence communautaires ou d'organismes bénévoles. Il n'a pas indiqué avoir fait l'essai de scénarios liés à une panne d'électricité. Il a vérifié sa capacité à évacuer l'hôpital, mais pas sa capacité à recevoir des patients évacués d'un autre établissement. Hormis l'exercice décrit, le répondant en a effectué un autre environ un an plus tôt.

L'hôpital possède un plan pour l'utilisation d'un établissement communautaire, étant donné que l'évacuation dans un autre hôpital est en grande partie impossible. Si toute la collectivité devait être évacuée, il ferait face à un immense défi.

4.13.4 Note d'évaluation de l'état de préparation

L'isolement de l'hôpital pose certains problèmes particuliers relativement à la méthode d'évaluation. L'isolement physique des collectivités nordiques fait en sorte qu'il est impossible d'appliquer certains critères utilisés pour les autres hôpitaux canadiens. Étant donné que le but de cette évaluation est de mener à des améliorations, nous avons décidé de ne pas pénaliser les hôpitaux isolés pour l'absence de certains éléments (comme le partage du personnel) qui sont, de toute évidence, impossibles à réaliser à court terme. Ainsi, la note moyenne de l'état de préparation de l'hôpital du Nunavut est de 10 sur 10, non pas en raison de l'excellente planification, mais parce qu'il est pratiquement

impossible de remédier aux problèmes. Les plans de secours pour rappeler le personnel sont inexistantes si le système téléphonique ne fonctionne pas. L'hôpital a toutefois pris de bonnes dispositions relativement aux fournitures essentielles.

4.13.5 Formation et obstacles

Le financement de la planification d'urgence provient de dépenses discrétionnaires et aucun fonds officiel n'y est consacré. L'hôpital a désigné une personne responsable de la planification et des exercices d'urgence, mais cette dernière consacre moins de 25 p. 100 de son temps à ces activités. Ses autres fonctions comprennent l'enseignement aux patients et au personnel. La personne responsable de la planification d'urgence à l'hôpital du Nunavut détient un diplôme universitaire et a suivi des cours portant sur la gestion des situations d'urgence au Collège de la Protection civile du Canada. Le répondant a nommé l'érosion des effectifs en tant qu'obstacle majeur nuisant aux activités de planification d'urgence de l'établissement et il estime qu'il tirerait profit d'un programme national de formation à l'intention des planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier.

5 Discussion

5.1 Faiblesses

On a remarqué un nombre de faiblesses dans les centres hospitaliers du Canada. Certaines des lacunes recensées semblent être liées aux conditions ou aux politiques locales, tandis que d'autres semblent être le symptôme d'un problème plus important, plus précisément d'un manque de compréhension des principes de la gestion des situations d'urgence. La majorité des hôpitaux n'ont pas répondu à plusieurs critères d'évaluation, dont une lacune fondamentale et importante dans la plupart des stratégies de communication. Les hôpitaux et les régies régionales de la santé ont souvent mentionné que leur plan de secours pour le rappel du personnel comprenait l'utilisation d'un téléavertisseur. Les répondants ne semblent pas se rendre compte que le téléphone et les téléavertisseurs dépendent de la même infrastructure et que si l'un ne fonctionnait pas, il sera irréaliste de penser que l'autre le pourrait. L'utilisation de téléavertisseurs et du téléphone pour le rappel du personnel fait abstraction d'un principe fondamental de la gestion des urgences voulant que les systèmes de secours ne dépendent pas directement du fonctionnement des systèmes de base.

La majorité des hôpitaux ont également mentionné qu'ils n'avaient pas de plan pour le partage du personnel en situation de crise ou qu'il existait des plans à ce sujet, mais qu'ils n'avaient jamais été officialisés. Cela montre une fois de plus un manque de connaissance des principes de base de la gestion des situations d'urgence : les répondants supposent tout simplement qu'un article sera disponible lorsqu'ils en auront besoin, mais ils ne prennent pas le temps de prendre des dispositions préalables à cet effet.

Un grand nombre d'hôpitaux formulent des hypothèses sur leur capacité à évacuer des patients lors d'une situation d'urgence sans toutefois avoir mis le processus à l'essai. Dans certains cas, des hôpitaux qui comptent de 200 à 500 lits ont indiqué qu'ils pourraient évacuer leur établissement en moins d'une heure. Dans d'autres cas, des hôpitaux beaucoup plus petits n'ayant qu'une ou deux ambulances ont mentionné qu'ils pourraient faire de même. Même s'il est possible, lors de certaines circonstances, de déplacer tout le monde sur le terrain devant l'hôpital lors d'un exercice d'incendie, on doute que ce soit une pratique prudente en plein hiver canadien ou lors d'un déversement de produits chimiques. La majorité des répondants ne sont pas non plus prêts à recevoir des patients d'un site évacué, comme un autre hôpital ou une maison de soins. À l'échelle nationale, seulement 33,4 p. 100 des répondants ont indiqué avoir mis leurs procédures d'évacuation à l'essai et seulement 8,6 p. 100 ont indiqué avoir vérifié leur capacité à recevoir des patients évacués d'autres sites. Même si les établissements qui ont obtenu la note maximale pour les dispositions d'urgence relatives à la nourriture, à l'eau, au linge, à l'équipement médical et aux médicaments vont de 50 à 60 p. 100 dans chaque catégorie, un autre 10 à 20 p. 100 a signalé n'avoir aucun plan d'urgence en place. Un fois de plus, on semble croire qu'on disposera de sources de rechange lorsqu'on en aura besoin, sans avoir pris de dispositions préalables.

En général, les personnes qui préparent le plan d'urgence ne semblent pas faire de lien entre la détermination des risques, en fonction des situations antérieures entourant les

risques communautaires, et le besoin d'élaborer des exercices appropriés qui tiennent compte de ces risques. Lorsque l'on compare les risques signalés par les répondants aux exercices organisés, il ne semble pas y avoir de lien. Les établissements éloignés des centres urbains pour lesquels il existe d'importants risques liés à une tempête d'hiver ou à une usine chimique ont mentionné que le seul exercice qu'ils avaient effectué au cours des cinq dernières années portait sur des procédures en cas d'alerte à la bombe. Cette disparité entre les risques réels et perçus peut grandement contribuer à la pertinence et à la crédibilité des lacunes normalement signalées par le personnel à la suite des exercices dans les hôpitaux.

Les hôpitaux font partie de la collectivité élargie, et dans certaines collectivités, on s'attend à ce que l'hôpital joue un rôle de leadership en temps de crise. Malgré cela, près de la moitié des répondants ont indiqué que leur plan d'urgence n'était que partiellement coordonné à celui de la collectivité et certains ont signalé qu'il ne l'était pas du tout. À l'échelle nationale, 25,6 p. 100 des établissements qui ont mené des exercices n'ont pas fait participer les services d'urgence locaux ou des groupes de secours locaux, comme la Croix-Rouge ou l'Armée du Salut. Parmi ceux qui ont mentionné une participation externe, bon nombre ont indiqué que cela ne se produisait pas souvent ou qu'un seul groupe avait participé. Contrairement à ce que ces chiffres semblent indiquer, les hôpitaux ne peuvent pas fonctionner de manière isolée lors d'une situation d'urgence dans la collectivité et on doit accorder une plus grande importance à la coordination.

D'un point de vue historique, les hôpitaux du Canada n'accordent pas suffisamment d'importance à la planification de leur intervention lors de situations d'urgence. On affecte en général une personne à la rédaction du plan d'urgence en raison d'une réflexion après coup, qui survient souvent à l'approche de l'accréditation. Parmi les établissements de soins actifs au pays, 22,3 p. 100 ont indiqué ne donner aucune formation à leurs employés sur le plan d'urgence. Parmi ceux qui offrent une formation, c'est rarement la personne responsable du plan d'urgence, probablement celle qui le connaît le mieux, qui la donne. De plus, seulement 37 p. 100 des responsables de la planification d'urgence dans les hôpitaux canadiens ont suivi un cours de préparation aux urgences et d'organisation des secours, seulement 14,6 p. 100 ont suivi un cours de conception d'exercices et seulement 25,6 p. 100 ont suivi des cours au Collège de la Protection civile du Canada. Le manque de formation constitue une inquiétude pour bon nombre de répondants, qui signalent également un besoin en formation propre à l'établissement pour les hôpitaux, car ils ont de la difficulté à appliquer les concepts de la formation axée sur la collectivité offerte dans tout le pays au milieu hospitalier. Ce genre de formation propre à l'établissement n'est plus disponible depuis 1996.

5.2 Forces

On a remarqué un certain nombre de forces parmi les répondants dans le cadre du sondage. La première est le fait que les gens qui travaillent dans le milieu reconnaissent les problèmes et le besoin d'y remédier. Le fait qu'un sondage envoyé par la poste obtienne un taux de réponse de 77 p. 100 semble indiquer l'importance relative que les répondants accordent à ce sujet. On a reçu de nombreuses demandes d'aide afin de

corriger les problèmes par l'éducation dans les sondages retournés. À l'échelle nationale, 93,6 p. 100 des répondants affichent leur appui envers un programme national de formation à l'intention des planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier. Le reste était incertain et a demandé davantage de renseignements. Seulement 3 p. 100 des personnes qui s'occupent de la planification d'urgence dans les hôpitaux canadiens ont indiqué qu'elles n'avaient aucun intérêt pour ce programme.

Une autre force qu'on a remarqué a trait à la nature réactionnaire des soins de santé. Même si la planification d'urgence évaluée lors du sondage n'est pas aussi bonne qu'elle pourrait l'être, on doit se rappeler que le système des soins de santé répond continuellement à des urgences, bien que ce soit à une plus petite échelle. Il est donc raisonnable de supposer que si une urgence locale survenait, l'hôpital local et le système des soins de santé interviendraient. Même si tous les plans ne sont pas en place, il ne fait aucun doute que le système des soins de santé serait en mesure de répondre aux situations de crise locales; reste à savoir si la réponse serait aussi efficace que possible et à quelle vitesse ce dernier serait débordé.

Les planificateurs des mesures d'urgence représentent probablement la plus grande force du système. La nature des soins de santé est telle que la majorité des personnes qui travaillent dans le domaine ont une éducation supérieure à la moyenne. La moitié des responsables de la planification d'urgence dans les hôpitaux canadiens détient une formation collégiale et l'autre détient un diplôme universitaire. Seulement 7,1 p. 100 des répondants n'ont aucune formation postsecondaire. Les planificateurs des mesures d'urgence ne font pas seulement partie d'un groupe bien éduqué, ils sont également enthousiastes. Au cours de sa recherche, l'auteur a reçu des appels téléphoniques et des messages électroniques provenant d'un bout à l'autre du pays de la part de gens voulant savoir si les renseignements qu'ils avaient fournis seraient inclus. Compte tenu du niveau d'enthousiasme et de scolarité du groupe cible, la mise en œuvre d'un programme visant à aborder les faiblesses serait relativement facile.

5.3 Obstacles à la préparation

Partout au pays, les répondants ont fait des commentaires clairs sur les obstacles nuisant à l'amélioration de la planification d'urgence. Le financement des activités de préparation comme la formation et les exercices, constitue le problème le plus important signalé par 57,1 p. 100 des répondants. Le deuxième obstacle le plus souvent mentionné a trait aux connaissances du personnel, car 42,1 p. 100 des répondants ont indiqué qu'il s'agissait d'un problème. L'érosion des effectifs, qui crée également un manque de connaissances, est également mentionné par 30,4 p. 100 des répondants. Trouver le temps afin de donner la formation et de mener les exercices représente un problème souligné par 28,9 p. 100 des répondants, et le soutien de la collectivité l'est par seulement 15 p. 100 d'entre eux.

À présent, presque tous les responsables de la planification d'urgence dans les systèmes de soins de santé du Canada font ce travail à temps partiel, tout en s'occupant de leurs autres fonctions (qui couvrent une vaste gamme de tâches hospitalières et qui varient

selon la région). Ils consacrent moins de 25 p. 100 de leur temps aux activités de planification d'urgence. Cela est aussi le cas dans les hôpitaux fusionnés à des régies régionales de la santé, à des réseaux ou à des personnes morales regroupant quatre ou cinq hôpitaux sous une seule autorité. Chaque autorité ne compte qu'une seule personne qui consacre moins de 25 p. 100 de son temps aux activités de planification. Seulement 10 planificateurs des mesures d'urgence à plein temps font partie du groupe qui a répondu à la recherche.

Tous ces obstacles sont considérables et il serait difficile pour un planificateur d'urgence à temps partiel de les surmonter. Malheureusement, dans bon nombre de cas, on a signalé plus d'un obstacle dans le même établissement et le résultat est cumulatif. Toutefois, ces obstacles ne sont infranchissables et pourraient être abordés grâce aux recommandations contenues dans le présent rapport.

6 Recommandations

Le visage changeant des soins de santé au Canada peut permettre d'aborder plusieurs lacunes déterminées dans le cadre de la recherche. Les nouvelles régions régionales de la santé au Canada, les réseaux et les personnes morales devraient envisager l'unification de toutes les activités de planification d'urgence dans leur sphère de compétence, car cela constitue une étape essentielle permettant d'atteindre un niveau de préparation approprié. Il s'agit d'un parcours économique vers le renforcement de l'expertise nécessaire afin de répondre aux besoins des établissements. Si l'on combinait les fonctions de trois ou quatre établissements (ainsi que la responsabilité découlant de la formation du personnel et de l'approche communautaire) et que l'on créait un seul poste commun, la possibilité d'avoir un planificateur des mesures d'urgence professionnel à plein temps serait réaliste. Une approche conjointe permet également de diminuer les coûts, puisque différents hôpitaux peuvent tirer profit du même exercice ou envoyer leur personnel à une même séance de formation.

Des systèmes comme celui de la région régionale de la santé de Calgary ont déjà fait un pas dans cette direction en nommant un ou plusieurs planificateurs des mesures d'urgence à plein temps afin d'aborder les besoins en matière de planification de plusieurs hôpitaux du même coup. De cette manière, ils visent à s'assurer que les interventions de leurs établissements sont entièrement coordonnées, entre eux et avec l'ensemble de la collectivité. Le résultat ainsi obtenu donne un système de soins de santé qui commence à acquérir volontairement les aptitudes et l'expertise nécessaires pour s'assurer que les établissements sont en mesure de faire face à des problèmes imprévus ou aux urgences pouvant survenir.

L'élaboration de normes nationales dans le domaine de la formation sur les urgences en milieu hospitalier constitue la prochaine étape qu'il convient de franchir afin d'améliorer l'ensemble de l'état de préparation. Dans ce but, on doit faire des efforts pour s'assurer que les outils (comme les normes pour les plans et les exercices d'urgence des hôpitaux) et les ressources (comme les banques nationales d'exercices) sont disponibles pour ceux qui en ont besoin. Peu importe leur motivation, les personnes qui effectuent présentement la planification d'urgence dans le système canadien des soins de santé ne peuvent pas savoir si elles sont à la hauteur, car elles ne savent pas quelles normes utiliser. Une fois qu'on aura adopté des normes nationales, elles devraient faire partie du processus d'accréditation des hôpitaux.

Finalement, les personnes qui gèrent la collectivité des soins de santé au Canada doivent aider à s'assurer que la nouvelle profession de planificateur des mesures d'urgence en milieu hospitalier est mise en place sans heurt. On devrait voir les exercices conjoints entre les établissements ou entre les établissements des soins de santé et la collectivité comme une possibilité de croissance et non pas une inquiétude. Les administrateurs d'hôpitaux devraient veiller au perfectionnement de ces nouveaux professionnels et voir à ce qu'ils participent à la formation offerte et à ce qu'ils établissent des contacts essentiels avec le reste de la collectivité. Ils devraient également veiller à ce que tous les membres du personnel reçoivent une formation sur le plan d'urgence et que les personnes

responsables du plan donnent cette formation. Les régies, les réseaux et les personnes morales ressentiront les avantages à long terme de ces initiatives.

7 Conclusions

Il y a de toute évidence place à l'amélioration dans la manière dont on effectue la planification d'urgence dans le système canadien des soins de santé. Auparavant, la culture reposait clairement sur le manque de temps, de financement, de ressources, de personnel et d'intérêt. Cela doit changer si nous voulons que les fournisseurs de soins de santé au pays soient prêts à nous soutenir en temps de crise. L'époque à laquelle on devenait planificateur des mesures d'urgence en passant devant le bureau du directeur général au « mauvais moment » doit prendre fin. Le système des soins de santé du pays a besoin d'un nouveau type de professionnel qui comprend les normes contemporaines de la gestion des situations d'urgence et qui peut les transposer efficacement au milieu des soins de santé.

Heureusement, on a la chance de pouvoir apporter ces changements. À plusieurs niveaux, les fournisseurs de soins de santé au Canada traversent présentement une période de grands changements et les régies régionales de la santé et les réseaux remplacent peu à peu les anciennes méthodes de gestion. Le fusionnement des ressources et la recherche d'économies d'échelle, auxquelles les hôpitaux à site unique n'avaient pas accès auparavant, sont inhérents à ce changement. Il s'agit d'un point essentiel au changement, mais il a une durée de vie limitée. Éventuellement, le système de gestion des soins de santé au pays aura réussi à se réinventer et il redeviendra résistant au changement. Avant que cela ne se produise, il faut saisir l'occasion de redéfinir la planification d'urgence en tant que responsabilité régionale ou corporative. Si l'on y partent, cela permettra de former des praticiens à plein temps dans le domaine de la gestion des situations d'urgence qui serviront le système des soins de santé.

On doit rassembler les personnes qui effectuent la planification d'urgence dans la collectivité et celles qui le font dans le système des soins de santé en ce qui a trait aux connaissances, aux normes et aux pratiques. Les gestionnaires des situations d'urgence dans le milieu des soins de santé et dans la collectivité doivent travailler de concert afin de s'assurer que leurs collectivités sont prêtes à faire face à toute urgence, sur tous les plans. Comme toute mesure d'atténuation des risques, ces mesures représentent un investissement pour l'avenir. Nous avons les moyens de nous assurer que cette partie cruciale de l'infrastructure essentielle d'intervention d'urgence du pays est prête à nous servir en temps de crise. L'objectif est tout à fait réalisable. Nous devons maintenant décider, en tant que nation, si nous avons la volonté nécessaire afin de tirer profit de cette occasion pour régler les problèmes.

Les recommandations que contient le présent document, relativement à la mise en commun des ressources de planification d'urgence en se servant des systèmes régionaux et en mettant sur pied un programme national de formation ainsi que des normes à l'intention des planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier, permettraient de grandement atténuer les faiblesses recensées dans le cadre de l'étude. Toutefois, ce sont la volonté et l'engagement envers l'atteinte de ces objectifs qu'on doit avant tout démontrer, car les ressources brutes nécessaires au succès sont déjà en place.

I. Annexe I : Questionnaire du sondage

**Emergency Preparedness Canada
Hospital Emergency Planning Survey**

Form No.

Thank you for participating in this survey, which will conduct a national assessment of emergency planning in Canada's general hospitals. It is our intent to use the results to promote emergency planning in the acute care health sector through the identification of strengths and weaknesses, and through the development of a national training course for hospital-based emergency planners.

This survey is being conducted on behalf of, and is financially supported by, Emergency Preparedness Canada. This agency of the Department of National Defence is charged with performing a variety of emergency preparedness functions including promoting public awareness, conducting research related to the analysis and evaluation of civil preparedness for emergencies, delivering or sponsoring training programs, conferences and seminars and serving as an electronic focal point for emergency government operations.

You are asked to take the time to answer each question as fully and candidly as possible. All responses are confidential. No institution will be specifically identified in the resulting report. Survey forms are numbered solely for tracking purposes by the researcher, and the corresponding distribution list will be destroyed once the necessary data has been obtained. This survey should be completed by the person responsible for emergency planning in your institution, or, in his/her absence, by the Hospital Administrator or his/her designate. All responses should be returned in the enclosed postage-paid envelope, **no later than November 30, 2000**. Any questions regarding this research may be directed to the **Principal Researcher, Mr. Norm Ferrier.**

1. Please enter the postal code for your hospital:
2. Total Beds: 0-49 # 50-99 # 100-199 # 200-499 # 500+ #
3. Total Staff Size: 0-49 # 50-99 # 100-199 # 200-499 # 500+ #
4. Hospital Type: Acute Care # Mixed Acute/Long-term #
5. Is your hospital administered as a: Single Site Operation # Multi-Site Operation #
6. Does your hospital regularly accept patient referrals from smaller hospitals? Yes # No #
7. Is your hospital affiliated with a University/Medical School? Yes # No #
8. Are there other hospitals in your community? Yes # No #
9. What is the size of the community served by your hospital?
< 10,000 # < 50,000 # < 100,000 # < 250,000 # < 500,000 # 500,000+ #
10. Distance to the next closest acute care hospital to your own:
< 5 km. # < 10 km. # <25 km. # < 50 km. # 50+ km. #
11. Is the next closest hospital accessible by road? Yes # No #
12. Does your community contain any of the following facilities? (*Tick all that apply.*)
Nuclear Power Plant # Airport # Major Seaport # Rail Freight Yard #
Oil/Gas Tank Farm # Chemical Plant # Major Highway #

13. Has your community ever experienced any of the following incidents? (*Tick all that apply.*)

Tornado # High Winds # Severe Summer Storm # Severe Winter Storm #
Hurricane # Earthquake # Tsunami (Tidal Wave) # Forest Fire #

14. Has your hospital ever experienced a major internal emergency (e.g. fire)? Yes # No #

15. If Yes, please describe briefly, giving circumstances, no. of patients/staff affected:

16. How long ago did this occur?

< 6 mos. # < 1 yr. # < 2 yrs. # < 5 yrs. # < 10 yrs. #

17. Has your hospital ever experienced a major external emergency (20+ patients)? Yes # No #

18. If Yes, please describe briefly, giving circumstances and number of patients:

19. How long ago did this occur?

< 6 mos. # < 1 yr. # < 2 yrs. # < 5 yrs. # < 10 yrs. #

20. Does your hospital have a current Emergency/Disaster Plan? Yes # No # Unsure #

21. Is your Emergency/Disaster Plan co-ordinated with those of the local community, such as the local municipal Emergency Plan, and with those of local emergency response agencies (police, fire, EMS)?

Not Co-ordinated # Limited Co-ordination #
Fully Co-ordinated # Not Sure #

22. When was your Emergency/Disaster Plan last reviewed/revised?

< 6 mos. # < 1 yr. # < 2 yrs. # < 5 yrs. # < 10 yrs. #

23. Is a copy of the Emergency/Disaster Plan available in each work/care area? Yes # No #

24. Does each member of your staff receive a copy of the Emergency Plan? Yes # No #

25. Do new employees receive training in the Emergency Plan? Yes # No #

26. If Yes, please identify (by position) the individual responsible for conducting this training.

27. Does your hospital have a scheduled emergency exercise program? Yes # No #

28. When did your hospital conduct its most recent emergency exercise?

< 6 mos. # < 1 yr. # < 2 yrs. # < 5 yrs. # < 10 yrs. #

29. What type of exercise took place? Paper drill # Tabletop # Full Scale #

30. What type of scenario was used? (*Tick all that apply.*)

Internal Emergency # External Emergency # Bomb Threat # Fire #
Chemical Spill # Power Failure # Transportation # Other #

30. Did your exercise involve:

Evacuation # Evacuation to your hospital by another hospital/nursing home #

31. When did your hospital conduct the exercise immediately prior to the most recent exercise?

< 1 yr. # < 2 yrs. # < 5 yrs. # < 10 yrs. # Not Sure #

32. Who designed your hospital's last exercise?

Staff Member # Committee # Consultant # Other (specify) #

33. Do local emergency response agencies (police, fire, EMS) and volunteer groups (e.g. Red Cross, Salvation Army) participate in your exercises?

Yes # No # Not Sure #

34. How are off duty staff recalled in the event of a major emergency? (*tick all applicable*)

Telephone fan-out # Pagers # Media # Other (*specify*) # _____

35. Does your hospital have an evacuation plan that includes:

Reciprocal arrangement with another hospital? Yes # No #
Temporary use of another community facility? Yes # No #

36. Recognizing that patient loads and conditions can vary greatly, please estimate the time required on an "average" day to fully evacuate your hospital in an emergency:

< 1 hour # < 2 hours # < 3 hours # < 4 hours # 4+ hours #

37. Does your hospital have a reciprocal arrangement with another hospital that permits the sharing of essential staff (medical, nursing) during an emergency?

Yes # No # Not Sure #
Plan exists, but has not been formalized #

38. Does your hospital emergency plan have emergency sources and delivery arrangements for:

Water Yes # No #
Food Yes # No #
Linen Yes # No #
Medical Equipment Yes # No #
Medications Yes # No #

39. How does your hospital fund emergency planning and exercises?

Separate Budget Line # Drawn from discretionary funding #
No funding available # Other (*Please specify*) #

40. Does your hospital have an identifiable person who is responsible for the emergency plan and emergency exercises?

Yes # No #

41. What percentage of this person's workload is devoted to emergency planning, staff training, and emergency exercises?

< 25 p. 100 # 25 p. 100 # 50 p. 100 # 75 p. 100 # Full Time #

42. If this position is not full time, what do the employee's other responsibilities include?

Patient Care # Patient/Staff Teaching #
Administration # Maintenance/Engineering #
Other (specify) # _____

43. What is the level of education of this employee?

College Diploma # University Degree # Other (specify) # _____

44. What formal training/certifications in emergency planning does this employee possess?

Prov./Terr. Emergency Preparedness and Response Course #
Prov./Terr. Exercise Design Course #
Canadian Emergency Preparedness College Course(s) #
Federal Emergency Management Agency (U.S.) Course(s) #
Other (specify) _____ #

45. In your opinion, what are the greatest obstacles faced by your hospital when developing your Emergency Plan, staff training, and exercises? (tick all that are applicable)

Funding # Community Support # Staff Knowledge # Staff Attrition #
Other (specify) #

46. In your opinion, would general hospitals in Canada benefit from a training program specifically directed at hospital-based emergency planners?

Yes # No #

Please include any additional comments or observations that you feel might benefit this research. If the space provided is insufficient, additional comments may be attached.

This concludes the survey. Please forward the completed survey, using the enclosed postage-paid envelope, **no later than November 30, 2000**, to:

**Hospital Emergency Planning Project
P.O. Box ####
Whitby, Ontario**

###-###

Thank you for participating in this important research to improve Canada's response to major emergencies of all types. This project is scheduled for completion by March 28, 2001. Requests for copies of the Final Report should be directed to Emergency Preparedness Canada.

Protection civile Canada Enquête sur la planification d'urgence en milieu hospitalier

N° de

formulaire

Merci de votre participation à cette enquête, qui fera une évaluation nationale de la planification d'urgence dans les centres hospitaliers du Canada. Nous avons l'intention d'utiliser les résultats de façon à promouvoir la planification des mesures d'urgence dans le secteur des soins actifs en décelant les points forts et les lacunes et en établissant un cours national de formation pour les planificateurs des mesures d'urgence en milieu hospitalier.

Cette enquête est menée pour le compte de Protection civile Canada et avec son appui financier. Cet organisme du ministère de la Défense nationale est chargé de remplir diverses fonctions liées à la protection civile, notamment celles de promouvoir la sensibilisation du public, de mener de la recherche relative à l'analyse et l'évaluation de l'état de préparation des autorités civiles aux situations d'urgence, d'exécuter ou de parrainer des programmes, des conférences et des séminaires de formation, ainsi que de servir de centre de moyens électroniques pour les opérations d'urgence du gouvernement.

On vous demande de prendre le temps de répondre à chaque question de la façon aussi complète et franche que possible. Toutes les réponses sont confidentielles. Aucun établissement ne se verra nommément identifié dans le rapport qui suivra. Les formulaires d'enquête ne sont numérotés qu'aux seules fins de dépistage par le chercheur, et la liste de distribution correspondante sera détruite une fois recueillies les données nécessaires. Ce questionnaire devrait être rempli par la personne responsable de la planification d'urgence pour votre établissement ou, en son absence, par l'administrateur ou l'administratrice d'hôpital ou la personne désignée. Toutes les réponses devraient être retournées dans l'enveloppe prévue, **au plus tard le 30 novembre 2000**. Toute question au sujet de ce projet de recherche doit être adressée au **chercheur principal, M. Norm Ferrier**.

1. Veuillez inscrire le code postal de votre hôpital :

2. Nombre de lits : 0-49 # 50-99 # 100-199 # 200-499 # 500+ #

3. Nombre d'employés : 0-49 # 50-99 # 100-199 # 200-499 # 500+ #

4. Catégorie d'hôpital : soins actifs # mélange des soins actifs / soins de longue durée #

5. Mode d'administration de votre hôpital : en site unique # en sites multiples #

6. Votre hôpital accepte-t-il régulièrement des malades réorientés d'hôpitaux plus petits? oui # non #

7. Votre hôpital est-il associé à une université ou une école de médecine? oui # non #

8. Y a-t-il d'autres hôpitaux dans votre communauté? oui # non #

10. Quelle est la taille de la collectivité desservie par votre hôpital?

< 10 000 # < 50 000 # < 100 000 # < 250 000 # < 500 000 # 500 000+ #

10. Distance de l'hôpital des soins actifs le plus proche de votre hôpital :

< 5 km # < 10 km # <25 km # < 50 km # 50+ km #

11. L'hôpital le plus proche du vôtre est accessible par la route? oui # non #

12. Votre collectivité renferme-t-elle aucun des établissements suivants? (Cocher ceux qui sont pertinents.)

centrale électronucléaire # aéroport # grand port de mer # gare de marchandises
ferroviaires # parc de stockage de pétrole et de gaz # usine chimique # autoroute #

13. Les incidents suivants se sont-ils produits dans votre collectivité? (Cocher ceux qui sont pertinents.)

tornado # vents violents # rages violents # tempête d'hiver violente #
ouragan # tremblement de terre # tsunami (raz de marée) # feu de forêt #

14. Votre hôpital a-t-il fait l'expérience d'un cas d'urgence interne grave (p. ex. incendie)? Oui # Non #

15. Dans l'affirmative, veuillez en faire une brève description : circonstances, nombre de malades et personnel touché :

16. Quand cet incident s'est-il produit?

< 6 mois # < 1 an # < 2 ans # < 5 ans # < 10 ans #

17. Votre hôpital a-t-il fait l'expérience d'une situation d'urgence externe grave (20+ malades)?
oui # non #

18. Dans l'affirmative, veuillez en faire une brève description : circonstances, nombre de malades :

19. Quand cet incident s'est-il produit?

< 6 mois # < 1 an # < 2 ans # < 5 ans # < 10 ans #

20. Votre hôpital a-t-il un plan de mesures d'urgence à jour? oui # non # ne sais pas #

21. Votre plan de mesures d'urgence est-il coordonné avec ceux de la collectivité locale, comme le plan de mesures d'urgence municipal, et avec ceux des organismes locaux d'intervention d'urgence (police, services d'incendie, secours médical d'urgence (SMU)?

non coordonné # coordination restreinte #
coordination intégrale # ne sais pas #

22. Quand votre plan de mesures d'urgence a-t-il été examiné/révisé la dernière fois?

< 6 mois # < 1 an # < 2 ans # < 5 ans # < 10 ans #

23. Y a-t-il un exemplaire du plan de mesures d'urgence à chaque lieu de travail/soins?
oui # non #

24. Chacun des employés reçoit-il un exemplaire du plan de mesures d'urgence?
oui # non #

25. Les nouveaux employés reçoivent-ils de la formation dans le cadre du plan?
oui # non #

26. Dans l'affirmative, veuillez indiquer la personne (le poste) qui est chargée de donner cette formation.

27. Est-ce que votre hôpital a un programme établi d'exercice de mesures d'urgence?
oui # non #

28. Quand votre hôpital a-t-il tenu son dernier exercice de mesures d'urgence?

29. De quel genre d'exercice s'agissait-il? sur papier # sur maquette # exercice complet #

30. Quel genre de scénario a-t-on utilisé? (Cocher tous ceux qui sont pertinents.)

urgence interne # urgence externe # menace à la bombe # incendie #
déversement de produits chimiques # panne de courant # transport # autre #

31. Votre exercice a-t-il comporté :

une évacuation # une évacuation vers votre hôpital d'un autre hôpital / maison des soins infirmiers
#

32. À quand remonte l'exercice qui a précédé immédiatement l'exercice le plus récent?

< 1 an # < 2 ans # < 5 ans # < 10 ans # ne sais pas #

33. Qui a conçu le dernier exercice de votre hôpital?

membre du personnel # comité # conseiller # autre (préciser) #

34. Est-ce que les organismes locaux d'intervention d'urgence (police, incendie, SMU) et les groupes de services bénévoles (p. ex. Croix-Rouge, Armée du Salut) participent à vos exercices?

oui # non # ne sais pas #

35. De quelle façon le personnel en repos est-il rappelé en situation d'urgence grave? (Cocher ceux qui sont pertinents.)

chaîne téléphonique # radiomessageurs # médias # autre (préciser) # _____

36. Votre hôpital a-t-il un plan d'évacuation qui comporte :

une entente réciproque avec un autre hôpital? oui # non #
l'utilisation temporaire d'une autre installation communautaire? oui # non #

37. Sachant que le nombre de malades et les conditions peuvent varier grandement, veuillez évaluer le temps requis au cours d'une journée « moyenne » pour l'évacuation complète de votre hôpital en situation d'urgence :

< 1 heure # < 2 heures # < 3 heures # < 4 heures # 4+ heures #

38. Votre hôpital a-t-il une entente réciproque avec un autre hôpital qui permette le partage du personnel essentiel (médical, infirmier) en situation d'urgence?

oui # non # ne sais pas #
Il existe un plan qui n'est pas officiel #

39. Le plan de mesures d'urgence de votre hôpital prévoit-il des sources d'approvisionnement et des dispositions de livraison d'urgence des produits suivants :

| | |
|--------------------|-------------|
| eau | oui # non # |
| nourriture | oui # non # |
| linge | oui # non # |
| équipement médical | oui # non # |
| médicaments | oui # non # |

40. De quelle façon votre hôpital finance-t-il la planification et les exercices de mesures d'urgence?

poste budgétaire distinct # tiré des fonds discrétionnaires #
aucun financement disponible # autre (veuillez préciser) #

41. Votre hôpital a-t-il une personne désignée qui est chargée du plan et des exercices de mesures d'urgence?

oui # non #

42. Quel pourcentage de la charge de travail de cette personne est-il consacré à la planification, à la formation du personnel et aux exercices de mesures d'urgence?

< 25 p. 100 # 25 p. 100 # 50 p. 100 # 75 p. 100 # plein temps #

43. Si ne s'agit pas d'un poste à plein temps, qu'elles sont les autres fonctions de l'employé?

soin des malades # formation des malades/personnel #
administration # entretien/travaux techniques #
autres (préciser) # _____

44. Quel est le niveau d'éducation de cet employé?

diplôme collégial # diplôme universitaire # autre (préciser) # _____

45. Quelle formation/accréditation officielle en planification des mesures d'urgence cet employé possède-t-il?

Cours de protection civile et d'intervention d'urgence prov./terr. #
Cours prov./terr. de conception d'exercice #
Cours du Collège de la protection civile Canada #
Cours de la *Federal Emergency Management Agency (U.S.)* #
Autre (préciser) _____ #

46. À votre avis, quels sont les plus grands obstacles que doit affronter votre hôpital au moment d'établir son plan de mesures d'urgences, formation du personnel et exercices? (Cocher ceux qui sont pertinents.)

financement # appui communautaire # connaissances du personnel #
attrition du personnel # autre (préciser) #

47. À votre avis, les centres hospitaliers du Canada profiteraient-ils d'un programme de formation destiné particulièrement aux planificateurs de mesures d'urgence en milieu hospitalier?

oui # non #

Veillez apporter toutes autres observations qui, à votre avis, pourraient profiter à cette recherche. S'il vous manque de place, vous n'avez qu'à joindre une feuille distincte.

L'enquête est terminée. Veuillez faire parvenir l'enquête dûment remplie, en utilisant l'enveloppe affranchie ci-jointe, **au plus tard le 30 novembre 2000**, à l'adresse suivante :

Projet de planification des mesures d'urgence en milieu hospitalier
Boîte postale #####
Whitby (Ontario)

###-###

Nous tenons à vous remercier d'avoir participé à cette importante recherche visant à améliorer les possibilités d'intervention du Canada face à des cas d'urgence graves de toutes sortes. On prévoit terminer ce projet d'ici le 28 mars 2001. Veuillez acheminer toute demande d'exemplaires du Rapport final à Protection civile Canada.

II. Annexe II : Taille des échantillons des répondants régionaux

Annexe IIa : Réponses au sondage

| PROVINCE | NOMBRE DE SONDAGES ENVOYÉS | NOMBRE DE SONDAGES RETOURNÉS | TAUX DE RETOUR DES SONDAGES | NOMBRE CLASSÉS URBAINS |
|---------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Terre-Neuve | 8 | 5 | 62,5 % | 1 |
| Nouvelle-Écosse | 4 | 2 | 50 % | 1 |
| Île-du-Prince-Édouard | 5 | 4 | 80 % | 2 |
| Nouveau-Brunswick | 8 | 4 | 50 % | 4 |
| Québec | 91 | 48 | 52,7 % | 16 |
| Ontario | 133 | 110 | 81,9 % | 37 |
| Manitoba | 19 | 19 | 100 % | 4 |
| Saskatchewan | 39 | 39 | 100 % | 4 |
| Alberta | 17 | 17 | 100 % | 6 |
| Colombie-Britannique | 13 | 12 (1 site fermé) | 100 % | 5 |
| Territoires du Nord-Ouest | 4 | 3 (1 site fermé) | 100 % | 0 |
| Yukon | 1 | 1 | 100 % | 0 |
| Nunavut | 1 | 1 | 100 % | 0 |

Annexe IIb : Répartition de la taille des hôpitaux

| PROVINCE | Très petit (de 0 à 49 lits) | Petit (de 50 à 99 lits) | Moyen (de 100 à 199 lits) | Grand (de 200 à 499 lits) | Très grand (plus de 500 lits) |
|---------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Terre-Neuve | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| Nouvelle-Écosse | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Île-du-Prince-Édouard | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Nouveau-Brunswick | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 |
| Québec | 6 | 6 | 9 | 19 | 8 |
| Ontario | 35 | 22 | 17 | 22 | 14 |
| Manitoba | 6 | 3 | 3 | 5 | 2 |
| Saskatchewan | 25 | 7 | 5 | 1 | 1 |
| Alberta | 2 | 5 | 6 | 3 | 1 |
| Colombie-Britannique | 2 | 2 | 0 | 3 | 5 |
| Territoires du Nord-Ouest | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Yukon | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nunavut | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |